



OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

INFORME 2007

INFORME 2007 DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

Situación y tendencias de los problemas de drogas en España

REDACCIÓN

Observatorio Español sobre Drogas (OED). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)

Gregorio BARRIO	Víctor RAMÍREZ
Amparo SÁNCHEZ	María José BRAVO
Miguel MATA	Aurora RUIZ
Cristina INFANTE	Antonia DOMINGO
Noelia LLORENS	Ignacio RAMÓN

RESPONSABLES DE LA GESTIÓN Y ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y OTRAS INSTITUCIONES COLABORADORAS

Andalucía Rosario BALLESTA Oscar LOZANO	Castilla y León Ana SÁNCHEZ Susana REDONDO	La Rioja Juan DEL POZO Cristina NUEZ
Aragón Carmen BARANGUÁN	Cataluña Josep M ^a SUELVES Xavier AYNETO Teresa BRUGAL	Melilla Flor ROCHE
Asturias Margarita EGUIAGARAY Ignacio DONATE	Ceuta Yolanda FERNÁNDEZ	Madrid Ana RUIZ Luis Fernando PORTALES
Baleares María RAMOS Juana VANRELL	Comunidad Valenciana Francesc J. VERDÚ M ^a Lidón CALDUCH	Murcia Juan Francisco CORREA
Canarias Milagros DOMÍNGUEZ	Extremadura Antonia María VAS Juan Carlos MARTÍN	Navarra Miguel MARTÍNEZ
Cantabria M Carmen DIEGO	Galicia Indalecio CORREA Jaime FRAGA	País Vasco Nieves RODRÍGUEZ Nieves CORCUERA
Castilla-La Mancha Elena RODRÍGUEZ Elena MONTERO		

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:

- Eva SÁNCHEZ, por su ayuda en el tratamiento de textos y en la elaboración de tablas y figuras.
- Los coordinadores de los departamentos autonómicos de drogas, los trabajadores de los sistemas de información sobre drogas en las comunidades autónomas; así como a todas las instituciones y personas que aportan rutinariamente información al sistema, en particular a los centros de tratamientos de drogas, los servicios de urgencia hospitalarios, los institutos de medicina legal, los laboratorios de toxicología y los centros educativos de enseñanzas secundarias.
- Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO) y la Oficina Central Nacional de Estupefacientes (OCNE). Ministerio del Interior.
- Ministerio de Educación y Ciencia y Departamentos de Educación de las Comunidades Autónomas.
- Subdirección General de Alimentación del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.
- Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Economía y Hacienda.
- Departamentos del Instituto Nacional de Toxicología. Ministerio de Justicia.

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.pnsd.msc.es

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

NIPO: 351-08-002-3

E

l Observatorio Español sobre Drogas (OED), encuadrado en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, pretende ofrecer a la administración y a la sociedad una visión global de la situación y las tendencias de los problemas relacionados con el consumo de drogas en España. Para ello emplea diversas metodologías de recogida y análisis de datos, y cuenta con la colaboración de los gobiernos autonómicos y de otras instituciones.

Los informes anuales, como éste de 2007 que ahora presentamos, son el principal instrumento para exponer y difundir información actualizada y contextualizada sobre este fenómeno. Hay que resaltar que el informe actual incorpora los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) de 2005, que es con mucha diferencia la encuesta sobre drogas más amplia realizada hasta el momento en España y una de las mayores realizadas jamás en Europa. Además, incorpora información de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) de 2006, que aporta resultados muy interesantes, y para algunas drogas muestra un cambio de la tendencia ascendente del consumo que venía observándose desde hace muchos años.

Por lo que respecta a los indicadores de problemas de drogas, se actualizan los datos hasta 2005 (último año para el que ha podido completarse el análisis, dado el retraso en el envío de datos) y se incluye por primera vez información sobre nuevas variables (convivientes, alojamiento, país de nacimiento, frecuencia de consumo de la droga principal, iniciativa para realizar el tratamiento actual). Por otra parte, la mejora de la clasificación de la vía de administración de las drogas ha permitido obtener información de mayor validez sobre esta cuestión, y se ha ampliado considerablemente la información sobre infecciones y conductas de riesgo en consumidores de drogas.

Finalmente, no querría dejar de señalar que la información ha de permitir evaluar globalmente las políticas y las intervenciones sobre drogas y, eventualmente, poner de manifiesto la necesidad de nuevas intervenciones. En este sentido, los resultados de EDADES 2005 mostraban una caída significativa del número de fumadores en España, lo que puede relacionarse con las medidas puestas en marcha en los últimos años para atajar este problema. También mostraba niveles ele-

vados de consumo de cocaína en relación a los países de nuestro entorno, lo que ha llevado al Gobierno a plantear recientemente un programa de actuación frente a la cocaína. Por su parte, los resultados de ESTUDES 2006, indican que entre los estudiantes de enseñanzas secundarias se ha producido un descenso importante del consumo de tabaco, y por primera vez en muchos años, del consumo de cannabis y cocaína.

Esperamos que en los próximos años los datos sigan reflejando un cambio positivo del consumo y los problemas de drogas en España, que responda a los esfuerzos que se están realizando para poner en marcha políticas públicas frente a este problema. Y si no es así, tendremos que volver a sentarnos a discutir qué es lo que no se ha hecho bien. Al fin y al cabo la función de los observatorios y los sistemas de información sobre drogas no es dar siempre buenas noticias.

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

Índice

Presentación	4
Introducción	7
Resumen	9
Capítulo 1. Consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas	15
1.1. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2005	15
1.2. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES), 1994-2006	48
1.3. Evolución de la incidencia de consumo problemático de heroína en España, 1991-2002	86
Capítulo 2. Problemas relacionados con las drogas	88
2.1. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas, 1987-2005	88
2.2. Urgencias hospitalarias en consumidores de drogas, 1996-2005	118
2.3. Infecciones en consumidores de drogas, 1986-2006	128
2.4. Mortalidad relacionada con las drogas, 1983-2005	133
2.5. Diligencias y denuncias por conducir con tasas de alcoholemia superiores al límite legal, 1997-2006	154
2.6. Encuesta estatal a personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína, 2003-2004	156
Capítulo 3. Oferta y control de la oferta de drogas	166
3.1. Demanda directa de bebidas alcohólicas, 1996-2006	166
3.2. Ventas de tabaco, 1996-2006	170
3.3. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1996-2006	174
3.4. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 1996-2006	178
3.5. Detenciones por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 1997-2006	182
Bibliografía	187
Anexos	190
Índice de tablas	190
Índice de figuras	195

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 se recoge información procedente de diversas fuentes, que una vez analizada y contextualizada, debería ayudar a responsables políticos, asociaciones, profesionales y consumidores a la hora de tomar decisiones sobre estas cuestiones en sus respectivos ámbitos.

Las principales fuentes o métodos utilizados para elaborar el informe del OED 2005-2006 son: 1) la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2) la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 3) los indicadores de Tratamiento, Urgencias y Mortalidad, 4) los indicadores sobre infecciones y conductas de riesgo en consumidores de drogas, 5) Las dos Encuestas Estatales a Personas Admitidas a Tratamiento por Heroína o Cocaína, y 6) los indicadores sobre oferta y control de la oferta de drogas. EDADES y ESTUDES se realizan de forma bienal (un año EDADES y el siguiente ESTUDES), y se promueven y financian directamente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), contando la segunda con la estrecha colaboración de las Comunidades Autónomas. Los indicadores de Tratamiento, Urgencias y Mortalidad se gestionan desde 1987 en el marco del Plan Nacional sobre Drogas como una colaboración interinstitucional en el que tienen un papel muy activo las Comunidades Autónomas, así como las instituciones de las que procede la información (centros de tratamiento de drogodependencias, hospitales, institutos de medicina legal y laboratorios toxicológicos). En algunos casos los Ayuntamientos prestan también soporte a la recogida y depuración de la información. Los indicadores sobre infecciones y conductas de riesgo en consumidores de drogas proceden de varias fuentes, pero fundamentalmente de la DGPNSD y de otras divisiones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Finalmente, los indicadores de oferta y control de la oferta proceden del Ministerio del Interior, en el caso de las drogas ilegales, del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación en el caso de las bebidas alcohólicas, y del Ministerio de Economía y Hacienda en el caso del tabaco.

El presente informe, que se ha estructurado de forma bastante parecida al del Informe del OED de 2004, contiene mucha información novedosa. Por lo que respecta al consumo, incluye los resultados de EDADES 2005, (que es con mucha diferencia la encuesta más amplia sobre drogas realizada hasta el momento en España), los resultados de ESTUDES 2006, y los resultados de un estudio, que se realiza por primera vez en España, sobre la evolución de la incidencia de consumo problemático de heroína en el conjunto del Estado entre 1991 y 2002.

Por lo que respecta a la información sobre problemas de drogas, se mantienen y se actualizan hasta 2005 (último año en que se ha completado el envío de ficheros por partes de las comunidades autó-

nomas) las series de datos incluidas en informes anteriores, ampliando y mejorando la información sobre algunos indicadores, en particular sobre las admisiones a tratamiento, donde las nuevas variables incluidas en la última modificación del sistema han permitido definir con más precisión el perfil sociodemográfico (convivientes, tipo de residencia, país de nacimiento) y toxicológico (frecuencia de consumo de la droga principal) de los pacientes, así como obtener por primera vez información sobre la fuente que ha influido decisivamente para que la persona inicie el tratamiento actual. Además, la mejor categorización de la vía de administración de la droga principal ha permitido estimar de forma más fiable la proporción de tratados que consumen preferentemente la droga principal por vía pulmonar y por vía intranasal. En el caso de las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de drogas se ha mejorado la clasificación de la vía de administración de las drogas consumidas. En cuanto a las infecciones y conductas de riesgo en consumidores de drogas se ha ampliado considerablemente la información mediante una revisión más exhaustiva de las fuentes y un análisis más detallado de sus resultados. Se presentan también en este informe los resultados de la Encuesta Estatal a Personas Admitidas a Tratamiento por Heroína o Cocaína, 2003-2004.

Resumen

Las conclusiones más destacadas sobre la evolución del consumo y los problemas de drogas en España en los años más recientes son los siguientes: 1) ha descendido el consumo de tabaco, aunque la proporción de fumadores sigue siendo alta, 2) ha descendido la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, aunque ha aumentado la frecuencia de episodios de consumo intensivos (borracheras), 3) ha continuado disminuyendo progresivamente el número de inyectadores de drogas, 4) ha descendido lentamente la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales, aunque persiste un número elevado de muertes de este tipo (casi 800 en 2004), 5) en los inyectadores de drogas persisten altos niveles de infección por VIH y virus de la hepatitis, y de conductas de riesgo sexuales y de inyección, aunque ha disminuido progresivamente el número de nuevos diagnósticos de VIH en esta población, 6) después de muchos años de descenso, puede haberse estabilizado el consumo de heroína, e incluso puede haber comenzado a ascender, y 7) se está estabilizando o puede haber comenzado a descender el consumo de cocaína y cannabis, tras muchos años de aumento.

A continuación se resume la evolución de la situación para cada una de las drogas y problemas más importantes, así como la evolución de otros aspectos relevantes relacionados con el consumo, como las diferencias de género, el riesgo percibido ante el consumo y la disponibilidad percibida de las distintas drogas.

■ **Tabaco:** Aproximadamente un tercio de los adultos españoles son fumadores. Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) en 2005 un 32,8% de los españoles de 15-64 años eran fumadores diarios (37,0% de los hombres y 28,6% de las mujeres), y según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), en 2006 lo eran un 14,8% de los estudiantes de 14-18 años (12,5% de los hombres y 16,9% de las mujeres).

En los años más recientes se ha producido un importante descenso del consumo, especialmente entre los hombres de 35-64 años, y entre la población más joven. Así, según ESTUDES, la prevalencia de consumo diario entre los estudiantes de 14-18 años pasó de 21,5% en 2004 a un 14,8 % en 2006. Estos descensos pueden tener relación con las medidas puestas en marcha recientemente para reducir el consumo. El volumen global de venta de cigarrillos también ha descendido recientemente (4663 millones de cajetillas en 2004 y 4504,9 en 2006), tras un aumento ininterrumpido en el período 1995-2004, lo que es coherente con el descenso del consumo que muestran las encuestas.

■ **Bebidas alcohólicas:** La mayoría de la población española consume bebidas alcohólicas esporádica o habitualmente. Según EDADES, en 2005 un 64,6% de la población de 15-64 años había bebido alguna vez en los últimos 30 días, concentrándose el consumo en el fin de semana (viernes, sábado y domingo), especialmente en el caso de los jóvenes de 15-34 años. La cerveza/sidra era la bebida consumida por mayor número de personas tanto en fines de semana como en días laborables, seguida del

vino/champán durante los días laborables y los combinados/cubatas durante el fin de semana. La proporción de personas que bebían diariamente era bastante reducida, siendo más elevada entre los hombres, especialmente entre los de 35-64 años. De hecho en 2005 había bebido diariamente en los últimos 30 días un 14,9% de la población de 15-64 años (un 22,5% de los hombres y un 7,0% de las mujeres). Eran bastante frecuentes los episodios de intoxicación etílica aguda (borrachera), especialmente entre los jóvenes. De hecho en 2005, un 19,7% de la población de 15-64 años se había emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses (27,2% de los hombres y 12,0% de las mujeres; 30,9% de la población de 15-34 años y 11,3% de la de 35-64 años). Por su parte, los datos de ESTUDES indican que en 2006 un 74,9% de los estudiantes de 14-18 años habían consumido bebidas alcohólicas en el último año y un 58 % en el último mes, concentrándose muchísimo el consumo en el fin de semana. Entre estos estudiantes la bebida más consumida eran los combinados/cubatas, si bien en días laborables predominaba la cerveza. Los lugares más frecuentes de consumo eran los bares o pubs, los espacios públicos abiertos, y las discotecas. Un 45,6% se había emborrachado algún día en el último año y un 25,6% en el último mes.

En la población de 15-64 años la tendencia temporal de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de forma esporádica o habitual y de intoxicaciones etílicas parece estable. Entre los estudiantes de 14-18 años ha descendido la extensión del consumo de alcohol, pasando la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses de 82,7% en 1994 a 74,9% en 2006, y en los últimos 30 días de 75,1% a 58,0%; sin embargo, en 2006 continuaba la tendencia ascendente de las borracheras. Así, entre los que habían tomado bebidas alcohólicas en los últimos 30 días la proporción de los que se habían emborrachado en ese mismo período pasó de 27,6% en 1994 a 41,9% en 2004 y 44,1% en 2006. Por su parte, el consumo per cápita de bebidas alcohólicas, obtenido de los datos de compra, sigue una tendencia descendente desde hace bastantes años, pasando de 99,8 litros en 1996 a 93,8 litros en 2004, y 90,1 litros en 2006.

■ **Heroína:** Aunque históricamente en España la heroína ha sido responsable de la mayoría de los problemas graves relacionados con las drogas ilegales detectados en España, en los últimos años ha disminuido de forma importante tanto el consumo como los problemas asociados a esta droga. Hasta 2004 todos los indicadores manejados por el OED (indicadores de control de la oferta, encuestas domiciliarias y escolares, estimaciones del consumo problemático, tratamientos, urgencias o muertes relacionados con el consumo de heroína) mostraban una tendencia descendente. Por ejemplo, el número de personas tratadas por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína pasó de 20017 en 1992 a 16647 en 1996, 7461 en 2001, y 3836 en 2004, la proporción de urgencias directamente relacionadas con drogas en que se menciona consumo de heroína pasó de 61,5% en 1996 a 40,5% en 2000 y 24,2% en 2004, y el número de muertes por reacción aguda a drogas con presencia de opioides en seis grandes ciudades de 544 en 1992 a 391 en 1996, 225 en 2003, y 183 en 2004. Sin embargo, a partir de 2004 se ha notado un aumento de la prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida entre los estudiantes de 14-18 años (0,5% en 1994, 0,7% en 2004 y 1% en 2006), una ralentización del descenso del número de primeras admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína (3836 en 2004 y 3604 en 2005, una estabilización de la edad media de admisión a tratamiento y un descenso de la edad media de inicio en el consumo entre los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida, y una estabilización de las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con drogas en que se menciona consumo de heroína (24,2% en 2004 y 24,8% en 2005) y de la presencia de opioides en las muertes directamente relacionadas con drogas en seis grandes ciudades (183 en 2004 y 185 en 2005). Igualmente, a partir de 2003 se observa un descenso de la relación precio-pureza de los pequeños decomisos de heroína, lo que se interpreta como un aumento de la oferta de heroína. Estos datos permiten plantear la hipótesis de que el consumo y los problemas por heroína pueden haber tocado fondo, y pueden volver a aumentar otra vez.

Por otra parte, continúa descendiendo el uso de la inyección para consumir heroína. 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 18,2% en 2002, 16,4% en 2004 y 15,1% en 2005. La vía inyectada ha sido sustituida principalmente por la vía pulmonar (“fumar chinos”). En 2005, sólo cuatro comunidades autónomas (Navarra, Aragón, Cantabria y Cataluña) estaban por encima del 25% en cuanto a la proporción de admitidos a tratamiento por primera vez que usaban preferentemente la heroína por inyección.

■ **Cocaína:** La cocaína es en la actualidad la droga ilegal que genera un mayor volumen de problemas en España. En los últimos años ha aumentado mucho tanto el consumo como los problemas asociados. Todos los indicadores manejados por el OED son consistentes a la hora de mostrar el aumento del consumo hasta 2004-2005. Por ejemplo, la prevalencia anual de consumo entre la población de 15-64 años pasó de 1,8% en 1995 a 2,7% en 2003 y 3,0% en 2005, la prevalencia anual entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años de 1,8% en 1994, a 2,7% en 1996, 6,2% en 2002, y 7,2% en 2004, y el número de tratados por primera vez en la vida por cocaína de 932 en 1992 a 1892 en 1996, 5977 en 2001, 11851 en 2003, y 15258 en 2005. Por su parte, la proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con drogas ilegales en que se menciona cocaína pasó de 26,1% en 1996 a 44,4% en 2001, 49,0% en 2002, 58,5% en 2004 y 63,4% en 2005, y la proporción de muertes por reacción aguda a drogas ilegales en que se detecta cocaína y no opioides pasó de 0%-2% en la década de los ochenta a 3,9% en 1996, 6,1% en 2000, 16,4% en 2003, y 20,6% en 2005. Por su parte, la oferta de cocaína durante el mismo período se mantuvo estabilizada o aumentó. De hecho, el indicador precio-pureza de los pequeños decomisos de esta droga se mantuvo bastante estable; sin embargo, la disponibilidad percibida de esta droga mostró un aumento sostenido tanto entre la población de 15-64 años, como entre los estudiantes de 14-18 años. Frente a este panorama negativo, recientemente han aparecido algunas evidencias que hacen pensar que puede estar iniciándose un cambio positivo en la evolución temporal del consumo y los problemas por cocaína en España. Por ejemplo, entre los estudiantes de 14-18 años se han observado descensos tanto de la prevalencia anual de consumo de cocaína (que ha pasado de 7,2% en 2004 a 4,1% en 2006) como de la disponibilidad percibida de esta droga. Además, se ha ralentizado el crecimiento del número de admisiones a tratamiento por cocaína, y de la proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con drogas ilegales en que se menciona cocaína.

Aunque es probable que en España esté aumentando el uso de cocaína fumada (conocida aquí como base o cocaína-base), las prevalencias de consumo que muestran las encuestas domiciliarias o escolares no son aún elevadas, por lo que es probable que su consumo permanezca en buena medida confinado en los círculos de los consumidores de heroína. Además, aunque los problemas relacionados con el consumo de cocaína-base han aumentado en los últimos años (de hecho, el número de primeros tratamientos por cocaína consumida preferentemente por vía pulmonar pasó de 139 en 1991 a 1284 en 2001, 1837 en 2004, y 1755 en 2005), lo han hecho a un ritmo mucho menor que la cocaína esnifada, y en 2005 la proporción que suponían los tratamientos por cocaína fumada sobre el total de tratamientos por cocaína era sólo de un 11,5%, y la proporción de urgencias relacionadas con cocaína fumada sobre el total de urgencias relacionadas con cocaína de un 22,7%, frente a un 80,6% y 55,4%, respectivamente, de los tratamientos y las urgencias relacionados con cocaína esnifada.

■ **Cannabis:** En España el consumo de cannabis está muy extendido, incluso el consumo diario, cuya prevalencia en la población de 15-64 años alcanzaba en 2005 un 2,0%. El consumo y los problemas por cannabis aumentaron de forma considerable entre 1994 y 2004-2005. La prevalencia anual de consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años pasó de 18,2% en 1994 a 32,8% en 2002 y 36,6% en 2004, mientras que en la población de 15-64 años pasó de 7,5% en 1995 a 11,3% en 2003. Se observó también un aumento importante de los primeros tratamientos por abuso o dependencia de cannabis (que pasaron de 1300 en 1996 a 2487 en 2000 y 5389 en 2004) y de la presencia de cannabis en las urgencias hospitalarias (7,4% en 1996, 14,8% en 2000, 25,1% en 2004 y 27,9% en 2005), aunque es preciso interpretar correctamente el papel del cannabis en los eventos en los que

también se menciona el consumo de otras drogas. Sin embargo, al igual que sucedía con la cocaína, hay evidencias que indican que a partir de 2004-2005 puede haberse producido un cambio de tendencia en la evolución del consumo y los problemas por cannabis. De hecho, la prevalencia anual de consumo de esta droga en la población de 15-64 años ha pasado de 11,3% en 2003 a 11,2% en 2005, la prevalencia anual entre los estudiantes de 14-18 años de 36,6% en 2004 a 29,8% en 2006, y el número de admisiones a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cannabis de 5319 en 2004 a 4426 en 2005. Igualmente, en los años más recientes ha aumentado el riesgo percibido ante el consumo de esta droga tanto entre los estudiantes de 14-18 años como entre la población general de 15-64 años, y ha disminuido la disponibilidad de cannabis percibida por los estudiantes de 14-18 años.

■ **Hipnosedantes:** Con este término nos referimos tanto a los tranquilizantes como a los somníferos, sustancias que son consumidas por un número importante de personas en España, en la mayor parte de los casos prescritas por los médicos. La prevalencia anual de consumo era de un 5,1% (1,2% si se considera sólo el consumo sin receta médica) entre de la población de 15-64 años en 2005 y de un 7,4% (4,8% si se considera sólo el consumo sin receta médica) entre los estudiantes de 14-18 años en 2006, siendo en ambos casos más alta en las mujeres. Por otra parte, una elevada proporción de consumidores de heroína o cocaína, consumen también hipnosedantes, lo que suele contribuir a aumentar sus problemas. De hecho, según una encuesta realizada en 2003-2004, un 47,0% de los admitidos a tratamiento por heroína o heroína+cocaína habían consumido hipnosedantes el mes previo, cifra que era del 25,6% entre los admitidos por cocaína. En la gran mayoría de los casos los hipnosedantes consumidos son benzodiazepinas. Entre 1996 y 2004 aumentó el número de primeras admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes pasando de 186 en 1996 a 214 en 2000, y 441 en 2004; sin embargo, en 2005 ha descendido hasta 383. La evolución de la presencia de hipnosedantes en las urgencias hospitalarias y muertes directamente relacionadas con drogas ilegales no se puede conocer directamente sin un estudio pormenorizado, porque a lo largo del tiempo han cambiado los criterios de recogida y análisis de la información.

■ **Estimulantes tipo anfetaminas o éxtasis:** En España, al contrario que en otros países europeos, la prevalencia de consumo de estos estimulantes es menor que la de cocaína. En las encuestas domiciliarias o escolares no se aprecia una tendencia clara del consumo, aunque parece estar estabilizado o en descenso. Además, la mayor parte de los consumidores toman las anfetaminas o el éxtasis de forma bastante esporádica, por lo que el peso de estas sustancias en el conjunto de problemas por drogas ilegales es escaso. De hecho en 2005 las anfetaminas motivaron el 0,5% de los tratamientos por drogas ilegales y se mencionaron en el 4,8% de las urgencias y en el 2,6% de las muertes directamente relacionadas con drogas ilegales, siendo las cifras para éxtasis 0,3%, 5,7%, y 0,4%, respectivamente. Quizá con la salvedad del año 2002, durante el período 1996-2005 se aprecia una relativa estabilidad del número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de éxtasis o anfetaminas (450-650), aunque en los años más recientes tienden a aumentar los tratamientos por anfetaminas y a disminuir por éxtasis. En cuanto a la presencia de anfetaminas o éxtasis en las urgencias o muertes directamente relacionadas con drogas ilegales, es difícil apreciar las tendencias por las fluctuaciones interanuales, pero parece que se produjo un aumento hasta el año 2000 y a partir de entonces se ha mantenido relativamente estable.

■ **Alucinógenos:** La prevalencia de consumo de estas sustancias es muy baja y todavía más bajos los problemas relacionados con el consumo. Además, el consumo y los problemas parecen estabilizados o en descenso. Así, en la población de 15-64 años la prevalencia anual de consumo fue de 0,8% en 1995 y de 0,7% en 2005, y en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años de 4,4% en 1994, 3,1% en 2004, y 2,8% en 2006. El número de tratamientos por alucinógenos pasó de 74 en 1996 a 39 en 2005, y la mención de alucinógenos en las urgencias directamente relacionadas con drogas es relativamente estable, con algunas fluctuaciones interanuales.

■ **Diferencias intersexuales en el consumo de drogas y los problemas asociados:** Los hipnosedantes son las únicas drogas consideradas en que la prevalencia de consumo es más elevada en las mujeres que en los varones. En cuanto al tabaco y el alcohol, aunque las diferencias se han reducido en los últimos años, las prevalencias continúan siendo más altas en los varones. Así, en 2005 en la población de 15-64 años la prevalencia de fumadores diarios de tabaco fue de 37,0% y 28,6%, respectivamente, la prevalencia mensual de consumo de bebidas alcohólicas de 76,0% en hombres y de 52,9% en mujeres, y las diferencias relativas fueron aún más amplias en el caso de los bebedores diarios o las intoxicaciones etílicas. En los jóvenes de 15-34 años las diferencias intersexuales relativas se reducen mucho, llegando en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, a ser claramente más alta la prevalencia de consumo de tabaco diario de las mujeres que la de los hombres (16,9% frente a 12,5% en 2006). Por lo que respecta a las drogas de comercio ilegal, las prevalencias de consumo de los hombres continúan siendo varias veces más elevadas que las de las mujeres, sin que se aprecie una reducción de las diferencias. Así, por ejemplo, en 2005 en la población de 15-64 años la prevalencia mensual de consumo de cannabis fue de 12,5% en hombres y 4,7% en mujeres y la de cocaína de 2,5% en hombres y 0,7% en mujeres. En los jóvenes las diferencias intersexuales relativas se reducen, sobre todo en el caso del cannabis (con prevalencias anuales de consumo según sexo muy parecidas en 2006 entre los estudiantes de 14-18 años). Por lo que respecta a los problemas relacionados con drogas de comercio ilegal, se reproduce el sentido de las diferencias intersexuales, pero las diferencias son mayores. Así, en 2005 las razones hombre/mujer en las admisiones a tratamiento, urgencias hospitalarias y muertes directamente relacionadas con drogas ilegales, fueron, respectivamente, 5,5, 3,1 y 6,3, razones que salvo en el caso de las urgencias no muestran una tendencia clara al descenso.

■ **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 conducta dada puede provocar bastantes o muchos problemas) puede influir en la decisión de consumir y como tal ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura del consumo. En 2005 las conductas consideradas más peligrosas por la población de 15-64 años eran el consumo habitual de heroína, alucinógenos, cocaína y éxtasis, y las menos peligrosas el consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana, el consumo esporádico de hipnosedantes o cannabis. También se percibía un riesgo bastante bajo ante el consumo habitual de cannabis o hipnosedantes, así como ante el consumo diario de un paquete de cigarrillos o de 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas. Entre 1997 y 2005 aumentó bastante el riesgo percibido ante el consumo de un paquete de tabaco diario, y algo el riesgo percibido ante el consumo esporádico o experimental de éxtasis o cocaína. Sin embargo, disminuyó el riesgo percibido ante el consumo esporádico o habitual de cannabis, y ante el consumo diario o semanal de bebidas alcohólicas (tendencia que parece haberse invertido a partir de 2003).

Por lo que respecta a los estudiantes de 14-18 años, la percepción del riesgo ante el consumo diario de tabaco se mantuvo relativamente estable hasta 2002 y aumentó a partir de ese año, sobre todo en el período 2004-2006. La percepción de riesgo ante el consumo de alcohol (5-6 copas en fin de semana o 1-2 copas diarias) disminuyó en el período 1994-2004 y aumentó a partir de ese año. Finalmente, el riesgo percibido ante el consumo de cannabis disminuyó en el período 1994-2002 y aumentó a partir de entonces. Es más difícil interpretar la evolución de la percepción del riesgo para otras drogas, porque el indicador se muestra poco sensible.

■ **Disponibilidad de drogas percibida:** En general, la población española piensa que es bastante fácil acceder a las drogas de comercio ilegal. En cuanto a las tendencias temporales, entre 1995 y 2005 ha aumentado bastante la disponibilidad percibida por la población de 15-64 años de las cinco principales drogas de comercio ilegal (heroína, cocaína, éxtasis, alucinógenos y cannabis), correspondiendo los mayores aumentos a cannabis (50,3% consideraban que era fácil o relativamente fácil obtenerlo en 1995 y 66,4% en 2005) y a cocaína (de 39,5% a 53,3%). En cuanto a los estudiantes de 14-18 años, entre 2004 y 2006 se observa un descenso generalizado de la disponibilidad percibida de todas las drogas, siendo estos descensos muy importantes para cannabis y cocaína, drogas para las que aparecen

por primera vez tras un ascenso continuado desde 1994. En el caso de otras drogas, como heroína, anfetaminas, éxtasis y alucinógenos continúa la tendencia descendente que ya se manifestaba en 2004. El menor descenso en la disponibilidad percibida afecta al alcohol.

■ **Muertes relacionadas con las drogas ilegales:** Es muy difícil estimar el número global de muertes en las que las drogas ilegales tienen alguna implicación, por lo que es preferible centrarse en las muertes directamente relacionadas con el consumo de estas drogas (muertes por reacción aguda a drogas). En el conjunto de España estas muertes aumentaron muchísimo entre 1983 y 1991-1992, pasando de 266 a aproximadamente 1.800 muertes anuales. Luego descendieron rápidamente hasta situarse en cifras en torno a 1.100 en 1995, y a partir de entonces han descendido muy lentamente, estimándose 796 muertes para 2004. La serie histórica de seis grandes ciudades (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao) muestra una curva bastante similar a la estimada para el conjunto de España con descensos entre 1991 y 2002 y una relativa estabilidad a partir de ese año. El descenso de la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales se relaciona 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. Aunque la cocaína tiene una presencia creciente en las muertes directamente relacionadas con drogas ilegales (en 2005 se detectó cocaína y no opioides en un 20,6% de estas muertes), el impacto global de la cocaína en la mortalidad sigue siendo desconocido, porque es probable que algunas muertes con implicación de esta droga no lleguen a ser muertes judiciales, ni se refleje dicha implicación en el certificado oficial de defunción.

■ **Infecciones en consumidores de drogas ilegales:** En cuanto a la infección por VIH, continúa descendiendo el número de nuevos diagnósticos de VIH en inyectadores de drogas. Así, en un grupo de 8 comunidades autónomas dicho número pasó de 218 en 2003 a 111 en 2006, año en que la transmisión por inyección de drogas suponía ya sólo el 11,5% de los nuevos diagnósticos de VIH. Sin embargo, una proporción muy alta de los inyectadores de drogas están infectados por VIH (20%-30%), por el virus de la hepatitis B –VHB- (20%-35%), o el virus de la hepatitis C (VHC) (65%-90%). Entre los inyectadores la prevalencia de infección por VIH es bastante más alta en las mujeres que en los hombres. A pesar de la expansión y elevada cobertura de los programas de provisión de material de inyección estéril y preservativos, entre los inyectadores de drogas la prevalencia de conductas de riesgo sexuales y de inyección sigue siendo muy alta. De hecho entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de heroína o cocaína en 2003-2004 un 21,4% habían usado en el último año jeringas usadas por otros, y un 16,6% había cogido droga disuelta en una jeringa usada. Además del conjunto de admitidos por estas drogas, un 69,8% no había usado sistemáticamente preservativo en las relaciones vaginales o anales con parejas esporádicas. No es extraño, pues, que en algunas cohortes de consumidores de heroína se hayan observado incidencias anuales muy elevadas de infección por VHC e incluso por VIH. Es preocupante la persistencia de cifras elevadas de infección por VHC en los inyectadores por sus importantes repercusiones en la morbimortalidad de esta población, y por su posible repercusión en la extensión de la infección a población general. Recientemente se ha comprobado también que la protección de los jóvenes consumidores de heroína frente a VHB en tres ciudades españolas es bastante baja y que se pierden muchas oportunidades de vacunar en los servicios de atención.

1

Consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas

1.1. ENCUESTA DOMICILIARIA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA (EDADES), 1995-2005

Introducción

El Programa de Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y 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 las comunidades autónomas, que se inició en 1995, y cuenta actualmente con resultados de seis encuestas (1995, 1997, 1999, 2001, 2003 y 2005). 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 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 2005.

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, 2003 y 2005 se mantuvieron las innovaciones metodológicas introducidas en 1997 (muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución, autoadministración de todas las preguntas relacionadas con el consumo de drogas), lo que facilita la comparación directa entre dichas encuestas y elimina el posible impacto de las variaciones metodológicas sobre los resultados. La encuesta de 1995 tiene algunas diferencias metodológicas con respecto a las otras cinco 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. La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra abarca también la población de zonas rurales (municipios menores de 2.000 habitantes y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla); sin embargo incluye sólo 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 2005 la integraron 27.934 entrevistados. Entre 1995 y 2003 el tamaño de la muestra se mantuvo entre 8.000 y 15.000 en las sucesivas encuestas.

La distribución de la muestra por comunidad autónoma fue desproporcional a su población en todas las encuestas realizadas en el período 1995-2005, para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas. Además, algunas comunidades financiaron una ampliación de la muestra que correspondía a su territorio. En 2005, por ejemplo, financiaron ampliaciones 6 comunidades (Aragón, Canarias, Cantabria, Madrid, Murcia y La Rioja). El tamaño de la muestra final por comunidades varió entre 262 encuestados en Melilla y 3.047 en Canarias, siendo la muestra superior a 2.000 en 5 comunidades, y entre 1.000 y 2.000 en 8 comunidades (Tabla 1.1.1).

La distribución por edad 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. De hecho, el número de entrevistas en este intervalo de edad fue de 18.303 (65,5%), cuando a partir de las proyecciones del INE se estima que la representación real de este grupo en la población española es de 53,7%. El número de entrevistados, en el conjunto nacional, supera los 2.000 por cada grupo quinquenal hasta la edad de 44, y los 1.500 por cada grupo de 5 años, entre los 45 y los 64.

Se realizó un muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución:

- En la primera etapa se seleccionaron secciones censales (2.772 en 2005), correspondientes a un cierto número de municipios (1.035 en 2005), de forma aleatoria con probabilidad proporcional al tamaño de la sección. Previamente, se realizó una estratificación de las secciones según tamaño de hábitat, dividido en ocho categorías: menos de 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000 habitantes; de 10.001 a 20.000, de 20.001 a 50.000 habitantes; de 50.001 a 100.000 habitantes; de 100.001 a 400.000 habitantes; de 400.001 a 1.000.000 habitantes; y más de 1.000.000 habitantes. 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 2005 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 por comunidad autónoma. EDADES, 2005.

Comunidad Autónoma	Nº de encuestados de 15 a 64 años	Nº de encuestados de 15 a 34 años	Error muestral máximo población 15 a 64 años (%)	Error muestral máximo población 15 a 34 años (%)
Andalucía	2.774	1.533	±1,9	±2,6
Aragón	1.227	609	±2,9	±4,1
Asturias	1.049	512	±3,1	±4,4
Baleares	934	459	±3,3	±4,7
Canarias	3.047	1.641	±1,8	±2,5
Cantabria	877	432	±3,4	±4,8
Castilla-La Mancha	1.353	722	±2,7	±3,7
Castilla y León	1.597	854	±2,5	±3,4
Cataluña	2.567	1.347	±2,0	±2,7
Comunidad Valenciana	2.075	1.084	±2,2	±3,0
Extremadura	1.053	568	±3,1	±4,2
Galicia	1.676	879	±2,4	±3,4
Madrid	2.687	1.422	±1,9	±2,7
Murcia	1.517	863	±2,6	±3,4
Navarra	759	364	±3,6	±5,2
País Vasco	1.468	743	±2,6	±3,7
Rioja	740	372	±3,7	±5,2
Ceuta	272	149	±6,1	±8,2
Melilla	262	146	±6,2	±8,3
España	27.934	14.699	±0,6	±0,8

■ Cuestionario y trabajo de campo

En el período 1997-2003 se utilizó el mismo cuestionario estándar, en 1995 uno bastante diferente y en 2005 uno casi idéntico al de 1997-2003.

En el cuestionario 2005, como en los 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. Para garantizar la confidencialidad durante este proceso, el trabajador de campo debía mantenerse alejado del encuestado, y finalizada la encuesta 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. No obstante, 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.

El cuestionario incluía preguntas de clasificación, sociodemográficas, salud, percepción de riesgo, disponibilidad percibida, visibilidad del fenómeno y opiniones frente al problema de las drogas y las respuestas. Ninguna de las preguntas del cuadernillo tenía filtros ni saltos (con el fin de facilitar la circulación entre las preguntas), y carecían de la opción no sabe/no contesta (con la intención de forzar la respuesta del encuestado). 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), primero sin diferenciar si fue con o sin receta médica, y después sólo sin receta médica (con el fin de mantener la comparabilidad con el período 1997-2003). Finalmente, 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.

Las diferencias más importantes entre el cuestionario de 1995 y el de 1997-2003, en lo que respecta a las preguntas de consumo de drogas, son las siguientes:

- 1) En 1995 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), mientras que en 1997-2003 estas preguntas se referían a los últimos 30 días, como en 2005.
- 2) En 1995 las preguntas sobre hipnosedantes se referían tanto al consumo sin receta como con receta y en 1997-2003 sólo al consumo sin receta.
- 3) En 1995 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 separar a los que no habían consumido una droga concreta de los que no habían contestado la pregunta.

Las diferencias entre el de 1997-2003 y el de 2005 son mínimas y se refieren a los hipnosedantes, cuyo consumo en 1997-2003 se investigaba sólo sin receta médica, y en 2005 se investiga primero en general y después sin receta en preguntas separadas.

En 1995 la selección de la muestra y el trabajo de campo fueron realizados por la empresa EDIS SA, y en 1997-2005 por SIGMA DOS. En 2005 la tasa de respuesta sobre la muestra seleccionada inicialmente fue de un 49,9%. Las no respuestas se distribuyeron como sigue: negativas de hogar, incluyendo no apertura de puerta y negativa a que nadie del hogar sea entrevistado (22,6%), ausencia de todos los miembros del hogar (15,9%), negativas de la persona seleccionada (6,5%), ausencia de la persona seleccionada (5,1%). 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 2005 el trabajo de campo se realizó entre los meses de noviembre de 2005 y abril de 2006. No se realizaron encuestas en enero, para evitar la influencia de la Navidad en las preguntas sobre consumo durante los últimos 30 días. Por lo que respecta a la supervisión, un 32,5% de las entrevistas fueron supervisadas (un 27,2% de forma telefónica y un 5,3% 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, edad y sexo. 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 para equilibrar la posible desproporción de la muestra derivada de la mayor probabilidad de ausencia del hogar de los hombres.

El análisis que se presenta a continuación se ha basado principalmente en el cálculo de la prevalencia 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 superiores a los de aquellos análisis que asignan a los valores desconocidos un valor negativo o computan como una categoría más el “no sabe/no contesta”. En cualquier caso, en 2005 la proporción de valores desconocidos para las preguntas sobre el consumo de drogas fue muy baja. Así por ejemplo, para la prevalencia de consumo de las distintas drogas en los últimos 12 meses varió desde 0,0% para cocaína base o *crack*, heroína o inhalables volátiles y 0,7% para bebidas alcohólicas.

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, prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días e 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 1997-2005 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 laborables y para los fines de semana y dividiendo el resultado por 30.

En el supuesto de muestreo aleatorio simple, el error muestral máximo para un nivel de confianza del 95% para $p=q=0,5$ fue del 0,6%, para la población de 15 a 64 años, oscilando entre un error del 1,8% en Canarias y un 6,2% en Melilla. Para la población de 15-34 años, las cifras fueron del 0,8% para el conjunto de España, oscilando entre el 2,5% en Canarias y el 8,3% en Melilla. Sin embargo, hay que tener también en cuenta que no se trata de un muestreo aleatorio simple sino de un muestreo con diseño complejo (muestreo por conglomerados trietápico), por lo que 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 que pueden resultar de efectuar los cálculos para el supuesto del muestreo aleatorio simple.

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 bajo el supuesto de un muestreo aleatorio simple para el conjunto de España y para algunas comunidades autónomas con distintos tamaños de muestra. Como puede observarse, las prevalencias de las drogas menos extendidas en las 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. Además, teniendo en cuenta que se trata de un muestreo con diseño complejo, los intervalos de confianza reales serían más amplios que los calculados en la tabla 1.1.2. No obstante, teniendo en cuenta que la de 2005 es la encuesta con una muestra más numerosa realizada hasta la fecha, en este informe se presentan algunos datos por comunidades autónomas.

Tabla 1.1.2. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años e intervalos de confianza al 95% (supuesto muestreo aleatorio simple) en España y en tres comunidades autónomas (porcentajes), 2005.

	España (n = 27.934)			Andalucía (n = 2.764)			Castilla y León (n = 1.597)			La Rioja (n = 740)		
	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	42,43	41,85	43,01	42,19	40,35	44,03	42,76	40,33	45,18	39,57	36,05	43,10
Alcohol	76,27	75,78	76,77	74,25	72,63	75,88	77,26	75,20	79,32	68,53	65,18	71,88
Tranquilizantes	3,89	3,66	4,11	3,02	2,39	3,66	3,69	2,77	4,62	1,15	0,38	1,91
Cannabis	11,18	10,81	11,55	10,20	9,07	11,33	8,45	7,08	9,81	8,22	6,24	10,20
Éxtasis	1,22	1,09	1,35	0,81	0,48	1,15	0,51	0,16	0,86	0,98	0,27	1,70
Alucinógenos	0,72	0,62	0,82	0,46	0,21	0,72	0,49	0,15	0,83	1,22	0,43	2,01
Anfetaminas	1,00	0,88	1,11	0,42	0,18	0,66	1,01	0,52	1,50	1,75	0,81	2,70
Cocaína en polvo	2,97	2,77	3,17	2,25	1,70	2,80	1,94	1,27	2,62	2,52	1,39	3,65
Cocaína base	0,15	0,11	0,20	0,11	-0,01	0,24	0,17	-0,03	0,38	0,25	-0,11	0,62
Heroína	0,12	0,08	0,16	0,08	-0,03	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Otros opiáceos	0,11	0,07	0,15	0,04	-0,03	0,11	0,17	-0,03	0,37	0,00	0,00	0,00
Inhalables volátiles	0,13	0,08	0,17	0,00	0,00	0,00	0,04	-0,06	0,13	0,08	-0,12	0,29

Resultados

■ Extensión del consumo de drogas

En 2005 las sustancias psicoactivas más extendidas entre la población española de 15 a 64 años fueron el alcohol y el tabaco. Entre las drogas de comercio ilegal, las más extendidas fueron el cannabis, la cocaína y el éxtasis, todas con prevalencias en los últimos 12 meses que sobrepasan el 1% (11,2% para cannabis, 3,0% para cocaína y 1,2% para éxtasis). El uso de otras drogas de comercio ilegal fue menos común. Un hallazgo relevante se relaciona con el uso de tranquilizantes o somníferos (hipnosedantes) con o sin receta médica, cuya prevalencia en los últimos 12 meses (5,1%), sólo se ve superada por el alcohol, el tabaco y el cannabis (Tabla 1.1.3)

■ Edad media de primer uso

En 2005, la edad media de inicio en el uso de drogas varió sustancialmente según el tipo de droga. Las drogas que se consumieron por término medio a una edad más temprana fueron las de comercio legal, como el tabaco (edad media 16,4 años), bebidas alcohólicas (16,7 años) e inhalables volátiles (17,8 años). La droga ilegal cuyo consumo se había iniciado más tempranamente fue el cannabis (18,3 años). Por el contrario, las que se empezaron a consumir más tardíamente fueron los tranquilizantes o sedantes (28,5 años con o sin receta médica y 32,3 años sin receta médica). El uso del resto de las drogas se inició, en general, entre los 18 y los 21 años (Tabla 1.1.4; Figura 1.1.1).

■ Diferencias en el uso de drogas por sexo

Excepto en el caso de los hipnosedantes, la extensión del uso de drogas fue bastante mayor en los hombres que en las mujeres, especialmente en el caso de las drogas de comercio ilegal, donde la prevalencia entre los hombres fue varias veces más elevada que en las mujeres. En la población de 15-64 años destacan las diferencias en el uso de cannabis (12,5% en hombres y 4,7% en mujeres) y de cocaína (2,5% en hombres y 0,7% en mujeres) en los últimos 30 días.

En cuanto a las drogas de comercio legal, la prevalencia de consumo es también mayor entre los hombres. Por ejemplo, la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días fue de 76,0% en hombres y de 52,9% en mujeres y la de tabaco de 43,1% y 33,6%, respectivamente, en la población de 15-64 años (Tabla 1.1.5; Figura 1.1.2). El sentido de las diferencias es el mismo en la población de 15-34 años que en la de 35-64 (Figura 1.1.3).

■ Diferencias en el uso de drogas por edad

Excepto en el caso de los hipnosedantes, en 2005 los consumidores de sustancias psicoactivas fueron predominantemente jóvenes de 15-34 años (Tabla 1.1.6). Esto es especialmente cierto para las drogas ilegales, cuya prevalencia de consumo en los últimos 12 meses es en todos los casos mucho más alta en el grupo 15-34 años que en el grupo 35-64 años. Así, por ejemplo, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses para cannabis, cocaína y éxtasis fue de 19,8%, 5,2% y 2,4%, respectivamente, en el grupo 15-34 años frente a 4,7%, 1,3% y 0,4% en el grupo 35-64 años. Las prevalencias de consumo de alcohol o tabaco son algo superiores en el grupo 15-34 años que en el grupo 35-64, con cifras en los últimos 12 meses de 79,4% y 47,3% entre los primeros y de 74,7% y 38,8% entre los segundos. Finalmente, el grupo de 35-64 años consume en mayor proporción hipnosedantes (6,4%) que el grupo 15-34 (3,4%).

Tabla 1.1.3. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida						
Tabaco	–	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5
Alcohol	–	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7
Hipnosedantes (con o sin receta médica)*	–	–	–	–	–	8,7
Tranquilizantes o sedantes (con o sin receta médica)	–	–	–	–	–	7,0
Tranquilizantes o sedantes (sin receta médica)	–	–	–	–	–	1,5
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4
Anfetaminas/espíd	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7
Otros opiáceos	0,2	0,5	0,3	0,6	0,4	0,5
Inhalables volátiles	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8
Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses						
Tabaco	–	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7
Hipnosedantes (con o sin receta médica)*	–	–	–	–	–	5,1
Hipnosedantes (sin receta médica)*	–	–	–	–	–	1,2
Tranquilizantes o sedantes (con o sin receta médica)	–	–	–	–	–	3,9
Tranquilizantes o sedantes (sin receta médica)	–	–	–	–	–	0,9
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7
Anfetaminas/espíd	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0
Cocaína en polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Otros opiáceos	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días						
Tabaco	–	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4
Alcohol	–	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6
Hipnosedantes (con o sin receta médica)*	–	–	–	–	–	3,7
Tranquilizantes o sedantes (con o sin receta médica)	–	–	–	–	–	2,7
Cannabis	–	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7
Éxtasis	–	0,3	0,2	0,8	0,4	0,6
Alucinógenos	–	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Anfetaminas/espíd	–	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4
Cocaína en polvo	–	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6
Cocaína base	–	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Heroína	–	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Otros opiáceos	–	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables volátiles	–	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días						
Tabaco	–	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8
Alcohol	–	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9
Cannabis	–	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0

* Incluye tranquilizantes o sedantes y somníferos o pastillas para dormir.

Tabla 1.1.4. Edad media de primer consumo de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años. España, 1995-2005

	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Tabaco	15,9	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4
Tabaco (consumo diario)	18,5	18,5	18,6	18,4	18,3	18,3
Bebidas alcohólicas	–	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7
Tranquilizantes o sedantes (con o sin receta médica)	–	–	–	–	–	28,5
Tranquilizantes o sedantes (sin receta médica)	–	–	–	–	–	32,3
Cannabis	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3
Cocaína en polvo	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6
Heroína	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0	20,2
Anfetamina	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6	19,2
Alucinógenos	19,3	19,0	19,3	18,9	19,9	19,0
Inhalables volátiles	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5	17,8
Cocaína base	21,8	20,6	20,1	19,6	20,1	20,8
Éxtasis	21,1	20,0	20,7	20,2	20,3	20,1
Otros opiáceos	21,1	21,1	19,6	22,6	20,4	20,2

■ Diferencias en el uso de drogas por comunidad autónoma

Dado el escaso tamaño de la muestra en algunas comunidades autónomas (Tabla 1.1.1) y los amplios intervalos de confianza de las estimaciones de prevalencia resultantes, es muy arriesgado intentar cualquier análisis de las diferencias interautonómicas más allá de las drogas más extendidas como alcohol, tabaco y cannabis, datos que se presentan en las siguientes tablas.

La medida del consumo de alcohol es muy complicada por la gran variedad de tipos de bebida, recipientes, patrones de consumo y situaciones en las que se bebe. Esto dificulta el recuerdo por parte del

Figura 1.1.1. Edad media de primer consumo de las distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años. España, 2005.

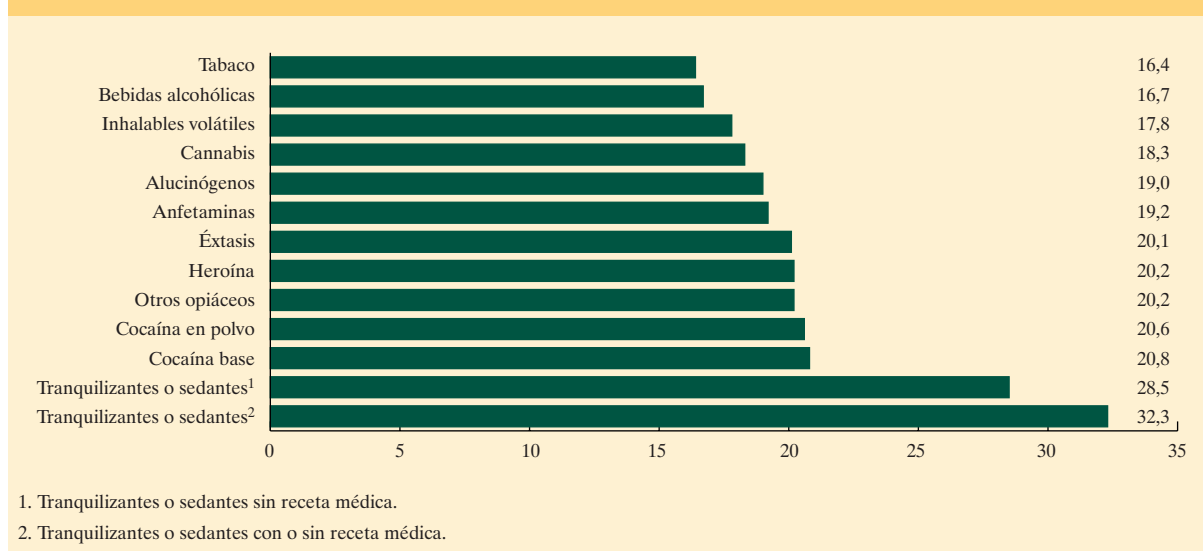


Tabla 1.1.5. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 1995-2005.

SEXO	1995		1997		1999		2001		2003		2005	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
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	75,5	63,3
Alcohol	—	—	95,3	86,0	92,1	82,5	93,6	84,3	93,8	83,3	95,7	91,6
Hipnosedantes (con o sin receta médica)*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6,4	11,1
Tranquilizantes o sedantes (con o sin receta médica)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5,0	9,1
Tranquilizantes o sedantes (sin receta médica)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,4	1,5
Cannabis	19,9	9,4	31,1	14,8	25,9	13,3	31,0	16,5	38,2	19,7	36,8	20,1
Éxtasis	2,8	1,2	3,8	1,2	3,3	1,5	6,0	2,0	6,6	2,5	6,2	2,4
Alucinógenos	3,3	1,0	4,6	1,2	2,8	1,0	4,2	1,3	4,7	1,3	5,2	1,5
Anfetaminas/espíd	3,1	1,5	4,0	1,4	3,1	1,2	4,1	1,7	4,6	1,7	5,0	1,8
Cocaína en polvo	4,8	2,0	5,4	1,5	4,5	1,8	7,0	2,5	9,2	2,6	10,5	3,4
Cocaína base	0,5	0,1	0,7	0,2	0,6	0,1	0,7	0,2	0,8	0,2	1,1	0,2
Heroína	1,2	0,4	0,9	0,2	0,6	0,3	1,0	0,2	1,5	0,3	1,1	0,2
Otros opiáceos	0,4	0,1	0,7	0,2	0,4	0,2	0,8	0,3	0,8	0,1	0,8	0,3
Inhalables volátiles	1,1	0,3	1,4	0,1	0,9	0,3	1,2	0,4	1,7	0,3	1,2	0,4
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	47,2	37,5
Alcohol	79,3	58,0	86,4	70,5	83,2	67,2	85,2	70,9	84,5	68,4	84,0	69,2
Hipnosedantes (con o sin receta médica)*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3,5	6,7
Hipnosedantes (sin receta médica)*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,1	1,3
Tranquilizantes o sedantes (con o sin receta médica)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,6	5,2
Tranquilizantes o sedantes (sin receta médica)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,8	1,0
Cannabis	10,7	4,4	10,7	4,7	9,6	4,3	13,0	5,5	16,2	6,3	15,7	6,6
Éxtasis	1,9	0,7	1,2	0,5	1,2	0,5	2,8	0,7	2,0	0,8	1,8	0,6
Alucinógenos	1,1	0,4	1,4	0,4	0,8	0,4	1,2	0,2	0,9	0,3	1,1	0,4
Anfetaminas/espíd	1,3	0,7	1,4	0,4	1,0	0,4	1,6	0,6	1,1	0,5	1,4	0,5
Cocaína en polvo	2,7	1,0	2,6	0,6	2,3	0,8	3,8	1,3	4,1	1,2	4,6	1,3
Cocaína base	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0
Heroína	0,8	0,3	0,4	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	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	0,2	0,0
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	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	43,1	33,6
Alcohol	—	—	75,8	52,1	74,4	49,1	76,4	50,9	75,8	52,1	76,0	52,9
Hipnosedantes (con o sin receta médica)*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,3	5,1
Tranquilizantes o sedantes (con o sin receta médica)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,7	3,7
Cannabis	—	—	6,7	2,5	6,2	2,8	9,4	3,4	11,3	3,9	12,5	4,7
Éxtasis	—	—	0,5	0,1	0,3	0,2	1,3	0,3	0,5	0,2	0,9	0,3
Alucinógenos	—	—	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1
Anfetaminas/espíd	—	—	0,4	0,1	0,4	0,2	0,9	0,2	0,4	0,1	0,6	0,2
Cocaína en polvo	—	—	1,5	0,2	1,3	0,4	2,2	0,5	1,6	0,5	2,5	0,7
Cocaína base	—	—	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Heroína	—	—	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Otros opiáceos	—	—	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Inhalables volátiles	—	—	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0

H: Hombre; M: Mujer.

* Incluye tranquilizantes o sedantes y somníferos o pastillas para dormir.

Figura 1.1.2. Proporción de la población de 15-64 años que ha usado drogas en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2005.

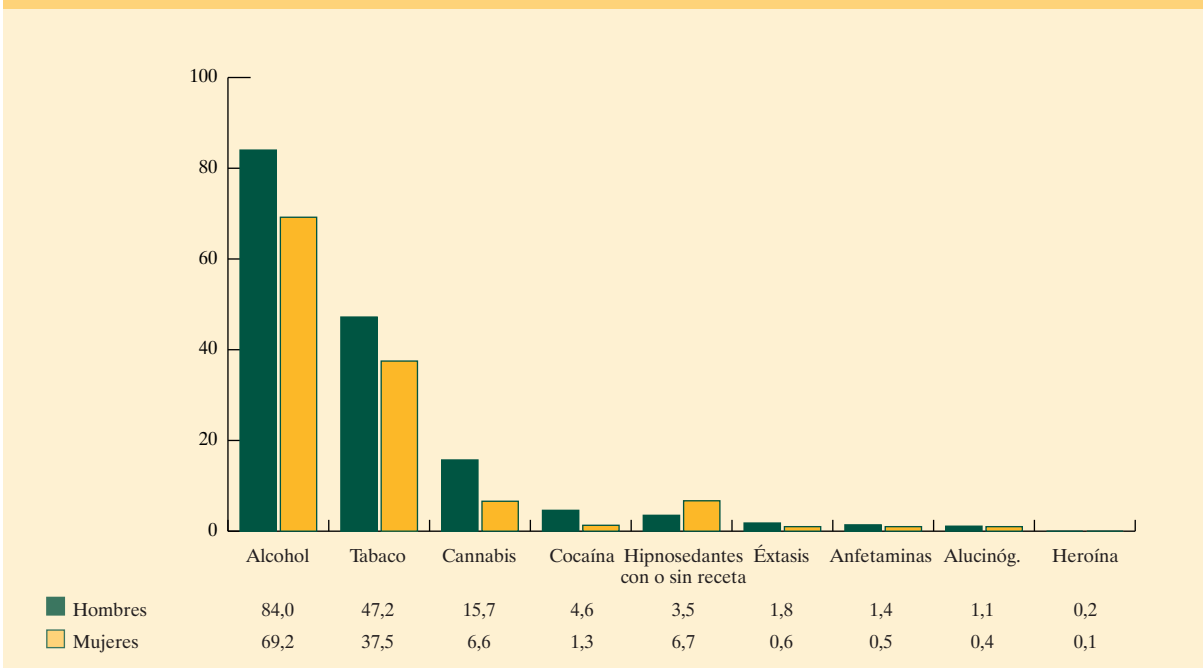


Figura 1.1.3. Proporción de la población de 15-34 y 35-64 años que ha usado drogas en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2005.

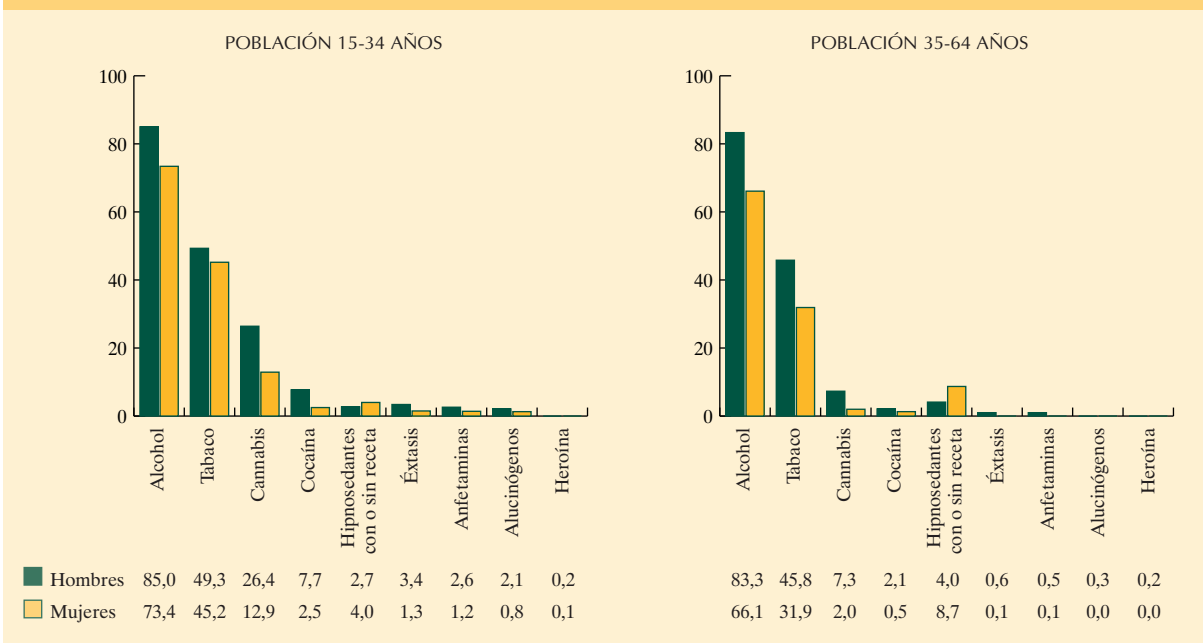


Tabla 1.1.6. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años, según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2005.

Grupo de edad	1995		1997		1999		2001		2003		2005	
	15-34	35-64	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	67,9	70,7
Alcohol	—	—	91,4	89,9	87,4	87,2	89,3	88,8	88,9	88,3	93,2	94,1
Hipnosedantes (con o sin receta médica)*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6,2	10,6
Tranquilizantes o sedantes (con o sin receta médica)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5,0	9,3
Tranquilizantes o sedantes (sin receta médica)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,3	1,6
Cannabis	22,9	6,1	32,4	14,4	28,1	12,3	34,3	15,3	39,0	21,0	39,4	20,4
Éxtasis	3,5	0,5	4,8	0,4	4,4	0,7	7,7	1,0	8,3	1,6	7,6	1,9
Alucinógenos	3,3	0,9	4,7	1,3	2,9	1,0	4,6	1,3	4,7	1,6	5,4	1,9
Anfetaminas/espíd	3,7	1,0	4,2	1,3	3,1	1,3	4,6	1,5	4,7	1,9	5,2	2,0
Cocaína en polvo	5,4	1,4	5,5	1,6	4,7	1,8	7,7	2,4	8,9	3,6	10,4	4,4
Cocaína base	0,5	0,1	0,7	0,2	0,6	0,2	0,7	0,3	0,7	0,3	0,7	0,6
Heroína	1,4	0,2	0,9	0,3	0,6	0,3	0,7	0,5	0,8	0,9	0,6	0,7
Otros opiáceos	0,3	0,1	0,7	0,2	0,4	0,2	0,7	0,5	0,6	0,3	0,6	0,5
Inhalables volátiles	1,1	0,3	1,3	0,3	0,9	0,4	1,5	0,2	1,7	0,5	1,2	0,5
Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses												
Tabaco	72,9	64,1	54,5	39,9	49,5	40,6	52,0	41,2	52,8	43,8	47,3	38,8
Alcohol	7,6	17,1	82,5	74,9	79,0	71,8	81,5	75,2	79,5	74,2	79,4	74,7
Hipnosedantes (con o sin receta médica)*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3,4	6,4
Hipnosedantes (sin receta médica)*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,0	1,3
Tranquilizantes o sedantes (con o sin receta médica)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,8	4,9
Tranquilizantes o sedantes (sin receta médica)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,7	0,9
Cannabis	12,7	2,3	14,2	1,8	12,6	2,2	16,7	3,3	20,1	4,2	19,8	4,7
Éxtasis	2,4	0,1	1,8	0,0	1,6	0,1	3,7	0,2	2,9	0,1	2,4	0,4
Alucinógenos	1,3	0,2	1,8	0,1	1,2	0,2	1,3	0,2	1,1	0,2	1,5	0,1
Anfetaminas/espíd	1,8	0,2	1,8	0,1	1,3	0,2	2,2	0,2	1,6	0,2	1,9	0,3
Cocaína en polvo	3,1	0,5	2,9	0,5	2,8	0,5	4,5	0,9	4,8	0,9	5,2	1,3
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1
Heroína	0,9	0,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	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	0,2	0,1
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,4	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1
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	42,3	35,5
Alcohol	—	—	66,7	61,6	64,4	59,4	65,7	62,1	65,8	62,7	66,3	63,4
Hipnosedantes (con o sin receta médica)*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,0	5,0
Tranquilizantes o sedantes (con o sin receta médica)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,7	3,7
Cannabis	—	—	8,5	1,1	7,9	1,5	11,5	2,3	13,4	2,9	15,4	3,6
Éxtasis	—	—	0,6	0,0	0,5	0,0	1,5	0,2	0,7	0,0	1,1	0,2
Alucinógenos	—	—	0,4	0,0	0,3	0,1	0,4	0,1	0,4	0,0	0,5	0,1
Anfetaminas/espíd	—	—	0,5	0,0	0,5	0,1	1,1	0,1	0,4	0,1	0,8	0,1
Cocaína en polvo	—	—	1,6	0,2	1,5	0,3	2,4	0,5	1,9	0,4	2,8	0,7
Cocaína base	—	—	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Heroína	—	—	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Otros opiáceos	—	—	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Inhalables volátiles	—	—	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0

* Incluye tranquilizantes o sedantes y somníferos o pastillas para dormir.

encuestado y la integración posterior de la información. Los problemas de medida están afectando seguramente a las diferencias entre comunidades, que de hecho varían según el indicador que se considere. Si nos centramos en la prevalencia de consumo en los últimos 30 días, se observa que la prevalencia de consumo varía entre 47,3% en Ceuta y Melilla y 71% en Cataluña, aunque la mayor parte de las comunidades (13) se situaron entre 60 y 70%. Tuvieron cifras significativamente superiores a la media nacional, las comunidades de Baleares y Cataluña, e inferiores las comunidades de Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura y Ceuta y Melilla. Mientras que si nos centramos en la prevalencia de consumo diario, las cifras varían entre 5,2% en Canarias y 24,3% en Galicia, aunque la mayor parte de las comunidades (12) se sitúan en una banda entre el 10 y el 16%. Tienen cifras significativamente superiores a la media nacional las comunidades de Galicia y Murcia, e inferiores, Canarias, Madrid, La Rioja y Ceuta y Melilla (Tabla 1.1.7).

Si nos centramos en el consumo diario de tabaco (Tabla 1.1.8), se observa que las prevalencias en las distintas comunidades son bastante parecidas, con un rango que va de 28,1% en el País Vasco a 35,5% en Asturias. Hay dos comunidades con un consumo significativamente inferior a la media nacional, en concreto Canarias y el País Vasco, y ninguna que supere significativamente la media nacional.

Con respecto a la prevalencia de consumo de cannabis, si nos centramos en la prevalencia en los últimos 30 días, se observa que hay importantes diferencias entre comunidades autónomas, con un rango que va desde el 2,9% en Extremadura a 14,9% en Navarra, aunque la mayor parte de las comunida-

Tabla 1.1.7. Prevalencia de consumo de alcohol entre la población de 15-64 años, según comunidad autónoma e intervalos de confianza del 95% (supuesto muestreo aleatorio simple). España, 2005.

CCAA	N	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			Diario		
		%	LCI	LCS	%	LCI	LCS	%	LCI	LCS	%	LCI	LCS
Andalucía	2.774	93	92,1	93,9	74,3	72,7	75,9	62,3	60,5	64,1	14,0	12,7	15,3
Aragón	1.227	96,7	95,7	97,7	81,0	78,8	83,2	67,6	65,0	70,2	14,6	12,6	16,6
Asturias	1.049	95,5	94,2	96,8	81,0	78,6	83,4	64,2	61,3	67,1	12,6	10,6	14,6
Baleares	934	95,9	94,6	97,2	80,3	77,7	82,9	69,3	66,3	72,3	17,7	15,3	20,1
Canarias	3.047	91,6	90,6	92,6	72,4	70,8	74,0	53,3	51,5	55,1	5,2	4,4	6,0
Cantabria	877	93,8	92,2	95,4	77,3	74,5	80,1	59,4	56,1	62,7	17,1	14,6	19,6
Castilla-La Mancha	1.353	91,9	90,4	93,4	71,3	68,9	73,7	60,4	57,8	63,0	14,2	12,3	16,1
Castilla y León	1.597	94,2	93,1	95,3	60,0	57,6	62,4	65,9	63,6	68,2	15,8	14,0	17,6
Cataluña	2.567	94,5	93,6	95,4	81,7	80,2	83,2	71,0	69,2	72,8	15,2	13,8	16,6
C. Valenciana	2.075	94,7	93,7	95,7	77,5	75,7	79,3	66,3	64,3	68,3	15,0	13,5	16,5
Extremadura	1.053	94,9	93,6	96,2	79,0	76,5	81,5	56,5	53,5	59,5	14,0	11,9	16,1
Galicia	1.676	94,5	93,4	95,6	75,2	73,1	77,3	65,4	63,1	67,7	24,3	22,2	26,4
Madrid	2.687	92,4	91,4	93,4	72,6	70,9	74,3	62,9	61,1	64,7	13,1	11,8	14,4
Murcia	1.517	93,3	92,0	94,6	76,4	74,3	78,5	64,9	62,5	67,3	20,4	18,4	22,4
Navarra	759	94,8	93,2	96,4	79,6	76,7	82,5	68,2	64,9	71,5	15,8	13,2	18,4
País Vasco	1.468	95,1	94,0	96,2	82,3	80,3	84,3	67,1	64,7	69,5	15,3	13,5	17,1
Rioja	740	92,3	90,4	94,2	70,0	66,7	73,3	60,8	57,3	64,3	11,4	9,1	13,7
Ceuta y Melilla	534	72,4	68,6	76,2	57,7	53,5	61,9	47,3	43,1	51,5	8,4	6,0	10,8
España	27.934	93,7	93,4	94,0	76,7	76,2	77,2	64,6	64,0	65,2	14,9	14,5	15,3

Nota: LCI: Límite inferior del intervalo de confianza 95%

LCS: Límite superior del intervalo de confianza al 95%

Tabla 1.1.8. Prevalencia de consumo de tabaco entre la población de 15-64 años, según comunidad autónoma e intervalos de confianza del 95% (supuesto muestreo aleatorio simple). España, 2005.

CCAA	N	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses			Últimos 30 días			Diario			
		%	LCI	LCS	%	LCI	LCS	%	LCI	LCS	%	LCI	LCS
Andalucía	2.774	65,1	63,3	66,9	42,2	40,4	44,0	38,6	36,8	40,4	33,0	31,3	34,7
Aragón	1.227	77,7	75,4	80,0	44,6	41,8	47,4	40,4	37,7	43,1	34,4	31,7	37,1
Asturias	1.049	69,3	66,5	72,1	42,1	39,1	45,1	38,6	35,7	41,5	35,5	32,6	38,4
Baleares	934	71,7	68,8	74,6	43,5	40,3	46,7	38,7	35,6	41,8	32,4	29,4	35,4
Canarias	3.047	64,0	62,3	65,7	41,1	39,4	42,8	34,7	33,0	36,4	28,7	27,1	30,3
Cantabria	877	73,1	70,2	76,0	42,0	38,7	45,3	38,9	35,7	42,1	34,8	31,6	38,0
Castilla-La Mancha	1.353	68,6	66,1	71,1	41,7	39,1	44,3	37,4	34,8	40,0	31,7	29,2	34,2
Castilla y León	1.597	72,9	70,7	75,1	42,7	40,3	45,1	37,7	35,3	40,1	31,0	28,7	33,3
Cataluña	2.567	72,3	70,6	74,0	44,4	42,5	46,3	39,3	37,4	41,2	33,9	32,1	35,7
C. Valenciana	2.075	69,6	67,6	71,6	44,8	42,7	46,9	42,2	40,1	44,3	34,9	32,8	37,0
Extremadura	1.053	78,1	75,6	80,6	44,4	41,4	47,4	39,0	36,1	41,9	34,5	31,6	37,4
Galicia	1.676	67,2	65,0	69,4	42,6	40,2	45,0	38,4	36,1	40,7	33,2	30,9	35,5
Madrid	2.687	67,8	66,0	69,6	39,5	37,7	41,3	36,4	34,6	38,2	32,6	30,8	34,4
Murcia	1.517	76,5	74,4	78,6	46,6	44,1	49,1	40,1	37,6	42,6	34,6	32,2	37,0
Navarra	759	74,0	70,9	77,1	48,2	44,6	51,8	43,0	39,5	46,5	35,4	32,0	38,8
País Vasco	1.468	69,8	67,5	72,1	38,8	36,3	41,3	34,3	31,9	36,7	28,1	25,8	30,4
Rioja	740	72,3	69,1	75,5	39,6	36,1	43,1	34,7	31,3	38,1	29,0	25,7	32,3
Ceuta y Melilla	534	58,6	54,4	62,8	41,1	36,9	45,3	35,5	31,4	39,6	30,7	26,8	34,6
España	27.934	69,5	69,0	70,0	42,4	41,8	43,0	38,4	37,8	39,0	32,8	32,2	33,4

Nota: LCI: Límite inferior del intervalo de confianza 95%
LCS: Límite superior del intervalo de confianza al 95%

des (12) se sitúan en la banda del 5-11%. Un análisis conjunto de los indicadores (prevalencia último año, último mes, consumo diario) permite afirmar que hay cuatro comunidades autónomas que tienen una prevalencia de consumo significativamente superior al conjunto nacional, que son Baleares, Cataluña, Navarra y la Comunidad Valenciana. Un buen número de comunidades tiene una prevalencia de consumo significativamente inferior (depende del indicador que se considere), entre ellas, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura y Galicia (Tabla 1.1.9).

■ Tabaco

El 42,4% de la población de 15-64 años residente en España ha consumido tabaco durante los últimos 12 meses; un 38,4% durante los últimos 30 días y un 32,8% diariamente durante este periodo. Estas cifras siguen siendo muy elevadas, teniendo en cuenta el impacto del tabaco sobre la salud.

Por grupos de edad, la prevalencia máxima se sitúa en los 35 a 44 años (38,4%) y la mínima entre los de 55 a 64 años (19,4%). La prevalencia de consumo diario es bastante más alta en los hombres (37,0%) que en las mujeres (28,6%). No obstante, las diferencias relativas entre hombres y mujeres son más altas en los grupos de mayor edad. Así en el grupo 55-64 años fuma diariamente un 10,7% de mujeres frente a un 28,7% de hombres, mientras que en el grupo 25-34 años lo hace un 34,2% de mujeres frente a un 40,1% de hombres.

Tabla 1.1.9. Prevalencia de consumo de cannabis entre la población de 15-64 años, según comunidad autónoma e intervalos de confianza del 95% (supuesto muestreo aleatorio simple). España, 2005.

CCAA	N	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			Diario		
		%	LCI	LCS	%	LCI	LCS	%	LCI	LCS	%	LCI	LCS
Andalucía	2.774	24,5	22,9	26,1	10,2	9,1	11,3	7,9	6,9	8,9	1,9	1,4	2,4
Aragón	1.227	25,5	23,1	27,9	8,3	6,8	9,8	5,4	4,1	6,7	1,3	0,7	1,9
Asturias	1.049	26,0	23,3	28,7	8,2	6,5	9,9	5,6	4,2	7,0	2,3	1,4	3,2
Baleares	934	41,5	38,3	44,7	16,7	14,3	19,1	12,9	10,8	15,0	3,3	2,2	4,4
Canarias	3.047	24,7	23,2	26,2	10,1	9,0	11,2	7,5	6,6	8,4	2,6	2,0	3,2
Cantabria	877	25,9	23,0	28,8	8,0	6,2	9,8	4,9	3,5	6,3	1,4	0,6	2,2
Castilla La Mancha	1.353	22,0	19,8	24,2	7,2	5,8	8,6	5,7	4,5	6,9	0,9	0,4	1,4
Castilla y León	1.597	23,0	20,9	25,1	8,5	7,1	9,9	6,1	4,9	7,3	1,1	0,6	1,6
Cataluña	2.567	35,9	34,0	37,8	17,0	15,5	18,5	13,9	12,6	15,2	2,9	2,3	3,5
C. Valenciana	2.075	31,1	29,1	33,1	12,7	11,3	14,1	10,3	9,0	11,6	2,5	1,8	3,2
Extremadura	1.053	24,0	21,4	26,6	4,8	3,5	6,1	2,9	1,9	3,9	1,0	0,4	1,6
Galicia	1.676	22,5	20,5	24,5	7,6	6,3	8,9	5,7	4,6	6,8	1,3	0,8	1,8
Madrid	2.687	28,5	26,8	30,2	9,3	8,2	10,4	7,2	6,2	8,2	1,5	1,0	2,0
Murcia	1.517	27,4	25,2	29,6	10,8	9,2	12,4	7,8	6,5	9,1	1,3	0,7	1,9
Navarra	759	44,4	40,9	47,9	19,5	16,7	22,3	14,9	12,4	17,4	4,6	3,1	6,1
País Vasco	1.468	33,9	31,5	36,3	12,8	11,1	14,5	9,9	8,4	11,4	2,1	1,4	2,8
Rioja	740	26,7	23,5	29,9	8,2	6,2	10,2	6,4	4,6	8,2	2,3	1,2	3,4
Ceuta y Melilla	534	17,0	13,8	20,2	6,0	4,0	8,0	4,7	2,9	6,5	1,3	0,3	2,3
España	27.934	28,6	28,1	29,1	11,2	10,8	11,6	8,7	8,4	9,0	2,0	1,8	2,2

Nota: LCI: Límite inferior del intervalo de confianza 95%
LCS: Límite superior del intervalo de confianza al 95%

El consumo medio de cigarrillos en el último mes es de 14,5 (12,9 en mujeres frente a 15,7 en hombres). Esta cifra aumenta hasta los 35-44 años, edad en la que comienza a descender.

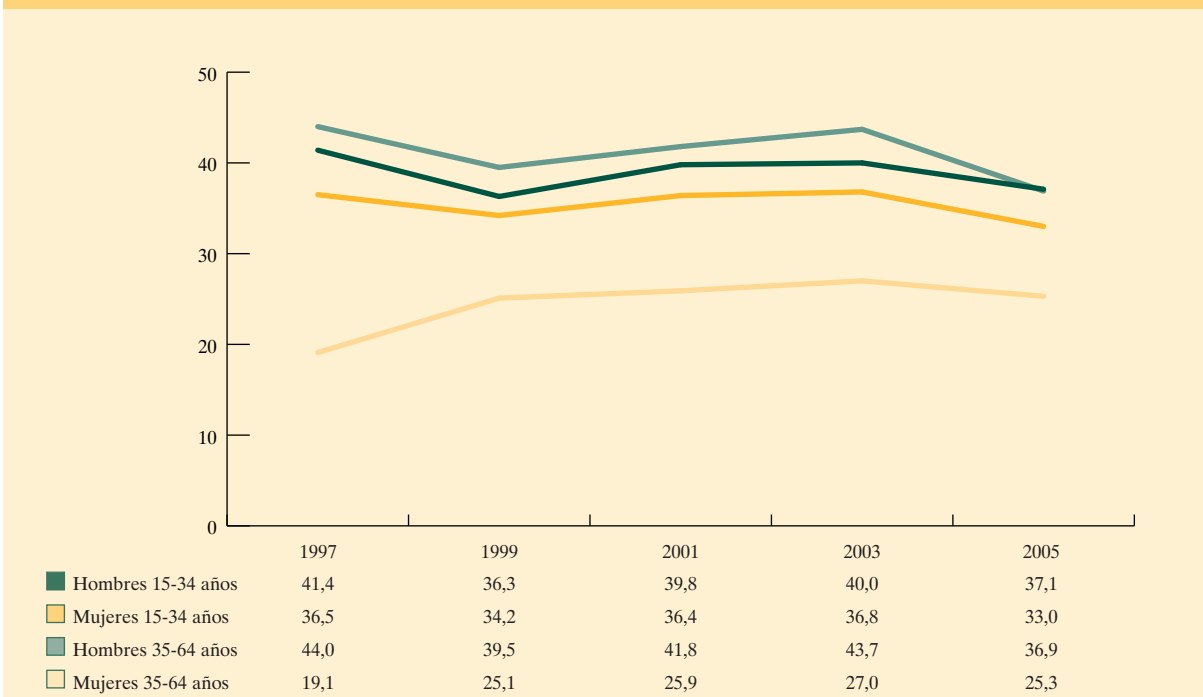
La edad media de consumo del primer cigarrillo se sitúa en los 16,4 años, siendo más temprana en los hombres (15,9 años) que en las mujeres (17,1 años). Por lo que respecta a las tendencias temporales, se observa que hasta 2003 el consumo se había mantenido relativamente estabilizado. Entre ese año y la fecha de la presente encuesta (noviembre 2005-abril 2006) la prevalencia de consumo diario ha descendido en todos los grupos de edad y sexo, pero especialmente en el grupo de 35-64 años (más entre los hombres) (Figura 1.1.4).

■ Bebidas alcohólicas

La experiencia con el alcohol es casi universal en la sociedad española (93,7% de la población de 15 a 64 años lo ha tomado alguna vez). Además, la mayoría de la población lo consume de forma esporádica o habitual (76,7% lo ha hecho en el último año; 64,6% el último mes y 14,9% a diario durante el último mes).

La prevalencia de consumo durante el último mes es muy similar hasta los 44 años de edad (65%-67%), edad en que la prevalencia comienza a descender (Tabla 1.1.10).

Figura 1.1.4. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2005.



El consumo está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, especialmente en lo que se refiere al consumo mensual o diario. Así, un 76,0% de los hombres había tomado alcohol el último mes frente a un 52,9% de las mujeres, y un 22,5% de los hombres lo había hecho a diario en ese período frente a un 7,0% de las mujeres. Las diferencias relativas en el consumo entre hombres y mujeres aumentan con la edad en lo que respecta al consumo anual (la prevalencia de los hombres es sólo 1,1 veces más alta que la de las mujeres a los 15-24 años frente a 1,4 veces a los 55-64 años); sin embargo, sucede lo contrario con el consumo diario (a los 15-24 años la prevalencia de los hombres es 5,4 veces más alta que la de las mujeres frente a 3,3 veces a los 55-64 años) (Tabla 1.10).

La edad media del primer consumo de alcohol, es de 16,7 años, siendo más temprana entre los hombres (15,9 años) que entre las mujeres (17,7 años).

Si se considera el tipo de bebidas consumidas, se observa que la cerveza/sidra fue la bebida consumida por una mayor proporción de personas tanto en fines de semana como en días laborables, situándose en segundo lugar el vino/champán durante los días laborables y los combinados/cubatas duran-

Tabla 1.1.10. Proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, por grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2005.

	15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Último año	83,8	75,9	85,8	71,6	85,1	71,0	83,8	67,0	79,6	58,1
Último mes	71,8	59,6	77,6	54,6	78,2	54,9	77,2	50,6	73,0	42,5
Diario en el último año	5,9	1,1	13,0	3,5	25,5	7,9	33,7	11,7	39,9	12,1

te el fin de semana (Tabla 1.1.11). En cambio, si se considera el consumo diario, se observa que el vino/champán fue la bebida consumida por una mayor proporción de la población en días laborables (de hecho, un 10,4% de la población de 15-64 años la había consumido todos los días laborables durante los últimos 30 días).

El consumo de todos los grupos de bebidas alcohólicas fue mayor durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo) que durante los días laborables. De hecho la prevalencia de consumo en los últimos 30 días de cualquier bebida alcohólica fue de 63,3% en el fin de semana y de 33,8% en días laborables. Las diferencias se observan para todas las bebidas, pero fueron especialmente notables para los combinados/cubatas, consumidos por un 4,3% de la población de 15-64 años en días laborables frente a un 29,7% en fin de semana, y para los licores (Tabla 1.1.11).

Si se observan las prevalencias de consumo de las distintas bebidas alcohólicas en fin de semana y en días laborables para el grupo de edad de 15-34 años y para el de 35-64 años, se observa que el consumo entre los más jóvenes está más centrado en el fin de semana. En días laborables la prevalencia de consumo de las distintas bebidas, salvo en el caso de los combinados/cubatas, es mayor en la población de 35-64 años que en la de 15-34; sin embargo en fines de semana, salvo en el caso del vino/champán y los aperitivos/vermut sucede lo contrario (Tabla 1.1.11). El patrón de consumo de vino/champán predominante en la población de mayor edad continúa siendo el diario. De hecho, un 23,1% del grupo 55-64 años había consumido esta bebida todos los días laborables durante los últimos 30 días.

Tabla 1.1.11. Prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana, según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes). España, 2005.

	15-64 años		15-34 años		35-64 años	
	Días laborables	Fin de semana	Días laborables	Fin de semana	Días laborables	Fin de semana
Vino/champán	17,2	27,4	8,5	18	26,3	37,7
Cereza	20,4	39,2	18,7	41,5	22,2	36,5
Aperitivos/vermut	1,4	4,2	1,4	4,1	1,7	4,6
Combinados/cubatas	4,3	29,7	5,4	43,0	3,1	14,3
Licores de frutas	1,2	4	1,2	4,6	1,3	3,1
Licores fuertes	2,1	6,8	1,6	7,1	2,8	6,2

Por lo que respecta a las diferencias en el consumo de las distintas bebidas en fines de semana y en días laborables según sexo, se observa que, en general tanto en fin de semana como en días laborables, la proporción de consumidores es mayor entre los hombres que entre las mujeres; pero las diferencias son mayores en días laborables. O dicho de otra forma, la proporción de consumidores durante los fines de semana es mayor que durante los días laborables, siendo esta diferencia mayor entre las mujeres. El consumo de bebidas alcohólicas por parte de las mujeres se centra más en el fin de semana que el de los hombres, que se distribuiría de forma más uniforme a lo largo de los días de la semana (Tabla 1.1.12).

En relación con las intoxicaciones etílicas, durante el último año un 19,7% de la población de 15-64 años se había emborrachado alguna vez (un 14,8% una vez al mes o con menos frecuencia y un 5,0% más de una vez al mes). La prevalencia de borracheras fue mayor entre los hombres (27,2%) que entre las mujeres (12,0%), y entre los jóvenes de 15-34 años (30,9%) que entre los mayores de esa edad (11,3%).

Tabla 1.1.12. Prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana, según sexo y tipo de bebida (porcentajes). España, 2005.

	Hombres		Mujeres	
	Días laborables	Fin de semana	Días laborables	Fin de semana
Vino/champán	27,9	36,8	13,0	25,2
Cerveza/sidra	34,2	53,3	12,8	29,7
Aperitivos/vermut	2,4	5,6	1,0	3,8
Combinados/cubatas	7,0	34,7	2,2	19,0
Licores de frutas	1,6	3,8	1,0	3,5
Licores fuertes	4,1	10,7	1,0	3,2

Por último, se analizan los “bebedores de riesgo”, considerando como tales los hombres que consumen 50 cc de alcohol puro al día o más y las mujeres que consumen 30 cc o más. El 5,5% de las personas de 15-64 años eran bebedores de riesgo, siendo este porcentaje mayor en los hombres (6,5%) que en las mujeres (4,1%). En cuanto a la edad, no hay grandes diferencias aunque la proporción es ligeramente superior en 15-34 años (5,8%) que en 35-64 (5,3%).

Por lo que respecta a las tendencias temporales, la prevalencia anual, mensual o diaria de consumo de bebidas alcohólicas puede considerarse estable, y lo mismo puede decirse de la prevalencia de intoxicaciones etílicas (Figuras 1.1.5 y 1.1.6).

Figura 1.1.5. Evolución de la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2005.

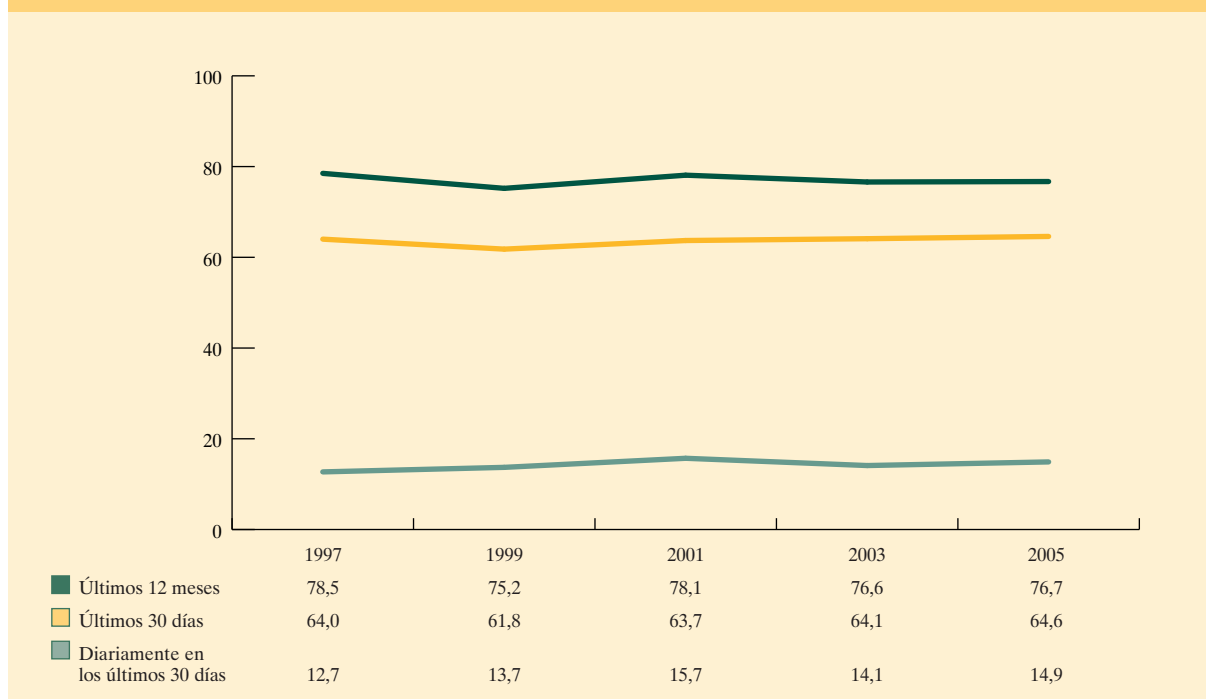
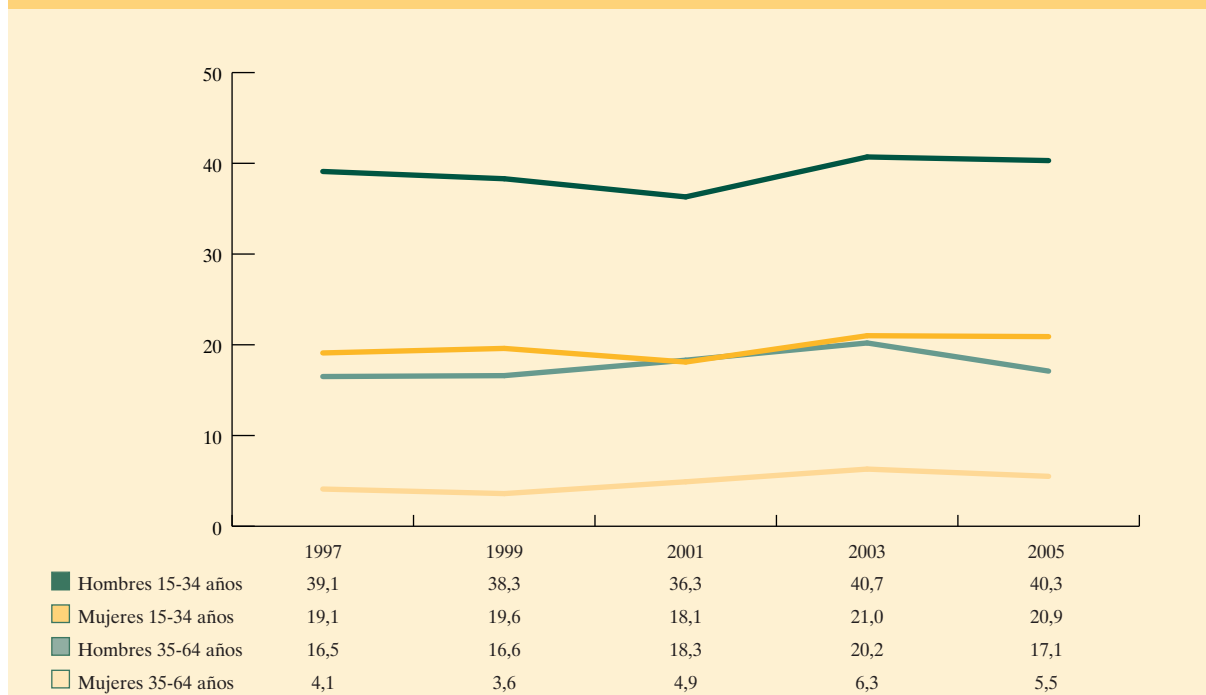


Figura 1.1.6. Evolución de la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2005.



■ Cannabis

El cannabis continúa siendo la droga ilegal más consumida en España, concretamente un 28,6% de la población de 15-64 años afirma haberla consumido alguna vez, un 11,2% lo hizo en el último año, un 8,7% en el último mes y un 2,0% a diario durante este último período.

El consumo está bastante más extendido entre los hombres (15,7% lo había consumido el último año) que entre las mujeres (6,6%) y entre los jóvenes de 15-34 años (19,8%) que entre los mayores de esa edad (4,7%). Las diferencias intersexuales relativas en el consumo de cannabis son mayores para el consumo mensual (12,5% hombres y 4,7% mujeres) y sobre todo para el diario (3,2% hombres y 0,8% mujeres).

Las mayores proporciones de consumidores de cannabis en los últimos 30 días (consumidores actuales) se encuentran en el grupo de los más jóvenes (15-24 años), sobre todo entre los hombres (Figura 1.1.7).

La edad media de primer consumo de cannabis fue de 18,3 años, siendo ligeramente superior entre las mujeres (18,5) que entre los hombres (18,2).

Por lo que respecta a la evolución del consumo, se aprecia que se ha estabilizado la experimentación (alguna vez en la vida) y el consumo esporádico de cannabis (alguna vez el último año), pero sigue aumentando el consumo mensual (7,6% en 2003 y 8,7% en 2005) y sobre todo el consumo diario (1,5% en 2003 y 2,0% en 2005). La edad media del primer consumo de cannabis ha descendido ligeramente, pasando de 18,5 años en 2003 a 18,3 en 2005 (Figura 1.1.8).

Figura 1.1.7. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días, según sexo y grupo de edad entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005.

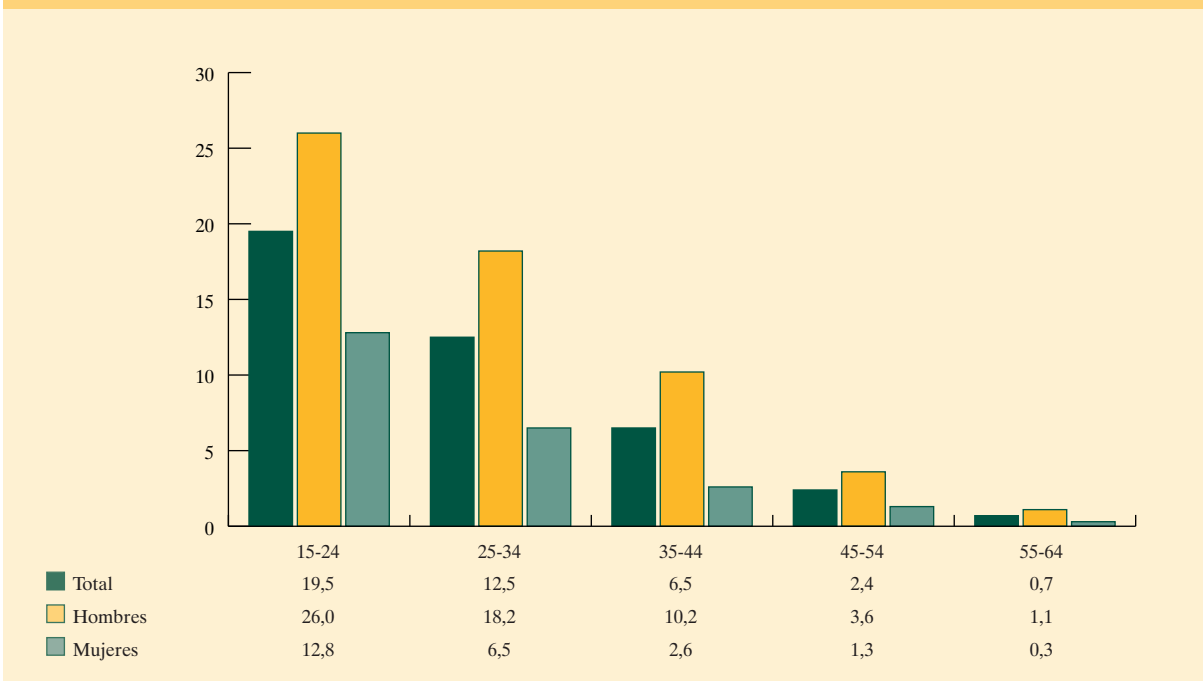
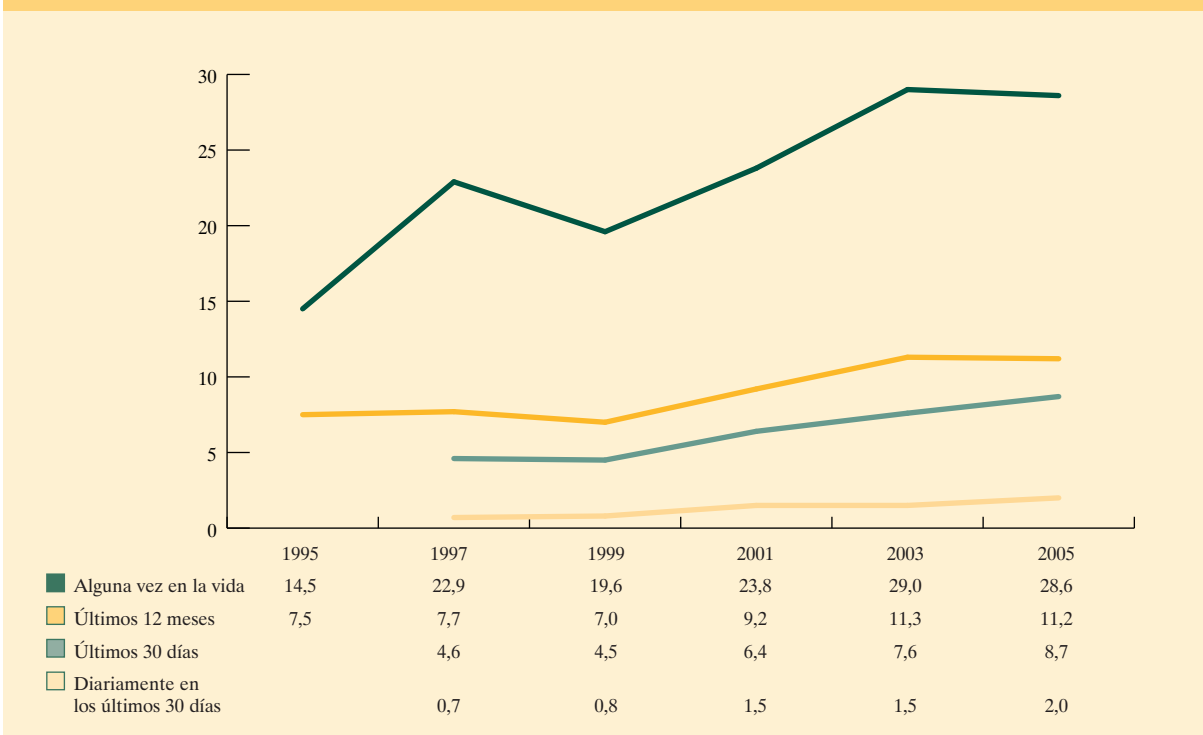


Figura 1.1.8. Proporción de consumidores de cannabis entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005.



Consumo de cocaína

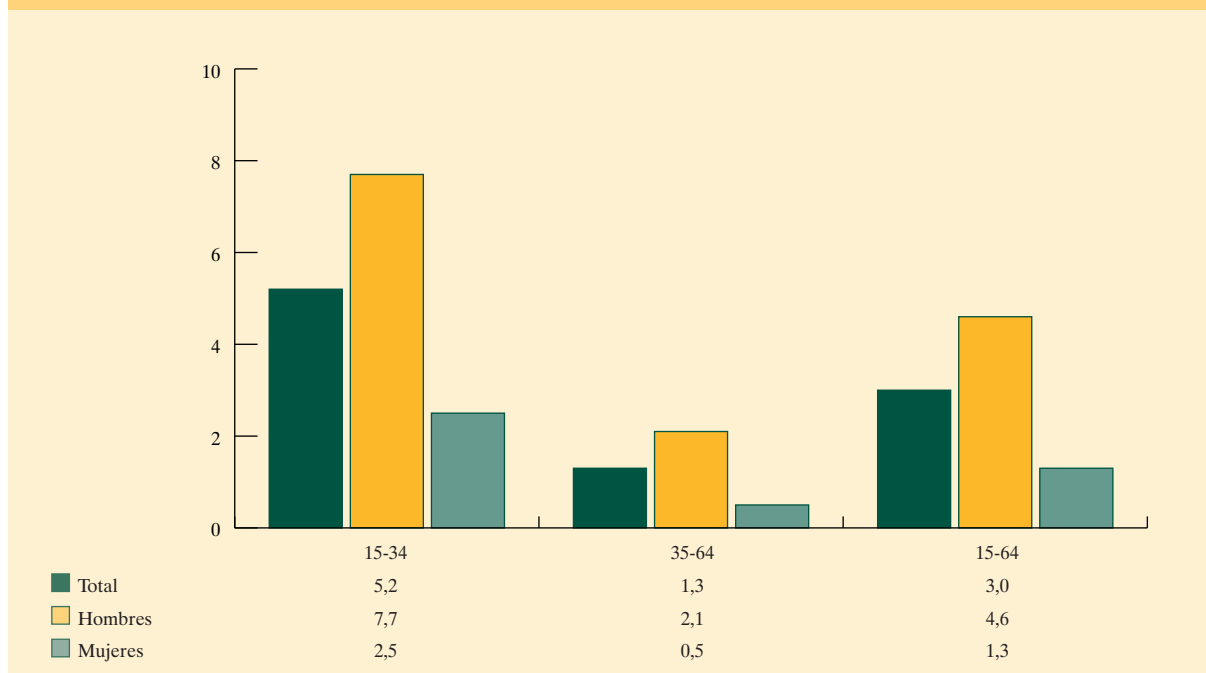
La cocaína en forma de sal (clorhidrato) o “cocaína en polvo” es claramente la segunda droga psicoactiva ilegal en cuanto a prevalencia de consumo en España: un 7,0% de la población de 15-64 años la ha consumido alguna vez, un 3,0% lo ha hecho durante el último año y un 1,6% el último mes.

La prevalencia de consumo de cocaína en polvo durante los últimos 12 meses fue bastante más elevada en hombres (4,6%) que en mujeres (1,3%) y en el grupo de 15-34 años (5,2%) que en el de 35-64 (1,3%). Las proporciones más elevadas de consumidores se encuentran entre los hombres de 15-34 años (Figura 1.1.9)

La edad media de primer consumo de esta sustancia se situó en 20,6 años, siendo prácticamente idéntica en hombres y en mujeres.

El consumo de cocaína base o “crack” está mucho menos extendido: un 0,6% de la población de 15-64 años la ha consumido alguna vez en la vida, un 0,2% el último año y un 0,1% el último mes. La experimentación con esta sustancia está mucho más extendida entre los hombres que entre las mujeres. Así, un 1,1% de los hombres había probado esta droga frente a un 0,2% de las mujeres. La edad media de inicio en el consumo se situó en 20,8 años.

Figura 1.1.9. Prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses, según sexo y grupo de edad entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005.



Por lo que respecta a las tendencias temporales, la prevalencia de cocaína en polvo ha aumentado mucho en los últimos años, pasando la proporción de consumidores en los últimos 12 meses de 1,8% en 1995 a 2,7% en 2003 y 3,0% en 2005. Por el contrario, la prevalencia de consumo de cocaína base (*crack*) se ha mantenido estabilizada a niveles muy bajos (Figuras 1.1.10-1.1.11). El aumento del consumo de cocaína en polvo ha afectado de forma desigual a ambos sexos. Así en los últimos años el consumo ha aumentado mucho entre los hombres pasando la prevalencia en los últimos 12 meses de 3,8% en 2001 a 4,6% en 2005, mientras que se ha mantenido estabilizado entre las mujeres (1,3%).

Figura 1.1.10. Proporción de consumidores de cocaína en polvo entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005.

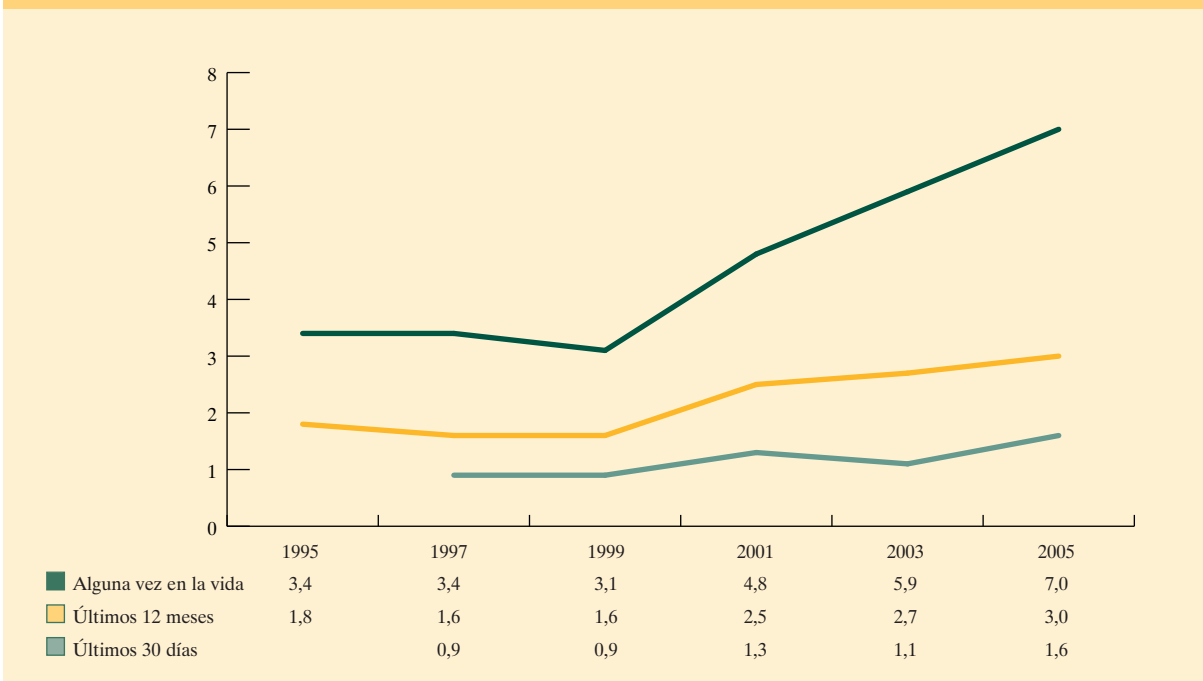
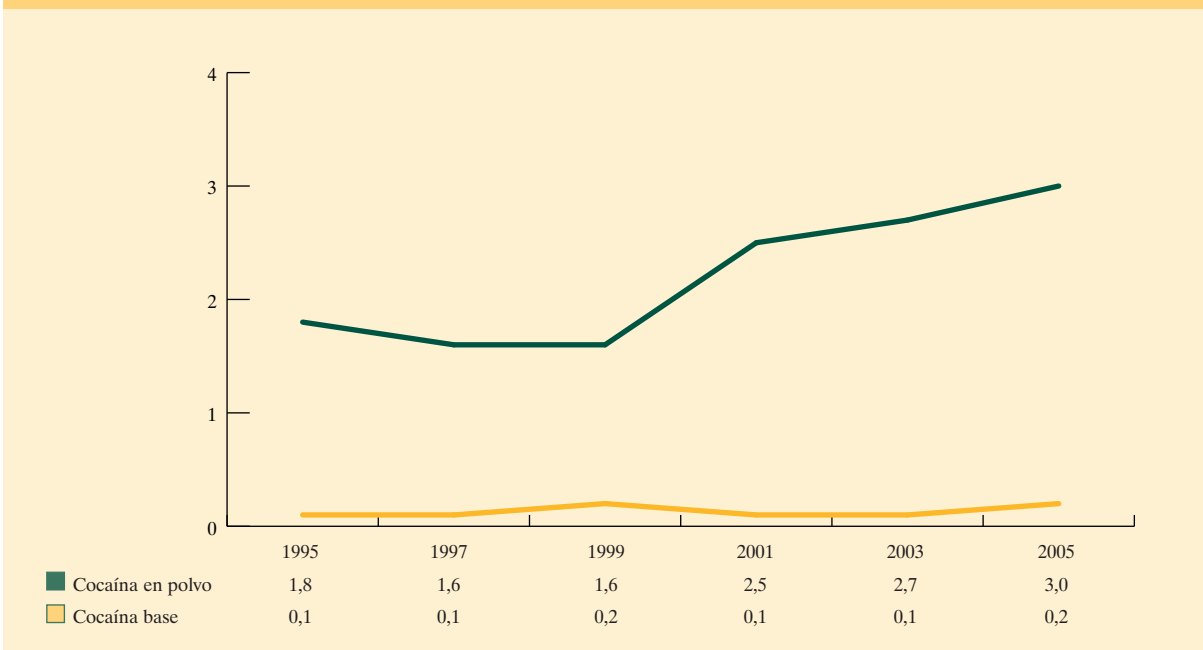


Figura 1.1.11. Proporción de consumidores de cocaína en polvo y de cocaína base (*crack*) en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005.

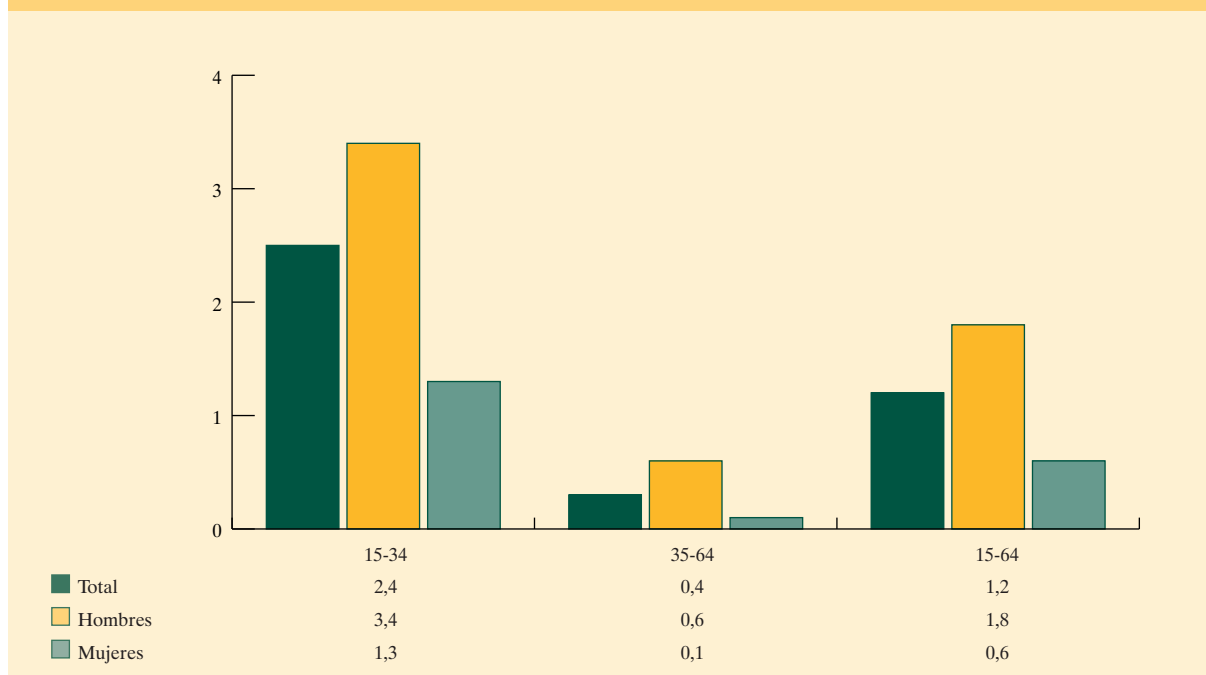


Consumo de éxtasis

Un 4,4% de la población de 15-64 años ha probado el éxtasis alguna vez, un 1,2% lo ha consumido el último año y un 0,6% el último mes.

La prevalencia de consumo durante el último año fue mayor entre los hombres (1,8%) que entre las mujeres (0,6%), y entre la población de 15-34 años (2,4%) que entre la de mayor edad (0,4%). Las prevalencias de consumo más elevadas se encuentran entre los hombres de 15-34 años (Figura 1.1.12).

Figura 1.1.12. Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses, según sexo y grupo de edad entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005.



Se trata de una droga de consumo muy esporádico. De hecho no se recogen en la muestra consumidores diarios, siendo la prevalencia de consumo semanal casi indetectable (0,1%).

La edad media de primer consumo fue de 20,1 años (20,2 en hombres y 19,7 en mujeres), superior a la edad media de inicio de sustancias como tabaco, alcohol, inhalables volátiles, cannabis, alucinógenos o anfetaminas.

Por lo que respecta a la evolución del consumo, se aprecia una estabilización a partir de 2001 (Figura 1.1.13).

Consumo de hipnosedantes

Los tranquilizantes o sedantes (pastillas para tranquilizarse, disminuir los nervios o la ansiedad) y los somníferos son consumidos por proporciones importantes de la población en muchos países, en la mayor parte de los casos prescritos o recetados por los médicos. Generalmente pertenecen al grupo farmacológico de las benzodiazepinas. A menudo estas pastillas tienen tanto la función de tranquilizar como la de inducir o mejorar el sueño, por eso puede ser adecuado referirse a ellas como hipnosedantes.

Figura 1.1.13. Evolución de la proporción de consumidores de éxtasis entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005.

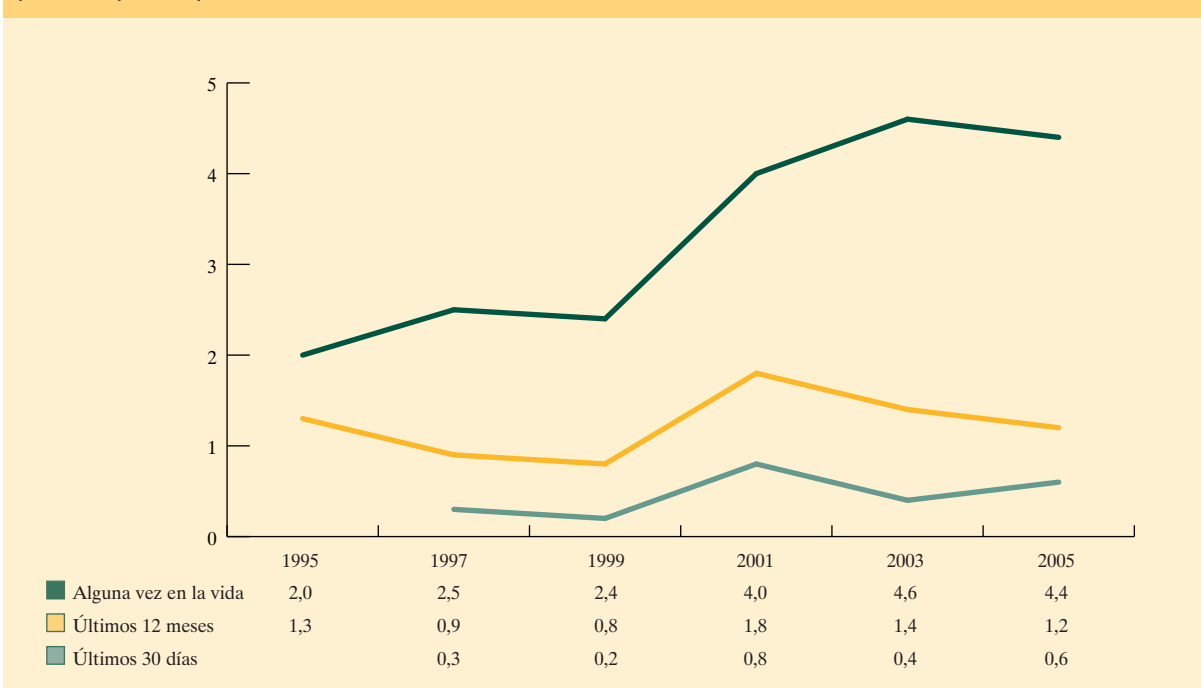


Tabla 1.1.13. Proporción de consumidores de hipnosedantes (porcentajes). España, 2005.

	Con o sin receta médica					Sin receta médica				
	Total	Sexo		Edad		Total	Sexo		Edad	
		Varón	Mujer	15-34	35-64		Varón	Mujer	15-34	35-64
	Tranquilizantes o sedantes									
Alguna vez en la vida	7,0	5,0	9,1	5,1	8,4	-	-	-	-	-
Últimos 12 meses	3,9	2,6	5,2	2,7	4,8	0,9	0,8	1,0	0,7	0,9
Últimos 30 días	2,7	1,7	3,7	1,6	3,5	-	-	-	-	-
Somníferos										
Alguna vez en la vida	4,6	3,5	5,7	2,9	5,8	-	-	-	-	-
Últimos 12 meses	2,7	2,0	3,5	1,5	3,6	0,8	0,7	0,9	0,6	0,9
Últimos 30 días	2,0	1,3	2,8	0,8	2,9	-	-	-	-	-
Hipnosedantes (tranquilizantes o sedantes y/o somníferos)										
Alguna vez en la vida	8,7	6,4	11,1	6,2	10,6	-	-	-	-	-
Últimos 12 meses	5,1	3,5	6,7	3,4	6,4	1,2	1,1	1,3	1,0	1,3
Últimos 30 días	3,7	2,3	5,1	2,0	5,0	-	-	-	-	-

En 2005 en España un 8,7% de la población de 15-64 años había consumido hipnosedantes con o sin receta médica alguna vez en la vida, un 5,1% en los últimos 12 meses y un 3,7% en los últimos 30 días, siendo la prevalencia de consumo más elevada entre las mujeres y entre la población de 35-64 años. Las proporciones de consumidores sin receta médica (sólo disponibles para los últimos 12 meses) son mucho más bajas (Tabla 1.1.13).

En EDADES no empezó a investigarse el consumo de tranquilizantes y somníferos con o sin receta médica hasta la encuesta de 2005. Anteriormente sólo se había preguntado por el consumo de estas sustancias sin receta médica en los últimos 12 meses. Por esta razón, a partir de EDADES no puede todavía estudiarse la evolución del consumo de hipnosedantes en España. Por lo que respecta al consumo sin receta médica da la impresión de que se ha producido un descenso de la proporción de consumidores, aunque la introducción de preguntas referidas al consumo con o sin receta puede haber afectado a la respuesta de los encuestados.

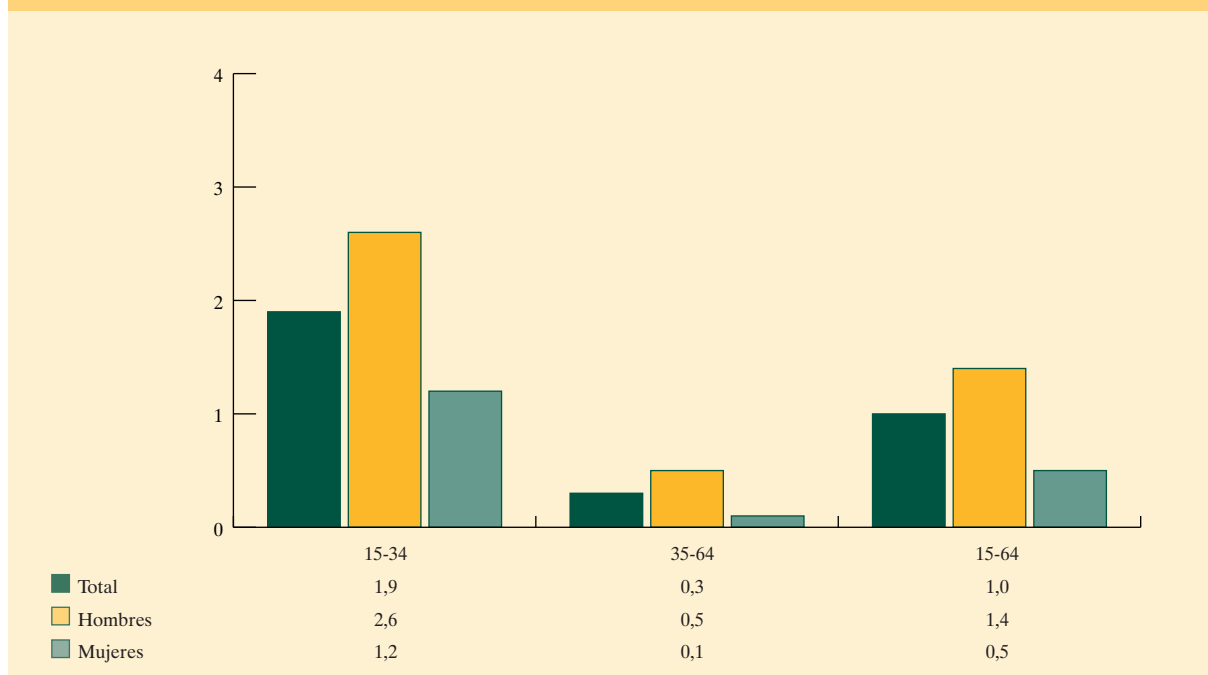
■ Consumo de otras drogas psicoactivas

El resto de las sustancias psicoactivas, incluyendo anfetaminas, alucinógenos, heroína, otros opiáceos e inhalables volátiles, se consumen con una frecuencia bastante menor que las mencionadas, especialmente en el caso de heroína, otros opiáceos e inhalables volátiles donde la prevalencia de experimentadores (han probado alguna vez en la vida) es menor del 1%.

Como en los casos anteriores, el consumo está bastante más extendido en hombres que en mujeres y en el grupo de 15-34 años que en el de 35-64 años. Por ejemplo, en la Figura 1.1.14 puede apreciarse que la mayor proporción de consumidores de anfetaminas se da entre los hombres de 15-34 años.

Por lo que respecta a la edad media de primer consumo, hay que señalar que fue muy temprana en el caso de inhalables volátiles (17,8 años), alucinógenos (19,0 años) y anfetaminas (19,2 años).

Figura 1.1.14. Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses, según sexo y grupo de edad entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005.

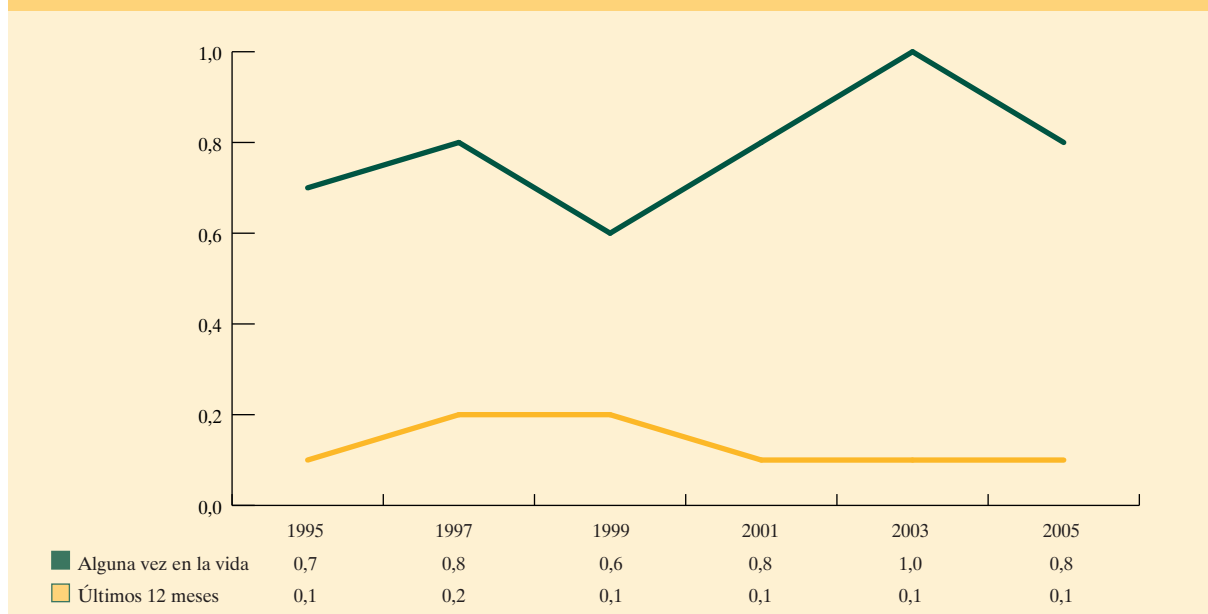


No es fácil estimar las tendencias temporales para sustancias con baja prevalencia de consumo, porque sus valores están muy expuestos a los caprichos del azar y a las dificultades de las encuestas para incluir a los consumidores más problemáticos. Sin embargo, puede afirmarse que estaría descendiendo el consumo de heroína (prevalencia de consumo en últimos 12 meses de 0,5% en 1995 y 0,1% en 2005) (Figura 1.1.15) y quizá el de alucinógenos (0,8% en 1995 y 0,7% en 2005). La prevalencia de consumo de anfetaminas parece estabilizada (1% en 1995 y 1% en 2005), y lo mismo sucede con inhalables volátiles (Figura 1.1.16) y otros opiáceos.

Figura 1.1.15. Proporción de consumidores de heroína entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005.



Figura 1.1.16. Proporción de consumidores de inhalantes volátiles entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005.



■ Inyección de drogas

Nuevamente hay que decir que este tipo de encuestas no son un método muy adecuado para estimar la extensión del fenómeno de la inyección de drogas. Se sabe, no obstante, por otros indicadores que es un fenómeno en rápida regresión.

Los resultados de esta encuesta indican que un 0,4% de la población española se ha inyectado alguna vez en su vida heroína o cocaína (1,1% de los hombres y 0,3% de las mujeres), encontrándose la máxima prevalencia en el grupo 35-44 años (0,7%). La prevalencia de inyección el último año fue de 0,1%.

■ Policonsumo de drogas

En realidad el consumo de las drogas psicoactivas ilegales se concentra en un subgrupo de personas que a menudo han consumido varias drogas en un período dado. Así, por ejemplo, las personas que han consumido cannabis en los últimos 12 meses, además de tabaco y bebidas alcohólicas (cuyo consumo es casi universal), han consumido en alta proporción en el mismo período cocaína (21,7%), éxtasis (9,1%), anfetaminas (7,8%), o alucinógenos (5,8%) (Tabla 1.1.14).

Por su parte las personas que han consumido cocaína en los últimos 12 meses, además de tabaco y bebidas alcohólicas (cuyo consumo es también casi universal) han consumido igualmente en alta proporción en el mismo período: cannabis (81,6%), éxtasis (27,5%), anfetaminas (29,6%), o alucinógenos (20,8%). Una situación parecida se da entre los consumidores de éxtasis, y en el caso de la heroína el policonsumo es aún más intenso (Tabla 1.1.14). El perfil de policonsumo de los consumidores de anfetaminas, y alucinógenos es similar al de los consumidores de éxtasis.

■ Percepción de riesgo ante distintas conductas de uso de drogas

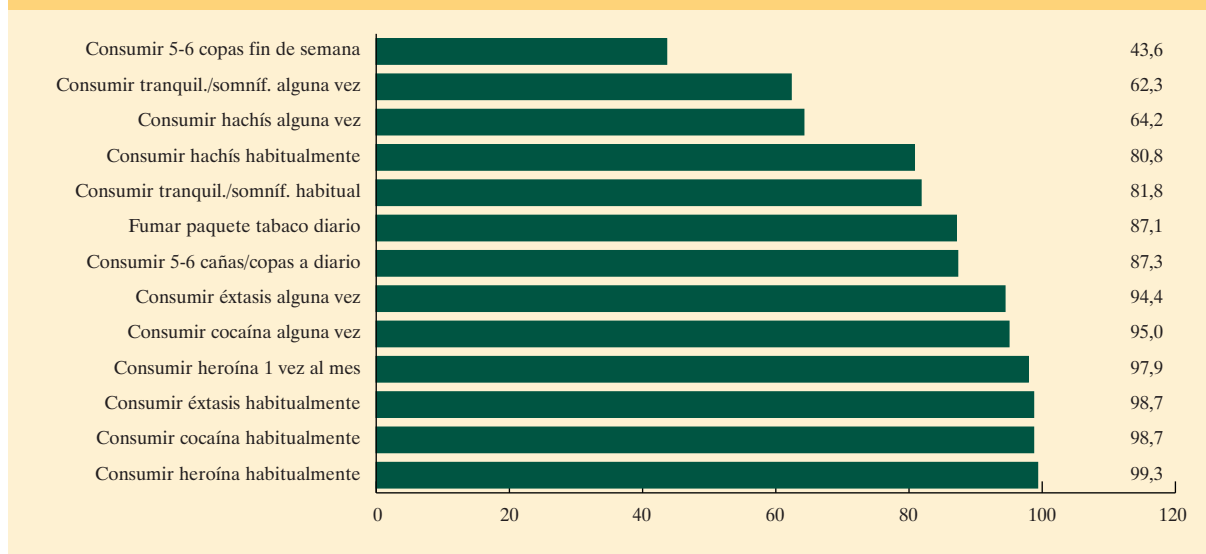
La percepción del riesgo ante distintas conductas de uso de drogas podría relacionarse con la resistencia de la población a desarrollar esa conducta en la actualidad o en el futuro. A mayor percepción del riesgo menor probabilidad de desarrollarla y viceversa.

Tabla 1.1.14. Proporción de consumidores de otras drogas entre las personas que han consumido cannabis, cocaína, éxtasis o heroína en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2005.

	Consumidores de cannabis	Consumidores de cocaína	Consumidores de éxtasis	Consumidores de heroína
Alcohol	95,4	98,6	99,3	90,8
Tabaco	82,0	85,1	83,2	84,7
Cannabis	100,0	81,6	83,6	73,4
Cocaína	21,7	100,0	66,8	81,1
Éxtasis	9,1	27,5	100,0	49,7
Anfetaminas	7,8	29,6	48,4	53,7
Alucinógenos	5,8	20,8	34,4	48,8
Otros opiáceos	0,9	2,7	4,4	36,3
Base, basuco, crack	1,1	4,6	5,0	37,4
Heroína	0,8	3,4	5,0	100,0
Inhalables	0,9	3,8	6,5	35,5

De todas las conductas, las consideradas más peligrosas por parte de los encuestados son el consumo habitual (semanal o con mayor frecuencia) de heroína, de LSD o alucinógenos, de cocaína y de éxtasis. En el extremo opuesto, las conductas con menor percepción de riesgo son el consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana, el consumo de tranquilizantes o somníferos esporádicamente, considerando esporádico el consumo con una frecuencia mensual o menor, y el consumo esporádico de cannabis. También se percibe un riesgo relativamente bajo ante el consumo habitual de cannabis o tranquilizantes/somníferos, así como ante el consumo diario de un paquete de cigarrillos o de 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas (Figura 1.1.17).

Figura 1.1.17. Proporción de la población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir bastantes/muchos problemas (porcentajes). España, 2005.



Entre 1997 y 2005 ha aumentado bastante el riesgo percibido ante el consumo de un paquete de tabaco diario, y algo el riesgo percibido ante el consumo esporádico o experimental de éxtasis o cocaína. Sin embargo, ha disminuido el riesgo percibido ante el consumo esporádico o habitual de cannabis, y ante el consumo diario o semanal de bebidas alcohólicas. El riesgo percibido ante el resto de las conductas de consumo ha permanecido relativamente estable (Tabla 1.1.15).

El estudio de las variaciones entre 2003 y 2005 muestra que ha aumentado la proporción de personas que perciben muchos o bastantes problemas ante el consumo de un paquete de cigarrillos diariamente, ante el consumo de cannabis habitual o esporádicamente, y ante el consumo de bebidas alcohólicas durante el fin de semana o diariamente. Por el contrario, ha disminuido la percepción del riesgo ante el consumo de hipnosedantes habitual o esporádicamente (Tabla 1.1.15).

■ Disponibilidad de drogas percibida

En general, la población española percibe que es bastante fácil acceder a las drogas de comercio ilegal. Más del 43% de la población española de 15-64 años considera que es fácil o relativamente fácil conseguir cualquiera de las principales drogas de comercio ilegal (heroína, cocaína, éxtasis, alucinógenos o cannabis) en un plazo de 24 horas.

Aunque las diferencias por droga en la disponibilidad percibida no son grandes, las sustancias con una mayor disponibilidad son el cannabis (66,4% percibe que es fácil o relativamente fácil conseguirlo) y la cocaína (53,3%).

Tabla 1.1.15. Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (proporción de la población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas, porcentajes). España 1997-2005.

	1997	1999	2001	2003	2005	Diferencia 2005-1997	Diferencia 2005-2003
Consumir heroína habitualmente	99,4	99,6	98,8	99,3	99,3	-0,1	0,0
Consumir heroína alguna vez	97,6	98,5	96,7	97,4	97,9	0,3	0,5
Consumir cocaína habitualmente	98,5	99,2	97,9	98,5	98,7	0,2	0,2
Consumir cocaína alguna vez	93,5	95,4	93,3	93,1	95,0	1,5	1,9
Consumir éxtasis habitualmente	98,6	98,9	97,8	98,3	98,7	0,1	0,4
Consumir éxtasis alguna vez	92,5	94,6	92,6	92,6	94,4	1,9	1,8
Consumir alucinógenos habitualmente	99,1	99,4	98,5	99,1	99,2	0,1	0,1
Consumir alucinógenos alguna vez	96,0	97,4	95,5	96,3	97,1	1,1	0,8
Consumir hipnosedantes habitualmente	81,4	86,8	84,8	85,4	81,8	0,4	-3,6
Consumir hipnosedantes alguna vez	60,4	70,1	66,7	65,3	62,3	1,9	-3,0
Consumir hachís habitualmente	84,0	87,6	83,1	79,2	80,8	-3,2	1,6
Consumir hachís alguna vez	68,9	74,8	67,9	62,0	64,2	-4,7	2,2
Consumir 5-6 cañas copas a diario	89,2	90,7	86,1	83,3	87,3	-1,9	4,0
Consumir 5-6 cañas copas fin de semana	45,6	49,2	44,2	41,8	43,6	-2,0	1,8
Fumar paquete tabaco diario	79,7	82,4	83,6	84,6	87,1	7,4	2,5

La dificultad percibida para obtener drogas aumenta con la edad de la población, siendo la de mayor edad la que afirma que tendría más problemas para obtenerlas (Tabla 1.1.16).

Tabla 1.1.16. Disponibilidad percibida de las principales drogas psicoactivas ilegales (conseguirlas en 24 horas es fácil/muy fácil), según grupo de edad (porcentajes). España, 2005.

Es fácil/muy fácil obtener esa droga en un plazo de 24 horas	15-34 años	35-64 años
Hachís/Marihuana	75,7	58,4
Éxtasis	56,7	43,8
Cocaína	60,6	47,3
Heroína	46,2	40,9
LSD	49,8	40,6

En cuanto a las tendencias temporales, entre 1995 y 2005 ha aumentado bastante la disponibilidad percibida de las cinco principales drogas de comercio ilegal (heroína, cocaína, éxtasis, alucinógenos y cannabis), correspondiendo los mayores aumentos a cannabis (50,3% consideraban que era fácil o relativamente fácil obtenerlo en 1995 y 66,4% en 2005) y a cocaína (de 39,5% a 53,3%). Si se examina más detalladamente la serie, se observa que los mayores aumentos de disponibilidad se han producido en los períodos 1999-2001 y 2003-2005. Es curioso observar cómo a lo largo del período 1995-2005 la cocaína ha superado al éxtasis en la percepción de la facilidad de acceso (Tabla 1.1.17).

La combinación de los datos evolutivos de prevalencia de consumo, percepción de riesgo ante el consumo y disponibilidad de drogas percibida permite obtener algunas indicaciones para formular hipó-

tesis sobre los factores que pueden estar detrás de las tendencias de consumo. Por ejemplo, en las Figuras 1.1.18-1.1.20 puede verse la evolución de estas magnitudes para el cannabis, la cocaína y el éxtasis. En el caso del cannabis ha aumentado la prevalencia de consumo y la disponibilidad percibida, y ha disminuido el riesgo percibido. En el caso de la cocaína ha aumentado la prevalencia de consumo y la disponibilidad percibida y ha aumentado ligeramente también el riesgo percibido. Finalmente, en el caso del éxtasis el único dato claro es que ha aumentado la disponibilidad percibida.

Tabla 1.1.17. Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas psicoactivas ilegales (conseguirlas en 24 horas es fácil/muy fácil), entre la población de 15–64 años de edad (porcentajes). España, 1995-2005.

Es fácil/muy fácil obtener esa droga en un plazo de 24 horas	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Hachís/Marihuana	50,3	52,1	51,8	59,5	59,2	66,4
Éxtasis	41,1	40,9	39,9	48,2	46,1	49,7
Cocaína	39,5	39,2	39,9	46,7	46,5	53,3
Heroína	37,0	36,2	37,2	41,2	39,2	43,4
LSD	37,1	37,0	37,2	42,7	40,0	44,8

■ Percepción sobre la importancia del problema del consumo de drogas y visibilidad de algunos fenómenos relacionados con el uso problemático y la oferta de drogas

A la pregunta “¿Pensando donde usted vive, cree que las drogas ilegales son un problema nada importante, algo importante o muy importante?” un 52% contestó que muy importante, seguido por el 27,9% (algo importante) y el 13,9% (nada importante), y un 6,3% no respondió a esta pregunta.

Figura 1.1.18. Prevalencia de uso de cannabis en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico (1 vez o menos al menos) y disponibilidad percibida (conseguirla en 24 horas es fácil o muy fácil) entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1997-2005.

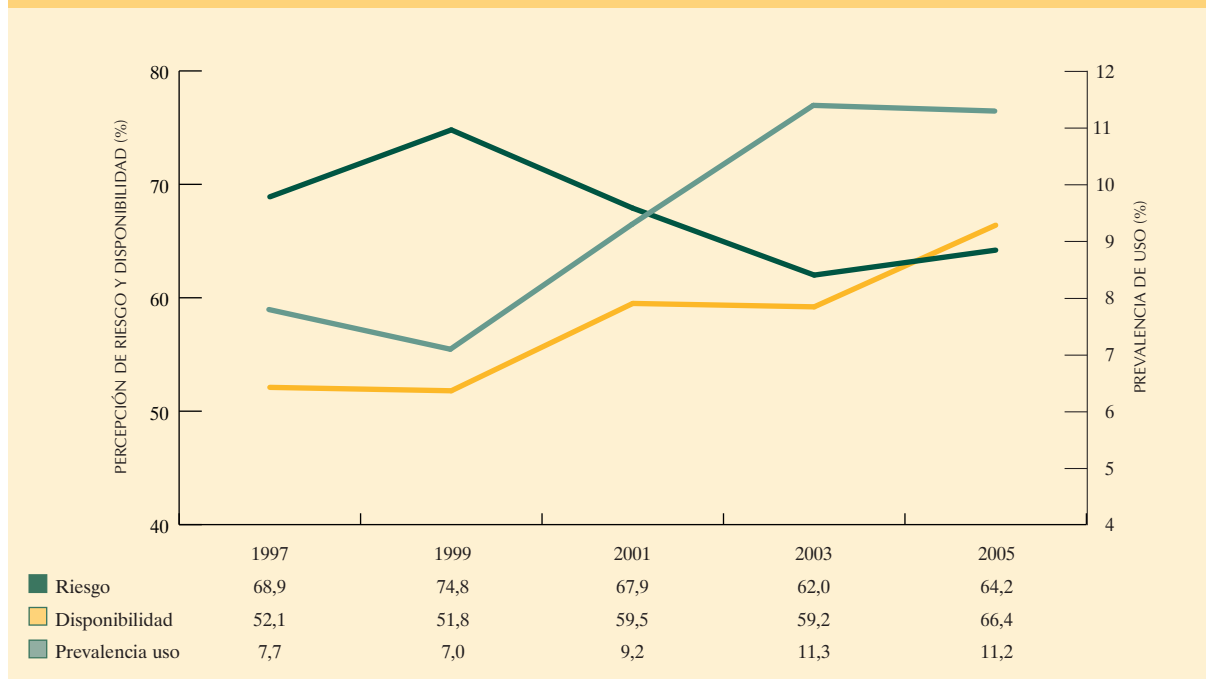


Figura 1.1.19. Prevalencia de uso de cocaína en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico (1 vez o menos al menos) y disponibilidad percibida (conseguirla en 24 horas es fácil o muy fácil) entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1997-2005.

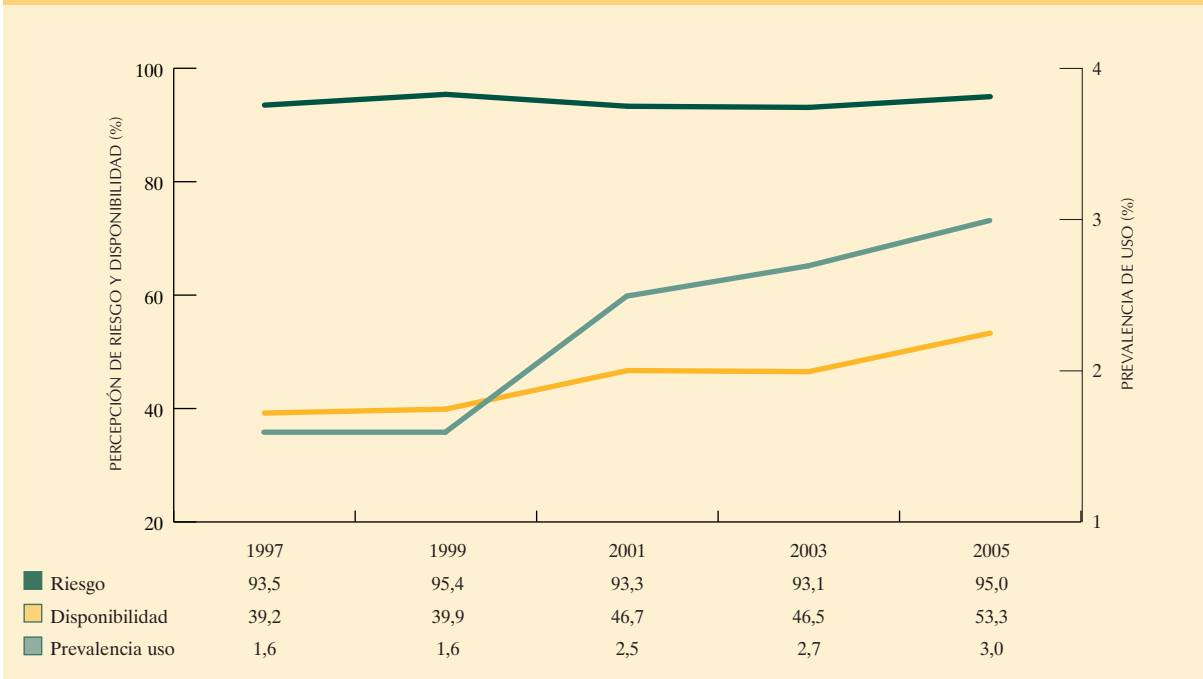
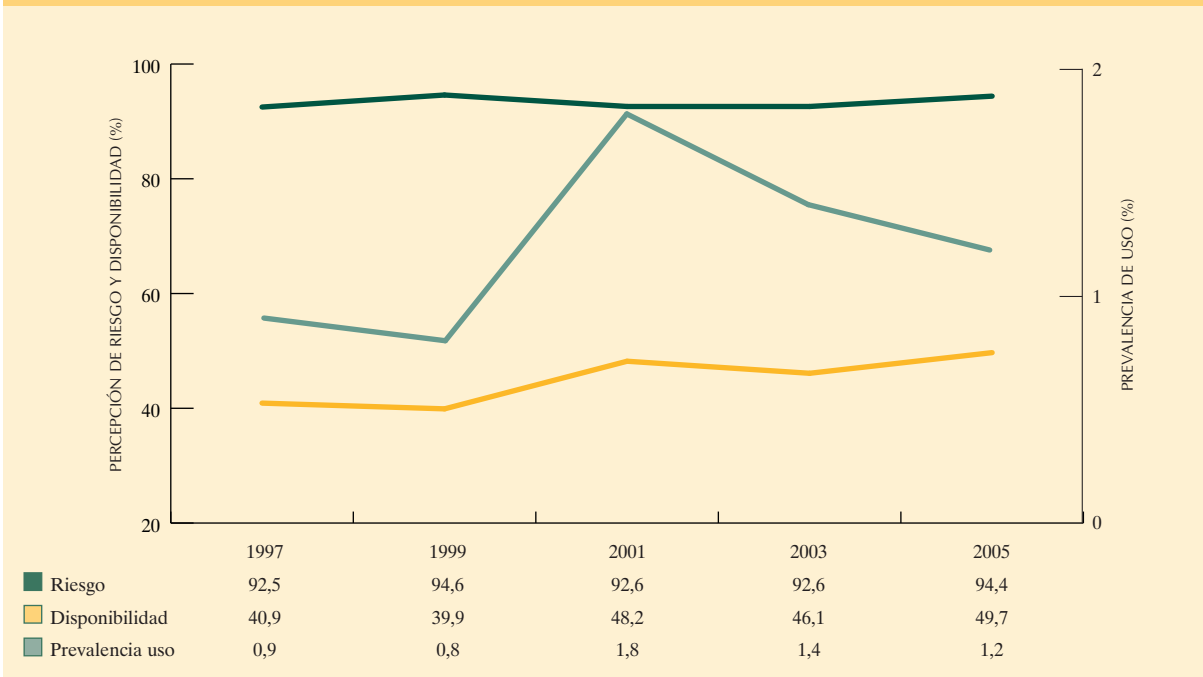


Figura 1.1.20. Prevalencia de uso de éxtasis en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico (1 vez o menos al menos) y disponibilidad percibida (conseguirla en 24 horas es fácil o muy fácil) entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1997-2005.



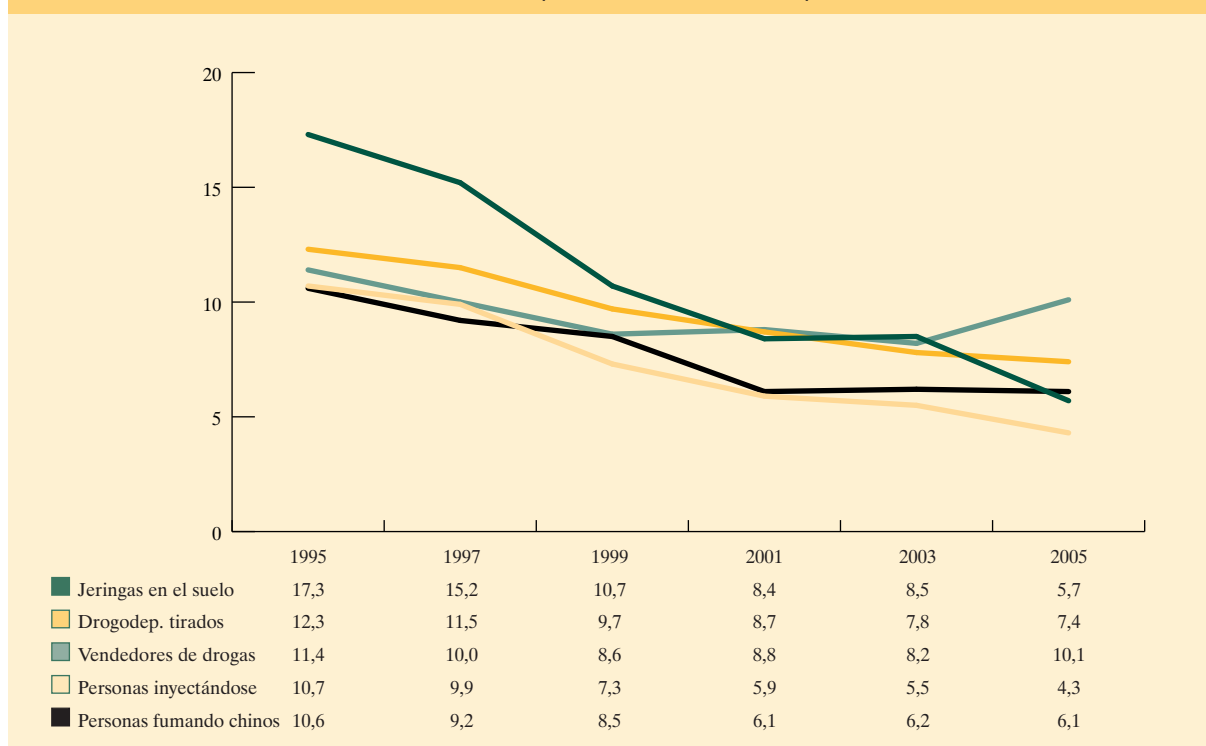
La frecuencia con que la población española de 15-64 años se encuentra situaciones relacionadas con el uso problemático de drogas en el lugar donde vive ha disminuido progresivamente a lo largo del período 1995-2005. Esto ha sucedido con la proporción de encuestados que encuentran frecuente o muy frecuentemente jeringas tiradas en el suelo (que ha pasado de 17,3% en 1995 a 5,7% en 2005) o personas inyectándose drogas (de 10,7% a 4,3%) o personas inhalando drogas en papel de aluminio (de 10,6% a 6,1%) o personas drogadas caídas en el suelo (de 12,3% a 7,4%).

En cambio, la proporción de encuestados que se encuentra frecuente o muy frecuentemente vendedores que le ofrecen drogas, que había disminuido progresivamente en el período 1995-2003 (de 11,4% a 8,2%), ha vuelto a aumentar de forma importante en 2005 (10,1%), lo que es coherente con el aumento de la disponibilidad de drogas percibida por la población (Tabla 1.1.18 y Figura 1.1.21).

Tabla 1.1.18. Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (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, 1995-2005.

Porcentaje de la población que se encuentra frecuente o muy frecuentemente	1995	1997	1999	2001	2003	2005	Diferencia 2003-2005
Jeringuillas en el suelo	17,3	15,2	10,7	8,4	8,5	5,7	-2,8
Personas inyectándose drogas	10,7	9,9	7,3	5,9	5,5	4,3	-1,2
Personas fumando drogas en papel de aluminio	10,6	9,2	8,5	6,1	6,2	6,1	-0,1
Personas drogadas caídas en el suelo	12,3	11,5	9,7	8,7	7,8	7,4	-0,4
Vendedores que le ofrecen drogas	11,4	10,0	8,6	8,8	8,2	10,1	1,9

Figura 1.1.21. Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (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, 1995-2005.



■ Valoración de la importancia de las acciones para intentar resolver el problema de las drogas ilegales

En 2005 la población de 15-64 años percibía la educación en las escuelas como la medida más importante para resolver el problema de las drogas ilegales. Esta medida era seguida, en orden descendente, por el tratamiento voluntario de los consumidores para que abandonen las drogas, el control policial y de fronteras, las campañas de publicidad explicando los riesgos de las drogas, las leyes estrictas contra las drogas, la administración médica de metadona a los consumidores de heroína, la administración médica de heroína a los consumidores para los que han fallado otras medidas y el tratamiento obligatorio para abandonar las drogas. Las medidas consideradas menos importantes fueron la legalización del cannabis o de todas las drogas ilegales (Tabla 1.1.19).

En general todas las acciones, salvo las relacionadas con la legalización de las drogas, son valoradas más positivamente por las mujeres que por los hombres, y por la población de mayor edad (35-64) que por los jóvenes (15-34) (Tabla 1.1.19).

Tabla 1.1.19. Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas, entre la población de 15-64 años de edad, según edad y sexo (porcentajes). España, 2005.

Es muy importante para resolver el problema de las drogas:	Total	Hombre	Mujer	15-34 años	35-64 años
Educación sobre las drogas en las escuelas	88,8	87,3	90,4	86,3	90,7
Tratamiento voluntario a consumidores para dejar la droga	82,4	80,5	84,3	81,4	83,1
Control policial y aduanero	79,8	76,7	83,0	75,2	83,2
Campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas	77,7	74,8	80,7	74,1	80,5
Leyes estrictas contra las drogas	75,3	71,7	79,1	70,1	79,2
Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga	58,2	55,4	61,2	55,5	60,3
Administración médica de heroína a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos	59,9	58,5	61,4	57,4	61,8
Administración médica de metadona a los consumidores de heroína	68,4	66,8	70,1	66,5	69,9
Legalización del cannabis	35,2	38,9	31,3	39,8	31,8
Legalización de todas las drogas	21,4	22,0	20,7	21,7	21,2

La importancia atribuida a las medidas convencionales o medidas que llevan desarrollándose durante largo tiempo, como la educación en las escuelas, las campañas de publicidad, el tratamiento voluntario para abandonar las drogas, el control policial y de fronteras y las leyes estrictas contra las drogas disminuyó en el período 1995-2005, mientras que la atribuida a medidas menos convencionales o que llevan desarrollándose menos tiempo, creció. Estas últimas incluyen el tratamiento obligatorio para abandonar las drogas, la administración médica de metadona, la administración médica de heroína cuando otros tratamientos han fallado y la legalización del cannabis o de todas las drogas ilegales (Tabla 1.1.20 y Figura 1.1.22).

Tabla 1.1.20. Evolución de la valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas, entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1995-2005.

Es muy importante para resolver el problema de las drogas:	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Educación en las escuelas	94,3	93,1	91,8	89,4	89,5	88,8
Tratamiento voluntario a consumidores	86,3	87,1	84,8	81,6	82,7	82,4
Control policial y aduanero	85,8	83,7	82,1	80,5	78,8	79,8
Campañas publicitarias	84,5	81,5	79,8	77,6	75,6	77,7
Leyes estrictas contra las drogas	79,3	77,0	76,9	75,5	73,2	75,3
Tratamiento obligatorio a consumidores	56,2	57,2	57,9	62,8	59,7	58,2
Tratamiento con heroína	43,3	47,5	53,9	58,2	59,3	59,9
Legalización de todas las drogas	19,8	21,5	24,6	27,1	23,5	21,4
Legalización del cannabis	27,3	30,2	33,3	38,5	37,1	35,2
Tratamiento con metadona	63,8	62,9	67,5	66,6	67,1	68,4

Figura 1.1.22. Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentaje que considera muy importante cada acción). España, 1995-2005.



1.2. ENCUESTA ESTATAL SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS (ESTUDES), 1994-2006

Introducción

En 2006 se ha realizado una nueva ESTUDES, enmarcada en la serie de encuestas que vienen desarrollándose en España de forma bienal desde 1994, dirigidas a los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias. Estas encuestas se financian y promueven desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y cuentan 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 conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los participantes, con el fin último de obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas, centradas sobre todo en el 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 Alcohol y Drogas en España (EDADES), o los indicadores de oferta y control de la oferta.

Aunque ha habido cambios en el cuestionario y en los procedimientos de obtención de datos a lo largo del período, la metodología ha sido muy similar, por lo que los datos pueden utilizarse para observar tendencias temporales. Por otra parte, el cuestionario y los métodos de esta encuesta son bastante parecidos a los utilizados en la Unión Europea y Estados Unidos, lo que posibilita las comparaciones internacionales.

Objetivos

Los objetivos concretos de 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.
- d) 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), y algunos factores 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 son los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España. La proporción de jóvenes de 14-18 años que cursó este tipo de enseñanzas en España se situó en un 75%-82% en el período 1994-2006.

La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra, fue la población matriculada en colegios o centros educativos con 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), 1º y 2º de Bachillerato LOGSE o Ciclos Formativos de grado medio (tabla 1.2.1). Este marco 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 cursaban 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 estudiantes de Enseñanzas de Régimen General incluidos en Programas de Garantía Social y a distancia, de Enseñanzas de Régimen Nocturno y de Enseñanzas de Régimen Especial. Es bastante probable que el absentismo y la proporción de jóvenes de 14-18 años fuera de marco haya permanecido relativamente constante a lo largo del tiempo, por lo que su repercusión en las tendencias y cambios temporales de la prevalencia y patrones de consumo de drogas es seguramente pequeño.

No obstante, conviene tener en cuenta que en 2004 el trabajo de campo de ESTUDES se realizó en mayo y junio, mientras que el resto de los años se hizo en noviembre y diciembre, lo que ha podido influir en la frecuencia de salidas nocturnas, u otros factores relacionados con el uso de drogas, por lo que hay que tenerlo en cuenta al comparar los resultados. Por otra parte, los estudiantes de 18 años están subrepresentados en la muestra, por lo que conviene estratificar algunos resultados por edad.

Tabla 1.2.1. Distribución de los estudiantes españoles de Enseñanzas Secundarias según comunidad autónoma de residencia, según titularidad jurídica del colegio y según tipo de estudios (números absolutos y porcentajes). España, 1994-2006.

CCAA		1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Andalucía		471.794 18,4	462.498 19,1	439.486 19,7	402.840 20,8	361.512 20,4	363.862 20,6	326.571 20,5
Aragón		69.699 2,7	64.548 2,7	58.208 2,6	49.597 2,6	45.599 2,6	44.849 2,5	40.860 2,6
Asturias		73.467 2,9	67.094 2,8	59.379 2,7	48.271 2,5	42.232 2,4	39.752 2,3	33.888 2,1
Baleares		39.271 1,5	37.441 1,5	36.613 1,6	34.923 1,8	34.408 1,9	34.804 2,0	31.333 2,0
Canarias		113.256 4,4	110.955 4,6	111.340 5,0	96.577 5,0	87.248 4,9	85.592 4,8	74.244 4,7
Cantabria		36.909 1,4	34.734 1,4	311.64 1,4	26.253 1,4	23.666 1,3	22.473 1,3	19.609 1,2
Castilla y León		160.256 6,3	151.635 6,2	137.270 6,2	117.058 6,0	105.092 5,9	102.177 5,8	89.776 5,6
Castilla-La Mancha		90.837 3,5	89.425 3,7	85.693 3,8	79.729 4,1	77.727 4,4	78.397 4,4	73.297 4,6
Cataluña		384.125 15,0	354.024 14,6	310.815 14,0	262.519 13,5	248.490 14,0	248.973 14,1	236.139 14,8
C. Valenciana		251.506 9,8	234.037 9,6	215.858 9,7	190.873 9,8	178.801 10,1	177.602 10,1	160.648 10,1
Extremadura		57.224 2,2	59.242 2,4	58.622 2,6	54.160 2,8	51.426 2,9	50.791 2,9	46.757 2,9
Galicia		182.834 7,1	176.703 7,3	163.396 7,3	134.929 7,0	113.916 6,4	112.125 6,4	94.564 5,9
Madrid		347.417 13,6	322.791 13,3	292.702 13,1	251.754 13,0	229.324 12,9	231.045 13,1	207.926 13,1
Murcia		73.929 2,9	71.706 3,0	66.423 3,0	60.005 3,1	55.246 3,1	56.305 3,2	51.755 3,3
Navarra		32.758 1,3	30.589 1,3	26.977 1,2	22.174 1,1	21.103 1,2	20.626 1,2	19.640 1,2
País Vasco		151.581 5,9	136.827 5,6	112.596 5,1	90.058 4,6	82.048 4,6	78.790 4,5	67.592 4,2
Rioja		17.809 0,7	16.224 0,7	14.249 0,6	11.940 0,6	10.928 0,6	10.723 0,6	9.755 0,6
Ceuta		3.379 0,1	3.565 0,1	3.724 0,2	3.611 0,2	3.303 0,2	3.433 0,2	2.797 0,2
Melilla		2.961 0,1	3.136 0,1	3.455 0,2	3.197 0,2	3.244 0,2	2.970 0,2	2.791 0,2
Titularidad del colegio	Pública	1.911.828 74,7	1.769.080 72,9	1.626.084 73,0	1.362.588 70,2	1.225.988 69,1	1.241.521 70,3	1.093.906 68,80
	Privada	649.184 25,3	658.094 27,1	601.886 27,0	577.880 29,8	549.325 30,9	5.237.68 29,7	496.036 31,20
Tipo de estudios	ESO	237.115 9,3	515.206 21,2	886.542 39,8	953.021 49,1	935.678 52,7	937.280 53,1	891.860 56,09
	Bachillerato	1.510.024 59,0	1.261.877 52,0	927.249 41,6	724.972 37,4	614.796 34,6	600.389 34,0	576.960 36,29
	F. Profesional	813.873 31,8	650.091 26,8	414.179 18,6	262.475 13,5	224.839 12,7	227.620 12,9	121.122 7,62
Total		2.561.012 100,0	2.427.174 100,0	2.227.970 100,0	1.940.468 100,0	1.775.313 100,0	1.765.289 100,0	1.589.942 100,0

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

■ Muestra

Se ha utilizado un muestreo por conglomerados bietápico, seleccionando aleatoriamente colegios como unidades de primera etapa, y aulas como unidades de segunda etapa. Posteriormente, han sido 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.

Los colegios se seleccionaron a partir de listados de las Consejerías de Educación. Para ello, se estratificó previamente el marco muestral según comunidad autónoma (17 estratos, y a partir de 1996, 19 con Ceuta y Melilla) y titularidad jurídica (dos estratos, para colegios públicos y privados). A partir de 2000 todos los colegios de cada estrato tuvieron la misma probabilidad de estar en la muestra, independientemente de su tamaño. En la tabla 1.2.2 figura la distribución de la muestra por comunidad autónoma, titularidad del centro y tipo de estudios.

Las aulas 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. Por razones económicas se decidió seleccionar dos aulas en cada colegio.

En cada una de las encuestas, se estudió una muestra en torno a 20.000-27.000 estudiantes (26.454 en 2006), 800-1400 aulas (1.322 en 2006), y 400-600 colegios (577 en 2006) (tabla 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. Algunas CCAA financian ampliaciones de la muestra.

La proporción de alumnos matriculados que no acudieron a clase el día y hora de la encuesta (ausentes), se situó entre el 12% y el 17,1% en las distintas encuestas. En 2006 fue de un 12,1%.

■ Cuestionario y trabajo de campo

Se utiliza un cuestionario estandarizado y anónimo, parecido al de otras encuestas realizadas en Europa y Estados Unidos. Incluye preguntas sobre: características sociodemográficas, uso de drogas, percepción de riesgo sobre distintas conductas de consumo, aspectos relacionados con el ocio, disponibilidad percibida de las distintas drogas psicoactivas, algunos problemas sociales o de salud, información recibida sobre drogas, consumo de drogas por parte de amigos y compañeros, y actitud de los padres con respecto al consumo de drogas. El cuestionario utilizado entre 1994 y 2004 fue casi idéntico a lo largo del período. En 2006 se modificó bastante su formato para converger más hacia los cuestionarios internacionales, sin embargo tras las comprobaciones realizadas, se ha concluido que la comparabilidad en los aspectos esenciales (prevalencias y patrones de consumo, y disponibilidad percibida) no se ha resentido. Entre otras, en 2006 se introdujeron preguntas sobre consumo de GHB, y sobre consumo de cocaína base y cocaína en polvo por separado, que no existían en cuestionarios anteriores.

Para tener en cuenta las peculiaridades lingüísticas de las distintas Comunidades Autónomas se han utilizado versiones del cuestionario en castellano, gallego, vasco, catalán y valenciano.

El cuestionario se cumplimenta por escrito (papel y lápiz) por todos los estudiantes de las aulas seleccionadas durante una clase normal (45-60 minutos), con la presencia del profesor, que se mantiene permanentemente en el estrado.

El trabajo de campo de todas las encuestas, salvo la de 2004 que se hizo en primavera, se desarrolló en otoño (generalmente noviembre y diciembre), aunque algunos años ha habido que retrasarlo en unos pocos centros a febrero del año siguiente.

La colaboración de los colegios ha sido buena. En 2006 la proporción de centros sustituidos fue de 20,6%, pero apenas se recibieron negativas de centros para colaborar, debiéndose las sustituciones en la mayoría de los casos a problemas de fechas por exámenes o la proximidad de las vacaciones.

Tabla 1.2.2. Distribución de los estudiantes de 14 a 18 años en la muestra de ESTUDES según comunidad autónoma de residencia, según titularidad jurídica del colegio y según tipo de estudios (números absolutos y porcentajes). España, 1994-2006.

CCAA		1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Andalucía		2.469 11,8	2.075 10,9	1.976 10,9	2.372 11,6	2.552 9,6	2.464 9,7	2.750 10,4
Aragón		1.014 4,8	941 5,0	775 4,3	671 3,3	2.185 8,2	1.757 6,9	1.764 6,7
Asturias		993 4,7	875 4,6	765 4,2	661 3,2	744 2,8	584 2,3	1.737 6,6
Baleares		758 3,6	661 3,5	679 3,8	602 2,9	1.762 6,6	1.795 7,0	622 2,4
Canarias		880 4,2	859 4,5	966 5,3	739 3,6	960 3,6	835 3,3	2.079 7,9
Cantabria		746 3,6	575 3,0	722 4,0	1.244 6,1	1.169 4,4	1.478 5,8	1.376 5,2
Castilla y León		1.356 6,5	1.120 5,9	1.093 6,0	919 4,5	1.140 4,3	983 3,9	1.107 4,2
Castilla-La Mancha		893 4,3	982 5,2	943 5,2	1.749 8,6	2.501 9,4	860 3,4	984 3,7
Cataluña		2.304 11,0	1.881 9,9	1.681 9,3	1.552 7,6	1.885 7,1	2.831 11,1	2.177 8,2
C. Valenciana		1.720 8,2	1.466 7,7	1.395 7,7	2.287 11,2	1.685 6,3	1.362 5,3	1.657 6,3
Extremadura		928 4,4	659 3,5	718 4,0	443 2,2	796 3,0	1.693 6,6	777 2,9
Galicia		1.064 5,1	1.436 7,6	1.333 7,4	1.170 5,7	2.108 7,9	1.245 4,9	2.244 8,5
Madrid		2.123 10,1	1.979 10,4	1.853 10,2	2.929 14,3	3.308 12,4	3.033 11,9	3.055 11,5
Murcia		907 4,3	818 4,3	813 4,5	727 3,6	1.394 5,2	1.468 5,8	1.601 6,1
Navarra		836 4,0	659 3,5	553 3,1	627 3,1	530 2,0	600 2,4	570 2,2
País Vasco		1.293 6,2	1.104 5,8	1.021 5,6	852 4,2	806 3,0	990 3,9	884 3,3
Rioja		647 3,1	651 3,4	570 3,2	462 2,3	457 1,7	975 3,8	525 2,0
Ceuta		0 0,0	128 0,7	30 0,2	323 1,6	130 0,5	140 0,5	289 1,1
Melilla		0 0,0	97 0,5	199 1,1	121 0,6	464 1,7	428 1,7	256 1,0
Titularidad el colegio	Pública	15.204 72,6	13.716 72,3	12.766 70,6	10.421 51,0	14.445 54,4	14.889 58,3	13.050 49,3
	Privada	5.727 27,4	5.250 27,7	5.319 29,4	10.029 49,0	12.131 45,6	10.632 41,7	13.404 50,7
Tipo de estudios	ESO	2.191 10,5	5.129 27,0	9.560 52,9	13.664 66,8	14.400 54,2	14.415 56,5	15.983 60,4
	Bachillerato	13.611 65,0	10.495 55,3	7.312 40,4	5.869 28,7	10.733 40,4	9.468 37,1	8.468 32,0
	FP/Ciclos formativos	5.129 24,5	3.342 17,6	1.213 6,7	917 4,5	1.443 5,4	1.638 6,4	2.003 7,6
Total		20.931 100,0	18.966 100,0	18.085 100,0	20.450 100,0	26.576 100,0	25.521 100,0	26.454 100,0

Tabla 1.2.3. Distribución de las aulas y colegios incluidos en la muestra de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, según comunidad autónoma, 1994-2006.

CCAA	COLEGIOS						
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Andalucía	45	45	45	54	60	64	70
Aragón	19	18	18	17	35	32	33
Asturias	19	18	18	17	18	16	29
Baleares	12	12	13	15	32	32	15
Canarias	22	23	22	21	23	22	33
Cantabria	13	12	13	28	29	28	28
Castilla y León	18	19	27	25	30	27	32
C.-La Mancha	25	24	17	44	58	22	25
Cataluña	44	38	39	37	43	70	53
C. Valenciana	33	33	33	56	37	35	40
Extremadura	16	14	16	10	19	31	19
Galicia	23	26	29	25	36	30	39
Madrid	40	37	40	66	75	71	71
Murcia	16	16	16	17	38	25	25
Navarra	13	13	15	15	14	14	13
País Vasco	26	24	27	21	22	26	28
Rioja	11	12	12	12	12	17	12
Ceuta	-	5*	1	5	3	5	7
Melilla	-	-	3	3	7	6	5
	395	389	404	488	591	573	577
CCAA	AULAS						
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Andalucía	92	92	90	108	119	128	139
Aragón	38	36	38	31	101	95	92
Asturias	42	36	36	30	35	32	84
Baleares	29	28	27	24	84	93	30
Canarias	44	46	44	41	46	44	98
Cantabria	28	28	28	48	58	84	81
Castilla y León	38	40	40	47	58	54	64
C.-La Mancha	54	55	55	69	116	44	50
Cataluña	88	78	78	74	87	140	103
C. Valenciana	68	65	69	90	72	70	80
Extremadura	34	32	53	19	37	92	38
Galicia	56	55	33	43	102	60	116
Madrid	85	80	58	119	144	142	142
Murcia	34	36	79	29	72	74	75
Navarra	30	28	26	22	26	28	26
País Vasco	52	52	33	40	44	51	56
Rioja	25	29	29	20	22	50	24
Ceuta	-	10*	2	15	6	10	14
Melilla	-	-	8	6	22	24	10
	837	826	826	875	1.251	1.315	1.322

* Corresponden a Ceuta y Melilla

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 cumplimentar el cuestionario fue irrelevante (0,2% en 2006).

En 1994-1998 la selección de la muestra y el trabajo de campo fueron realizados por la empresa CUANTER, SA y en 2000-2006 por IPD, SA.

■ Análisis

Se han ponderado los resultados por comunidad autónoma, titularidad del centro (público/privado) y tipo de estudios (ESO, bachillerato, formación profesional/ciclos formativos), para corregir la desproporción de la muestra con respecto al universo. La información sobre la distribución del universo según las tres variables de ponderación se obtuvo del Ministerio de Educación y Ciencia.

En general, 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.

Hay que resaltar que la muestra está diseñada para obtener resultados con una precisión aceptable sobre las prevalencias de consumo de drogas en el conjunto de España, pero no en las comunidades autónomas. Por lo tanto, salvo en el caso del alcohol, el tabaco y el cannabis, las prevalencias estimada 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. Por esta razón, en este informe sólo se incluyen cifras por comunidades autónomas para las tres drogas mencionadas.

Resultados

■ Extensión del consumo de drogas

En 2006 las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años seguían siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. Un 79,6% había tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 46,1% tabaco y un 36,2% cannabis. La proporción de consumidores de estas sustancias en los 30 días previos a la encuesta fue de 58% para alcohol, 27,8% para tabaco y 20,1% para cannabis.

La proporción de estudiantes que había tomado alguna vez en la vida tranquilizantes fue de un 12,6%, y la de los que los habían tomado sin receta de un 7,6%. La prevalencia de consumo en los últimos 30 días fue de un 3,6% y un 2,4%, respectivamente.

El uso del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, sustancias volátiles, heroína) estaba mucho menos extendido, situándose la prevalencia alguna vez en la vida entre el 1% y el 5,7% y la prevalencia en los últimos 30 días entre el 0,5% y el 2,3% (tabla 1.2.4).

Si se comparan estos resultados con los de las encuestas precedentes, se observa una disminución de la prevalencia de consumo de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso de tabaco, cannabis y cocaína (tabla 1.2.4). Estas dos últimas sustancias son, por otra parte, las drogas ilegales más extendidas y cuyo consumo había crecido más en los últimos años.

Tabla 1.2.4. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2006.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida							
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6
Hipnosedantes sin receta*	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4
Cocaína	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0
Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses							
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9
Hipnosedantes sin receta*	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8
Cannabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4
Alucinógenos	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6
Cocaína	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8
Inhalables volátiles	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días							
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0
Hipnosedantes sin receta*	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4
Alucinógenos	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3
Anfetaminas	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4
Cocaína	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1

* Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica.
 Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

■ Edad media de inicio en el consumo

Los estudiantes de 14 a 18 años comienzan a consumir drogas a una edad temprana. En 2006 las sustancias que se empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, las sustancias volátiles y el alcohol, cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años. Le siguen los tranquilizantes y el cannabis (14,2 y 14,6 años, respectivamente). La cocaína, el éxtasis, los alucinógenos y las anfetaminas fueron las que se empezaron a consumir a una edad más tardía (15,4, 15,5, 15,5 y 15,6 años, respectivamente). No se observaron variaciones importantes de la edad de inicio por sexo ni con respecto a años anteriores, si bien en 2006 para hipnosedantes, cocaína y sustancias volátiles se ha adelantado algo, y para heroína se ha retrasado (tabla 1.2.5).

Tabla 1.2.5. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2006.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1
Tabaco (consumo diario)	–	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8
Alcohol (consumo semanal)	–	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0
Hipnosedantes sin receta*	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,4
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6
Cocaína	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,4
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5
S. Volátiles	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0	13,6
Éxtasis	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5

* Tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica.

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 1994-2006.

■ Diferencias intersexuales en el consumo de drogas

La extensión del consumo de drogas en los estudiantes de 14 a 18 años varía mucho según el sexo. En 2006 los chicos consumían en mayor proporción que las chicas todas las drogas ilegales, mientras que el consumo de tabaco y tranquilizantes estaba más extendido entre ellas. Para las bebidas alcohólicas la prevalencia era similar en ambos sexos. No obstante, la prevalencia de consumo intensivo de tabaco o alcohol era mayor en los varones que en las mujeres.

En el caso de las drogas ilegales, se observa que las diferencias en las prevalencias por sexo son más acusadas a medida que el consumo es más frecuente o intensivo. Es decir, la diferencia relativa es mayor para el consumo en los últimos 30 días que para el consumo alguna vez en la vida (tabla 1.2.6).

■ Diferencias en el consumo por edad

La edad es una variable determinante de la extensión del consumo de drogas en los estudiantes. La proporción de consumidores aumenta progresivamente con la edad, de forma que el consumo alcanza su máximo a los 17 y 18 años.

Los mayores incrementos en la extensión del consumo de alcohol, tabaco y cannabis se producen entre los 14 y los 16 años. En cambio, para los psicoestimulantes (éxtasis, cocaína o anfetaminas), se produce entre los 16 y los 18 años. Ello como es lógico tiene que ver con la edad en que se comienza a consumir, muy posterior en estas últimas sustancias (tabla 1.2.7).

■ Diferencias en el consumo de drogas por comunidad autónoma

Como se indicó, ESTUDES no está diseñada para obtener estimaciones de la prevalencia de consumo de las drogas menos extendidas con una precisión aceptable para áreas pequeñas. Sin embargo, sí permite sacar algunas conclusiones sobre las diferencias interautonómicas con respecto al consumo de tabaco, alcohol o cannabis.

Tabla 1.2.6. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en la población escolar de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2006.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Consumo alguna vez en la vida														
Tabaco	56,6	65,1	58,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	64,1	42,0	49,8
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	78,4	80,7
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	5,8	9,2
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	38,0	34,6
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	4,2	2,5
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	5,7	2,7
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	4,2	2,7
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	6,8	4,7
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	1,5	0,5
I. 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	4,1	2,0
Consumo en los 12 últimos 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	73,4	76,3
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	3,7	5,8
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	31,6	28,2
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	3,3	1,6
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	4,1	1,6
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	3,3	2,0
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	5,2	3,1
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	1,2	0,3
I. 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	2,6	1,1
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	24,8	30,6
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	58,1	58,0
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	2,0	2,8
Cannabis	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	28,5	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0
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	2,1	0,7
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	2,0	0,7
Anfetaminas	2,9	1,6	3,2	2,0	2,7	1,5	2,6	1,4	2,5	1,5	2,7	1,0	2,0	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	3,1	1,6
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	0,9	0,2
I. 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	1,7	0,6

* Tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica.
 Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.
 FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 1994-2006.

En 2006 se observan diferencias interautonómicas importantes en la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que fumaban tabaco diariamente, variando las cifras entre 2,3% en Melilla y 22,2% en Aragón (14,8% para el conjunto de España). La mayoría de las comunidades se situaban entre el 10% y el 20%. Las comunidades con una proporción de fumadores diarios significativamente superior a la estatal eran Aragón, Castilla y León, Extremadura y La Rioja, y las que la tenían inferior: Ceuta, Melilla, Baleares, Canarias y la Comunidad Valenciana (Tabla 1.2.8).

También se aprecian ciertas diferencias con respecto a la proporción de estudiantes que habían tomado bebidas alcohólicas alguna vez en los últimos 30 días, variando las cifras entre 25,6% en Ceuta y 70,8% en el País Vasco (58% en el conjunto de España). La mayoría de las comunidades, no obstante,

Tabla 1.2.7. Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2006.

Edad (años)	14	15	16	17	18
Consumo alguna vez en la vida					
Tabaco	28,4	41,5	50,7	55,1	61,8
Alcohol	57,1	76,1	86,0	91,2	92,3
Hipnosedantes sin receta*	6,3	7,0	7,7	8,4	9,8
Cannabis	14,1	30,0	41,1	48,9	56,9
Éxtasis	0,8	2,0	3,3	4,4	9,3
Alucinógenos	1,1	2,9	4,3	5,9	9,2
Anfetaminas	0,7	2,1	3,3	4,8	9,5
Cocaína	1,5	2,9	5,6	8,4	15,9
Heroína	0,6	0,8	1,3	1,0	1,1
Inhalables volátiles	1,5	2,5	3,0	4,2	4,6
GHB	0,4	0,8	1,4	1,6	2,2
Consumo en los últimos 12 meses					
Tabaco	19,1	30,6	37,6	41,3	47,4
Alcohol	50,9	70,9	82,1	87,4	88,2
Hipnosedantes sin receta*	3,8	4,5	5,3	5,1	5,8
Cannabis	11,5	25,2	33,9	40,7	44,9
Éxtasis	0,6	1,6	2,5	3,3	6,0
Alucinógenos	0,8	1,9	3,2	4,0	6,0
Anfetaminas	0,5	1,7	2,7	3,7	6,8
Cocaína	1,2	2,3	4,2	5,6	11,1
Heroína	0,4	0,7	1,1	0,8	0,9
Inhalables volátiles	0,9	1,6	2,1	2,3	2,7
GHB	0,4	0,7	1,1	1,0	1,6
Consumo en los últimos 30 días					
Tabaco	13,8	24,1	30,6	35,5	42,1
Alcohol	31,7	50,7	65,3	74,2	76,5
Hipnosedantes sin receta*	1,8	2,3	2,7	2,6	2,9
Cannabis	7,5	16,6	22,5	27,7	31,5
Éxtasis	0,4	1,0	1,8	1,7	2,4
Alucinógenos	0,5	0,9	1,5	1,9	2,5
Anfetaminas	0,3	0,9	1,6	2,1	3,3
Cocaína	0,8	1,2	2,6	3,1	5,9
Heroína	0,2	0,4	0,8	0,5	0,7
Inhalables volátiles	0,6	1,1	1,4	1,1	1,6
GHB	0,4	1,0	1,8	1,7	2,4

* Tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica.

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

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

te, se situaban entre el 50% y el 70%. Las comunidades con una proporción de bebedores en los últimos 30 días significativamente superior a la estatal fueron: Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Navarra, País Vasco y La Rioja, y las comunidades con una proporción inferior: Ceuta, Melilla, Andalucía, Baleares, Canarias, y Madrid (Tabla 1.2.9.).

Con respecto a la proporción de estudiantes que habían consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses, las cifras variaban entre un 7% en Ceuta y un 39,9% en Navarra (29,8% en el conjunto de España). La mayoría de las comunidades, no obstante, se situaban entre el 25% y el 35%. Las comunidades con una proporción de consumidores significativamente superior a la estatal en cualquier período de referencia fueron: Aragón, Cataluña, Navarra, País Vasco y La Rioja, y las comunidades con cifras significativamente inferior, Ceuta, Melilla, Andalucía y Canarias (Tabla 1.2.10).

Tabla 1.2.8. Prevalencias de consumo de tabaco entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según comunidad autónoma (y límites de confianza al 95%).

CCAA	N	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			A diario en los últimos 30 días		
		Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	2.750	44,1	42,2	46,0	32,0	30,3	33,7	26,1	24,5	27,7	14,1	12,8	15,4
Aragón	1.764	54,9	52,6	57,2	43,4	41,1	45,7	36,8	34,5	39,1	22,2	20,3	24,1
Asturias	1.737	42,4	40,1	44,7	33,2	31,0	35,4	27,8	25,7	29,9	13,2	11,6	14,8
Baleares	622	39,0	35,2	42,8	31,6	27,9	35,3	22,9	19,6	26,2	8,5	6,3	10,7
Canarias	2.079	34,7	32,7	36,7	18,7	17,0	20,4	14,4	12,9	15,9	6,1	5,1	7,1
Cantabria	1.376	44,8	42,2	47,4	33,8	31,3	36,3	28,9	26,5	31,3	17,1	15,1	19,1
C.-La Mancha	984	48,9	45,8	52,0	36,0	33,0	39,0	30,2	27,3	33,1	15,5	13,2	17,8
C. y León	1.107	49,9	47,0	52,8	37,0	34,2	39,8	30,6	27,9	33,3	17,7	15,5	19,9
Cataluña	2.177	53,0	50,9	55,1	39,8	37,7	41,9	30,8	28,9	32,7	15,8	14,3	17,3
C. Valenciana	1.657	41,8	39,4	44,2	31,2	29,0	33,4	26,2	24,1	28,3	12,3	10,7	13,9
Extremadura	777	47,0	43,5	50,5	36,0	32,6	39,4	30,3	27,1	33,5	20,2	17,4	23,0
Galicia	2.244	44,6	42,5	46,7	33,1	31,2	35,0	27,1	25,3	28,9	14,6	13,1	16,1
Madrid	3.055	46,8	45,0	48,6	35,0	33,3	36,7	29,7	28,1	31,3	15,9	14,6	17,2
Murcia	1.601	49,0	46,6	51,4	35,2	32,9	37,5	28,3	26,1	30,5	15,0	13,3	16,7
Navarra	570	47,8	43,7	51,9	36,3	32,4	40,2	28,7	25,0	32,4	16,9	13,8	20,0
País Vasco	884	43,3	40,0	46,6	32,0	28,9	35,1	27,8	24,8	30,8	16,4	14,0	18,8
Rioja	525	48,8	44,5	53,1	39,3	35,1	43,5	35,0	30,9	39,1	19,6	16,2	23,0
Ceuta	289	20,9	16,2	25,6	14,0	10,0	18,0	9,3	6,0	12,6	4,7	2,3	7,1
Melilla	256	18,2	13,5	22,9	11,4	7,5	15,3	9,1	5,6	12,6	2,3	0,5	4,1
TOTAL	26.454	46,1	45,5	46,7	34,0	33,4	34,6	27,8	27,3	28,3	14,8	14,4	15,2

Se considera que una comunidad autónoma tiene una prevalencia de consumo inferior al conjunto nacional cuando la estimación puntual de la prevalencia en esa comunidad lo es y además los intervalos de confianza al 95% del conjunto nacional y de esa comunidad no se solapan.

Tienen una prevalencia de consumo alguna vez en la vida superior al conjunto nacional Aragón, Cataluña y Castilla y León, e inferior Ceuta, Melilla, Asturias, Baleares, Canarias y Comunidad Valenciana.

Tienen una prevalencia de consumo en los últimos 12 meses superior al conjunto nacional Aragón, Cataluña y La Rioja e inferior Ceuta, Melilla y Canarias.

Tienen una prevalencia de consumo en los últimos 30 días superior al conjunto nacional las mismas CA citadas en la prevalencia de los últimos 12 meses, e inferior Ceuta, Melilla, Baleares y Canarias.

Tienen una prevalencia de consumo DIARIO en los últimos 30 días superior al conjunto nacional Aragón, Castilla y León, Extremadura y La Rioja, e inferior Ceuta, Melilla, Baleares, Canarias y Comunidad Valenciana.

Tabla 1.2.9. Prevalencias de consumo de alcohol entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según comunidad autónoma (y límites de confianza al 95%). España, 2006.

CCAA	N	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	2750	77,1	75,5	78,7	71,5	69,8	73,2	52,8	50,9	54,7
Aragón	1764	85,7	84,1	87,3	82,9	81,1	84,7	68,0	65,8	70,2
Asturias	1737	83,1	81,3	84,9	79,5	77,6	81,4	69,7	67,5	71,9
Baleares	622	70,3	66,7	73,9	66,6	62,9	70,3	52,9	49,0	56,8
Canarias	2079	75,8	74,0	77,6	68,5	66,5	70,5	44,6	42,5	46,7
Cantabria	1376	80,9	78,8	83,0	77,4	75,2	79,6	64,7	62,2	67,2
C.-La Mancha	984	84,7	82,5	86,9	81,8	79,4	84,2	68,6	65,7	71,5
Castilla y León	1107	85,2	83,1	87,3	82,0	79,7	84,3	66,9	64,1	69,7
Cataluña	2177	82,5	80,9	84,1	79,0	77,3	80,7	61,5	59,5	63,5
C. Valenciana	1657	80,1	78,2	82,0	74,1	72,0	76,2	56,2	53,8	58,6
Extremadura	777	76,7	73,7	79,7	70,9	67,7	74,1	56,2	52,7	59,7
Galicia	2244	78,9	77,2	80,6	75,4	73,6	77,2	58,7	56,7	60,7
Madrid	3055	75,9	74,4	77,4	70,3	68,7	71,9	52,3	50,5	54,1
Murcia	1601	76,9	74,8	79,0	73,2	71,0	75,4	58,4	56,0	60,8
Navarra	570	87,7	85,0	90,4	84,4	81,4	87,4	69,4	65,6	73,2
País Vasco	884	85,1	82,8	87,4	81,2	78,6	83,8	70,8	67,8	73,8
Rioja	525	82,9	79,7	86,1	81,0	77,6	84,4	69,5	65,6	73,4
Ceuta	289	51,2	45,4	57,0	46,5	40,7	52,3	25,6	20,6	30,6
Melilla	256	47,7	41,6	53,8	41,9	35,9	47,9	30,2	24,6	35,8
Total	26454	79,6	79,1	80,1	74,9	74,4	75,4	58,0	57,4	58,6

Se considera que una comunidad autónoma tiene una prevalencia de consumo inferior al conjunto nacional cuando la estimación puntual de la prevalencia en esa comunidad lo es y además los intervalos de confianza al 95% del conjunto nacional y de esa comunidad no se solapan.

En estas circunstancias tienen una prevalencia de consumo alguna vez en la vida superior al conjunto nacional Aragón, Asturias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Navarra y País Vasco, e inferior Ceuta, Melilla, Andalucía, Baleares, Canarias, Madrid y Murcia.

Tienen una prevalencia de consumo en los últimos 12 meses superior al conjunto nacional las mismas CA citadas en la prevalencia de vida más La Rioja e inferior las mismas CA citadas en prevalencia de vida, excepto Murcia y añadiendo Extremadura.

Tienen una prevalencia de consumo en los últimos 30 días superior al conjunto nacional Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Navarra, País Vasco y La Rioja, e inferior Ceuta, Melilla, Andalucía, Baleares, Canarias y Madrid.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2006.

Tabla 1.2.10. Prevalencias de consumo de cannabis entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según comunidad autónoma (y límites de confianza al 95%). España, 2006.

CCAA	N	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	2750	29,0	27,3	30,7	23,2	21,6	24,8	15,2	13,9	16,5
Aragón	1764	45,8	43,5	48,1	38,3	36,0	40,6	27,9	25,8	30,0
Asturias	1737	34,5	32,3	36,7	30,1	27,9	32,3	18,8	17,0	20,6
Baleares	622	35,7	31,9	39,5	31,1	27,5	34,7	20,6	17,4	23,8
Canarias	2079	25,1	23,2	27,0	18,3	16,6	20,0	11,1	9,7	12,5
Cantabria	1376	35,3	32,8	37,8	29,3	26,9	31,7	20,1	18,0	22,2
C.-La Mancha	984	38,1	35,1	41,1	30,1	27,2	33,0	19,7	17,2	22,2
Castilla y León	1107	37,4	34,5	40,3	30,5	27,8	33,2	19,0	16,7	21,3
Cataluña	2177	45,8	43,7	47,9	39,0	37,0	41,0	25,1	23,3	26,9
C. Valenciana	1657	39,1	36,8	41,4	30,9	28,7	33,1	21,7	19,7	23,7
Extremadura	777	34,2	30,9	37,5	28,3	25,1	31,5	18,7	16,0	21,4
Galicia	2244	35,4	33,4	37,4	30,1	28,2	32,0	19,9	18,2	21,6
Madrid	3055	34,1	32,4	35,8	28,8	27,2	30,4	20,4	19,0	21,8
Murcia	1601	35,1	32,8	37,4	28,3	26,1	30,5	19,6	17,7	21,5
Navarra	570	47,5	43,4	51,6	39,9	35,9	43,9	30,2	26,4	34,0
País Vasco	884	42,9	39,6	46,2	36,3	33,1	39,5	27,0	24,1	29,9
Rioja	525	43,9	39,7	48,1	36,6	32,5	40,7	28,2	24,4	32,0
Ceuta	289	11,6	7,9	15,3	7,0	4,1	9,9	2,4	0,6	4,2
Melilla	256	11,6	7,7	15,5	11,4	7,5	15,3	4,7	2,1	7,3
Total	26454	36,2	35,6	36,8	29,8	29,2	30,4	20,1	19,6	20,6

Se considera que una comunidad autónoma tiene una prevalencia de consumo inferior al conjunto nacional cuando la estimación puntual de la prevalencia en esa comunidad lo es y además los intervalos de confianza al 95% del conjunto nacional y de esa comunidad no se solapan.

En estas circunstancias tienen una prevalencia de consumo superior al conjunto nacional en cualquier período de referencia, Aragón, Cataluña, Navarra, País Vasco y La Rioja, e inferior, Andalucía, Canarias, Ceuta y Melilla.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2006.

Consumo de tabaco

El consumo de tabaco estaba bastante extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años, siendo la segunda sustancia más consumida. En 2006 un 46,1% de los estudiantes afirmaba había fumado tabaco alguna vez en la vida, un 34% en el último año y un 27,8% en el último mes. El porcentaje de estudiantes que fumaba diariamente era de un 14,8%, porcentaje que llegaba al 29,6% en los estudiantes de 18 años.

El consumo aumentaba con la edad y estaba más extendido en las chicas que en los chicos (tabla 1.2.11 y figura 1.2.1) en todas las edades.

La edad media de inicio fue la más temprana de todas las sustancias (13,1 años) y se había mantenido más o menos estabilizada en los últimos 10 años, siendo similar para ambos sexos. La edad media de inicio en el consumo diario se producía un año más tarde (14,2 años).

Entre los consumidores de tabaco en el último mes, el consumo medio de cigarrillos al día era de 5,5, cifra inferior a la de 2004 (7,7 cigarrillos), siendo ligeramente mayor entre los chicos (5,8) que entre las chicas (5,3).

Los datos del 2006 nos muestran un descenso importante del consumo de tabaco con respecto a años anteriores (tabla 1.2.8). Así, la prevalencia de consumo diario descendió desde un 21,5% en 2004 a un 14,8% en 2006. Además, como se ha señalado, se consume menos cantidad.

La gran mayoría de los estudiantes que fumaban se habían planteado dejar de fumar en alguna ocasión (72,9%), aunque los que afirman haberlo intentado son bastantes menos (38,6%). La intención de dejar de fumar se hace más patente en las chicas (76,6%) que en los chicos (67,8%), siendo también mayor entre ellas el porcentaje de quienes lo han intentado realmente (41% frente al 35,4%).

En 2006 un 53,2% de los estudiantes que fumaban estaban pensando seriamente en dejar de fumar (25,9% en los 30 días siguientes a la encuesta y el 27,3% en los 6 meses siguientes).

A casi la mitad de los estudiantes (48,2%) les molestaba mucho o bastante que fumaran en lugares cerrados estando ellos presentes. En un 47,7% de los hogares de los estudiantes fumaba alguna persona diariamente, un 10% menos que en 2004.

Figura 1.2.1. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2006.

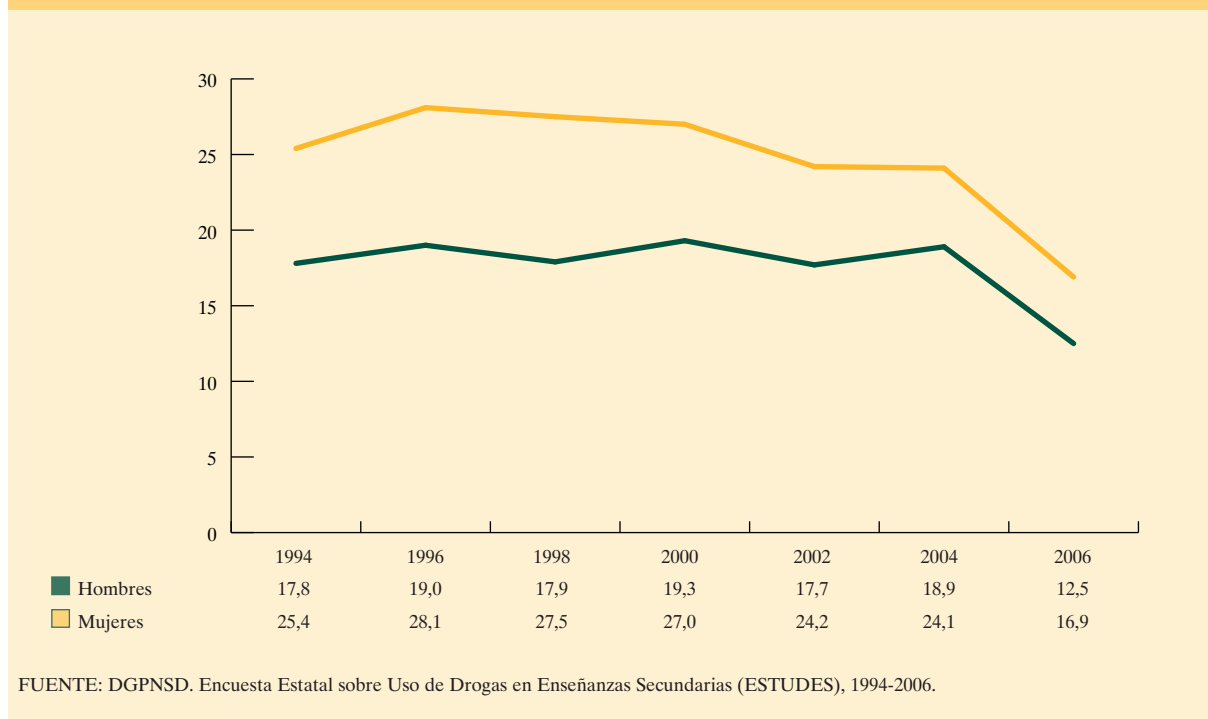


Tabla 1.2.11. Características generales del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España, 1994-2006.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
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	12.598	13.856
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	42,0	49,8
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	13,0	13,1
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	25,1	32,4	24,8	30,6
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	12,5	16,9
Edad media de inicio en el 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	14,3	14,2
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	61,9	63,0
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	22,7	27,2
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	13,8	9,3
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	1,5	0,5
Nº medio de 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	5,8	5,3

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 1994-2006.

Consumo de bebidas alcohólicas

El alcohol es la sustancia cuyo consumo está más extendido en 2006 entre los estudiantes de 14 a 18 años. El 79,6% lo había probado alguna vez, un 74,9% lo había consumido en el último año y el 58% en el último mes. A medida que avanza la edad el porcentaje de estudiantes que bebía aumentaba, de esta manera el porcentaje de estudiantes de 18 años que había consumido alcohol en los últimos 30 días era de un 76,5% (tabla 1.2.7).

El consumo de alcohol entre los estudiantes se concentra en el fin de semana. Del 58% que había consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, casi todos (57,7%) habían bebido en fin de semana, mientras que sólo un 18,8% lo habían hecho en días laborables. En cuanto a la frecuencia, un 21,8% de los estudiantes había bebido todos los fines de semana (24,3% chicos y 19,5% chicas).

Con respecto al consumo intensivo o problemático se investigaron las borracheras y el consumo de cinco o más vasos o copas en la misma ocasión, entendiendo por "ocasión" el tomar las bebidas seguidas o en un intervalo aproximado de dos horas. En 2006 un 55,3% de los estudiantes de 14-18 años se había emborrachado alguna vez en la vida y el 25,6% lo había hecho en el último mes (26,5% chicos, 24,8% chicas). Por edad, la prevalencia de borracheras durante el último mes variaba desde el 10,3% a los 14 años hasta el 40,3% a los 18 años (tabla 1.2.12).

Centrándose en la frecuencia de borracheras en los últimos 30 días entre los que habían consumido bebidas alcohólicas en ese período, se observa que en 2006 un 4,1% de los bebedores se había embo-

Tabla 1.2.12. Prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2006.

		Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total		55,3	45,6	25,6
Sexo				
	Hombre	53,4	44,6	26,5
	Mujer	57,0	46,5	24,8
Edad				
	14 años	28,3	22,1	10,3
	15 años	46,9	38,0	19,2
	16 años	61,7	52,7	30,3
	17 años	72,3	59,4	35,1
	18 años	78,3	64,7	40,3

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

Tabla 1.2.13. Características generales del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España, 1994-2006.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
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	12.598	13.856
Prevalencia consumo 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	78,4	80,7
Edad media de inicio del consumo (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	13,7	13,8
Edad media de inicio del consumo semanal (años)	-	-	15,0	15,0	15,0	15,1	14,8	14,9	15,0	14,9	15,2	15,1	15,0	14,9
Prevalencia de consumo 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	73,4	76,3
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	58,1	58,0
Prevalencia de consumo 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	57,7	57,7
Prevalencia de consumo 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	24,2	13,9
Frecuencia de borracheras en los últimos 30 días entre los estudiantes que han consumido alcohol en ese período														
Ningún día	77,7	79,5	75,2	78,8	75,2	76,4	62,1	66,6	62,1	65,8	55,3	59,4	54,4	57,2
1-2 días	14,7	15,2	15,4	16,5	16,4	17,8	23,9	23,7	24,3	24,9	25,6	28,3	28,9	30,7
3-5 días	4,9	4,2	6,8	4,0	5,8	4,9	10,5	7,7	9,8	7,3	12,9	9,8	12,6	10,3
>5 días	2,6	1,2	2,6	0,8	2,6	0,9	3,5	2,0	3,9	2,0	6,2	2,5	4,1	2,3

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

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

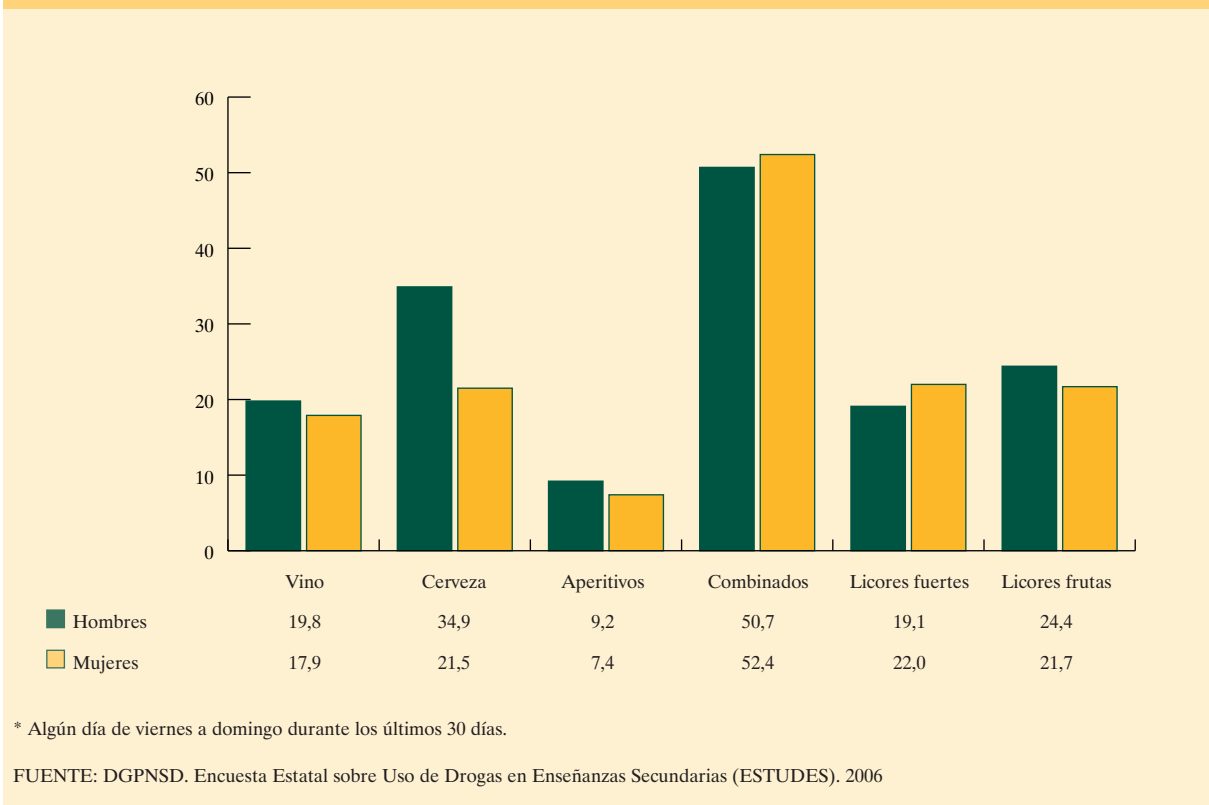
Tabla 1.2.14. Prevalencia de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables y fines de semana durante los 30 días previos a la encuesta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1996-2006.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006
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	5,3
Cerveza	15,3	14,0	16,2	10,5	14,1	12,8
Aperitivos	3,0	3,2	2,6	1,7	2,4	3,0
Combinados	5,4	6,4	6,8	5,0	6,8	7,4
Licores fuertes	3,2	3,6	3,5	2,3	3,2	4,6
Licores frutas	6,6	7,5	6,2	3,8	4,2	3,5
Todos los días de lunes a jueves durante los últimos 30 días						
Vino	0,8	1,0	0,9	0,3	0,7	0,2
Cerveza	1,7	1,5	2,2	0,9	1,7	0,8
Aperitivos	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2
Combinados	0,2	0,3	0,6	0,2	0,6	0,4
Licores fuertes	0,1	0,4	0,4	0,1	0,4	0,2
Licores frutas	0,3	0,8	0,6	0,2	0,5	0,2
CONSUMO EN FINES DE SEMANA						
Algún día de viernes a domingo durante los últimos 30 días						
Vino	32,8	32,8	23,7	21,0	27,7	18,8
Cerveza	46,9	40,7	30,8	27,1	34,1	27,9
Aperitivos	12,0	13,6	9,6	8,0	11,0	8,3
Combinados	48,8	53,7	49,2	48,2	58,4	51,6
Licores fuertes	24,5	26,7	22,4	22,3	27,8	20,5
Licores frutas	36,2	37,1	25,6	22,6	26,0	23,0
Todos los días de viernes a domingo durante los últimos 30 días						
Vino	9,6	10,6	8,6	5,9	7,5	3,5
Cerveza	19,9	17,6	14,4	10,7	13,8	8,6
Aperitivos	2,9	4,2	3,3	2,1	2,7	1,5
Combinados	19,6	23,5	22,2	18,9	22,5	16,8
Licores fuertes	8,2	10,8	10,1	7,7	9,4	5,5
Licores frutas	10,2	12,0	9,0	6,0	6,8	3,8
Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.						
FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).						

rachado más de 5 días en el último mes, un 12,6% de 3 a 5 días, y un 28,9% 1 ó 2 días. Estas cifras eran sólo ligeramente inferiores para las mujeres (Tabla 1.2.13). Por otra parte, un 53,3% de los estudiantes que habían consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días (47,3% chicas y 59,8% chicos), habían tomado algún día en ese período 5 ó más vasos/cañas o copas de alcohol en la misma ocasión. El 17,7% lo había hecho más de 5 días.

En 2006 los estudiantes consumían alcohol sobre todo en bares o pubs (73,5% de los consumidores en los últimos 30 días), en espacios abiertos, como calles, plazas o parques (64,5%), o en discotecas (61,4%). Globalmente, la bebida más consumida eran los combinados/cubatas, si bien en días laborables la bebida predominante era la cerveza (tabla 1.2.14 y figura 1.2.2). Los lugares donde los estudiantes conseguían con más frecuencia bebidas alcohólicas eran bares o pubs (70,8%), discotecas (59,2%), supermercados (51,8%) e hipermercados (37%).

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 (porcentajes). España, 2006.



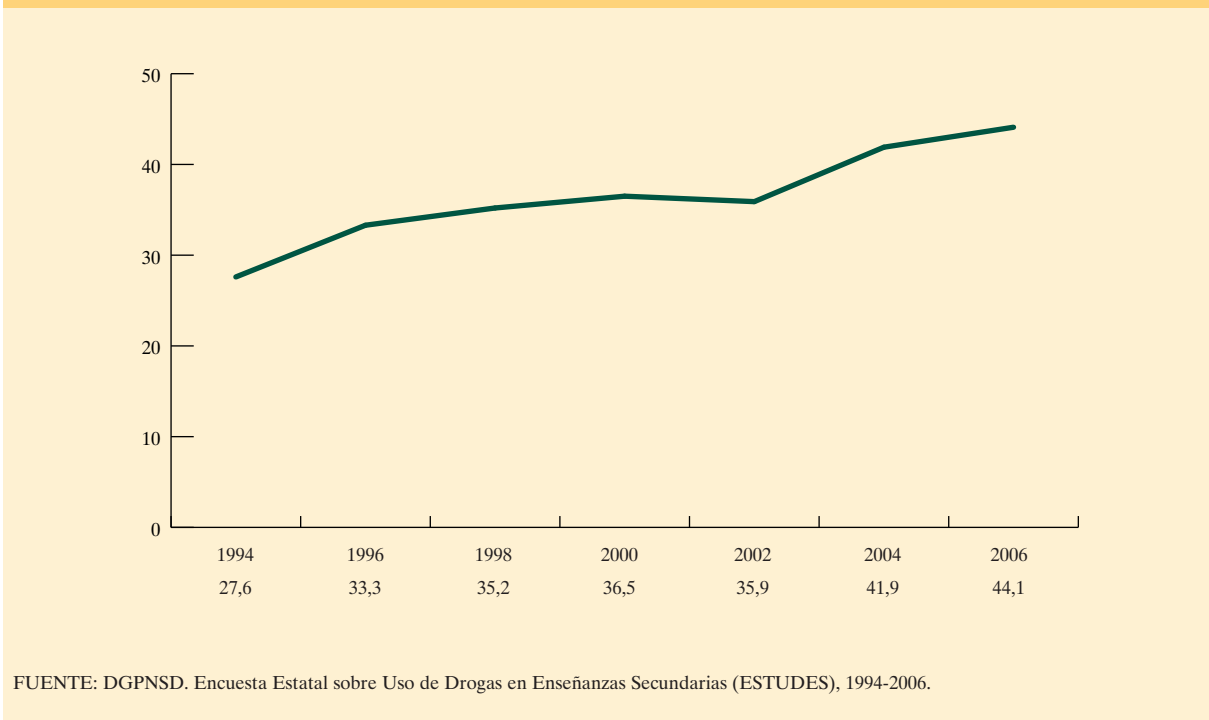
Como riesgo asociado al consumo de bebidas alcohólicas por los jóvenes adquiere relevancia la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol. En 2006 un 22% de los estudiantes de 14-18 años (34,3% de los de 18) reconocía haber sido pasajeros en los últimos 12 meses en vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol.

Además, un 9,8% de los estudiantes de 14-18 años declaraba haber conducido en los últimos 12 meses un vehículo (coche, moto) bajo los efectos del alcohol, cifra que ascendía a un 14,9% en los estudiantes de 18 años.

El consumo de alcohol entre los estudiantes ha descendido, tanto si se toma como referencia 1994 como 2004. De hecho, la prevalencia de los que habían consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses pasó de 82,7% en 1994 a 81,0% en 2004 y 74,9% en 2006, y la prevalencia de consumo en los últimos 30 días de 75,1% en 1994 a 65,6% en 2004 y 58,0% en 2006 (tabla 1.2.4).

Sin embargo, la frecuencia de borracheras en los últimos 30 días entre los que habían consumido alcohol en ese periodo aumentó ligeramente con respecto a 2004, continuando la tendencia ascendente observada desde 1994 (figura 1.2.3). Por lo tanto, aunque se reduce la extensión del consumo de alcohol, parece que aumenta la frecuencia de episodios de consumo intensivo o problemático entre los que beben.

Figura 1.2.3. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que se han emborrachado en los últimos 30 días entre los que han consumido alcohol en dicho periodo (porcentajes). España, 1994-2006.



■ Consumo de tranquilizantes

En el cuestionario se denomina tranquilizantes o pastillas para dormir a un grupo de medicamentos entre los que se incluyen los hipnóticos (somniaferos) y los sedantes, entre ellos las benzodiazepinas y los barbitúricos. En 2006 se incluyó por primera vez una pregunta relacionada con el consumo de estas sustancias sin hacer ninguna especificación con respecto a la existencia o no de prescripción médica, pregunta que no existía en los cuestionarios de las encuestas precedentes. No obstante, para mantener la comparabilidad se mantuvo la que ya existía relativa al consumo de hipnosedantes sin receta médica. Además, en otro apartado del cuestionario se preguntó por el consumo con receta médica alguna vez en la vida y por la edad de inicio en el consumo.

En 2006 un 12,6% de los estudiantes había consumido hipnosedantes alguna vez en su vida, un 7,4% en el último año y un 3,6% en el último mes. La prevalencia de consumo sin receta fue algo inferior, con cifras de 7,6%, 4,8% y 2,4%, respectivamente. Al contrario de lo que ocurre con las drogas ilegales, su consumo está más extendido entre las chicas que entre los chicos (tabla 1.2.15). La prevalencia de consumo en los últimos 30 días permanecía sin apenas variaciones a partir de los 16 años. La edad media de inicio en el consumo fue de 13,8 años para los hipnosedantes con receta, y de 14,2 años sin receta. La frecuencia de consumo era esporádica: más de la mitad de los que habían consumido en el último mes lo habían hecho uno o dos días en ese período, y la proporción de los que lo habían hecho 10 ó más días era menor del 0,2%, tanto en chicos como en chicas (tabla 1.2.15).

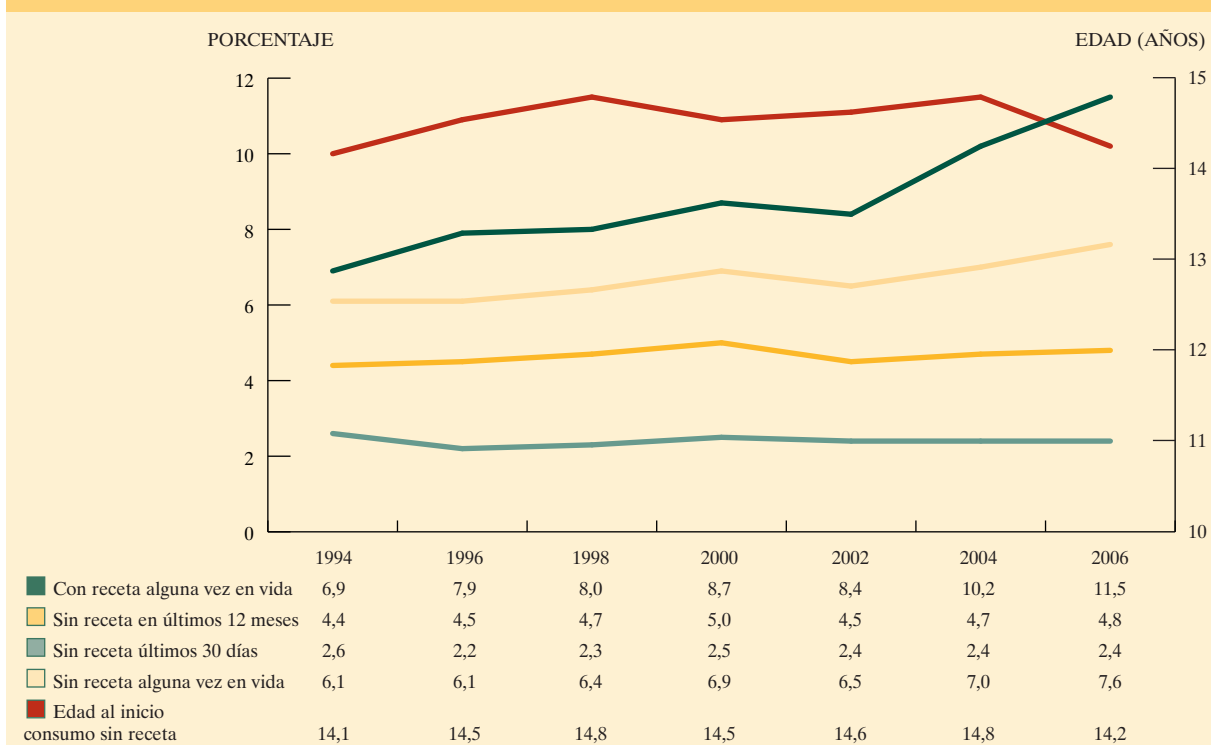
En cuanto a la evolución del consumo con respecto a años precedentes se observa un aumento de la prevalencia de consumo alguna vez en la vida con y sin receta, y una mayor estabilidad del consumo reciente (últimos 12 meses) o actual (últimos 30 días) (figura 1.2.4). Esta evolución es similar para ambos sexos (tabla 1.2.15).

Tabla 1.2.15. Características generales del consumo de hipnosedantes* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
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	12.598	13.856
Prevalencia de 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	9,3	13,6
Prevalencia de 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	5,8	9,2
Edad media al inicio del consumo de hipnosedantes (años) sin receta	13,6	14,4	13,9	14,8	14,4	15,0	14,3	14,7	14,4	14,8	14,7	14,9	13,8	14,4
Prevalencia de uso de hipnosedantes sin receta en 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	3,7	5,8
Prevalencia de uso hipnosedantes sin receta en 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	2,0	2,8
Frecuencia de uso hipnosedantes sin receta en 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	98,0	97,1
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	1,2	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	0,5	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	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	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	0,1	0,1

* Tranquilizantes o pastillas para dormir. Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

Figura 1.2.4. Prevalencia de consumo de hipnosedantes* (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2006.



* Tranquilizantes y pastillas para dormir.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). 1994-2006

Consumo de cannabis

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años con bastante diferencia sobre las demás. En 2006 un 36,2% lo habían consumido alguna vez en la vida, un 29,8% en el último año y un 20,1% en los últimos 30 días. El consumo estaba más extendido en los chicos en todos los indicadores, sin bien esta diferencia no era tan acusada como para otras drogas ilegales, aunque las diferencias aumentaban al hacerlo la frecuencia o la intensidad del consumo. La prevalencia de consumo diario era de un 3,2% (4,2% en chicos y 2,2% en chicas) (tabla 1.2.16).

El cannabis era también la droga ilegal que se empezaba a consumir a una edad más temprana. La edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Secundaria era de 14,6 años, siendo similar en ambos sexos y no mostrando variaciones significativas respecto a años anteriores.

La extensión y la frecuencia de consumo de cannabis se va incrementando con la edad, desde los 14 a los 18 años. El mayor incremento tiene lugar entre los 14 y 15 años. En 2006 a los 18 años un tercio de los estudiantes había consumido cannabis en el último mes y un 11,9% lo había hecho más de 10 días en ese período (tabla 1.2.7).

En el 2006 se ha observado un importante descenso del consumo después de muchos años de aumento continuado. De hecho, han descendido con respecto a 2004 tanto la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, como la prevalencia de consumo reciente o actual (figura 1.2.5), y el descenso afecta a todas las edades y tanto a hombres como a mujeres. Paralelamente, ha aumentado la percepción de riesgo sobre el consumo de cannabis, como se verá en otro apartado de este informe.

Figura 1.2.5. Prevalencia de consumo de cannabis (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2006.



Tabla 1.2.16. Características generales del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
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	12.598	13.856
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	46,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6
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	14,5	14,6
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	31,6	28,2
Frecuencia 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	22,3	18,0
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	77,7	82,0
1 a 2 días	6,9	5,1	7,3	7,2	8,4	7,4	8,6	8,8	8,6	9,1	9,4	9,8	7,4	7,4
3 a 5 días	3,0	2,1	4,1	2,7	3,8	3,0	4,7	3,5	4,8	3,8	4,4	4,5	5,3	4,8
6 a 9 días	2,1	1,4	2,9	1,3	3,2	1,9	3,1	1,9	3,9	2,8	3,5	2,6	2,5	1,8
10 a 19 días	1,5	0,6	2,0	1,0	2,1	1,3	3,5	1,3	3,0	1,8	3,5	2,3	2,9	1,8
20 a 29 días	1,5	0,6	2,2	0,9	2,8	1,0	4,7	1,4	5,5	2,1	7,4	2,8	4,2	2,2

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 1994-2006.

Tabla 1.2.17. Frecuencia en consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2006.

Edad (años)	14	15	16	17	18
Ningún día	92,5	83,4	77,5	72,3	68,3
1-3 días	5,1	8,6	11,3	12,4	12,7
4-9 días	1,4	3,9	5,5	7,2	6,9
10-19 días	0,5	2,1	2,3	3,4	4,4
20 ó más días	0,5	2,0	3,4	4,7	7,5

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

Consumo de cocaína

La cocaína es, después del cannabis, la droga ilegal cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes. Un 5,7% la había consumido alguna vez en la vida, un 4,1% en los últimos 12 meses y un 2,3% en el último mes. Se trata fundamentalmente de un consumo esporádico. De hecho, más de la mitad de los que lo habían consumido en el último mes lo habían hecho uno o dos días (tabla 1.2.18).

En 2006 se preguntó por primera vez por separado por el consumo de cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína) y de cocaína base (crack). La forma de consumo más extendida con diferencia entre los estudiantes es la cocaína en polvo (figura 1.2.6). Sin embargo, los datos que se presentan a continuación incluyen tanto una u otra forma bajo la rúbrica “cocaína”, con el fin de simplificar y comparar con años anteriores.

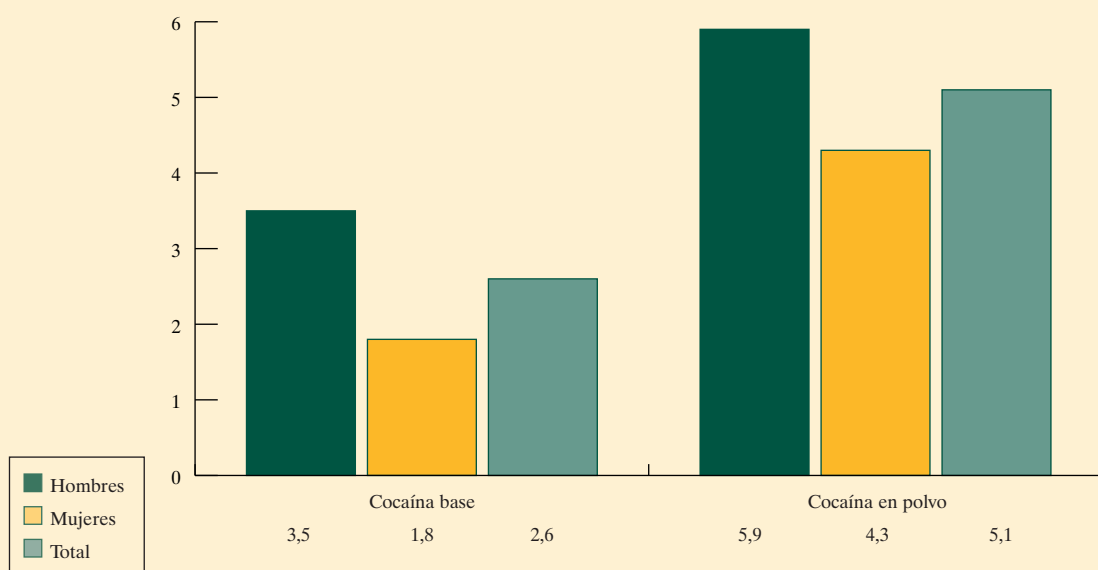
Tabla 1.2.18. Características generales del consumo de cocaína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
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	12.598	13.856
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	6,8	4,7
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	15,4	15,4
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	5,2	3,1
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	3,1	1,6
Frecuencia de consumo de cocaína en 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	96,9	98,4
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	1,6	1
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	0,7	0,3
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	0,3	0,1
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	0,2	0,0
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	0,3	0,1

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta de Drogas sobre la Población Escolar (EDPE) 1994-2006.

Figura 1.2.6. Prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 2006.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). 2006

En 2006 el consumo fue superior en hombres que en mujeres en los tres indicadores de consumo (tabla 1.2.18), y en todas las edades, a excepción de los 14 años que es similar en ambos sexos. La expansión del consumo se produjo sobre todo a los 17-18 años. La edad media de inicio en el consumo fue 15,4 años, un poco antes que en encuestas precedentes (figura 1.2.7).

Los datos de 2006 nos muestran que ha habido un descenso acusado del consumo de cocaína entre los estudiantes de 14 a 18 años, rompiendo con la tendencia creciente de los últimos años (figura 1.2.7). Este descenso se ha producido sobre todo en los 17 y 18 años, edades en las que se había incrementado mucho su consumo en 2004.

Figura 1.2.7. Prevalencia de consumo de cocaína (porcentajes) y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2006.



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” “pastis” o “pirulas”. En 2006 un 3,3% de los estudiantes de Secundaria habían consumido estas sustancias alguna vez en la vida, un 2,4% en el último año y un 1,4% en el último mes. Como en el caso de las demás drogas ilegales, la proporción de consumidores masculinos era muy superior a la femenina, y esta diferencia era más acusada en los consumos más frecuentes (tabla

1.2.19). En los últimos 30 días el porcentaje de chicos que había consumido éxtasis era de un 2,1% frente a un 0,7% de chicas. Como sucedía con la cocaína y otros psicoestimulantes y alucinógenos, se trata de un consumo generalmente esporádico, de forma que la mayoría de los que habían consumido en el último mes lo habían hecho uno o dos días en ese periodo. El consumo aumenta con la edad, situándose el mayor aumento entre los 15 y 16 años (tabla 1.2.7). La edad media de inicio en el consumo se situaba en los 15,5 años, similar que la del resto de psicoestimulantes. No se observaron variaciones significativas en la la edad de inicio con respecto a años anteriores (figura 1.2.8) ni entre hombres y mujeres.

En el 2006 la prevalencia de consumo de estas sustancias continuó descendiendo suavemente, especialmente la prevalencia alguna vez en la vida, tanto en chicos como en chicas. El consumo actual (últimos 30 días) apenas varió con respecto a 2004, observándose un ligero aumento entre los varones (2,1% en 2006 y 1,9% en 2004).

Tabla 1.2.19. Características generales del consumo de éxtasis* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006.

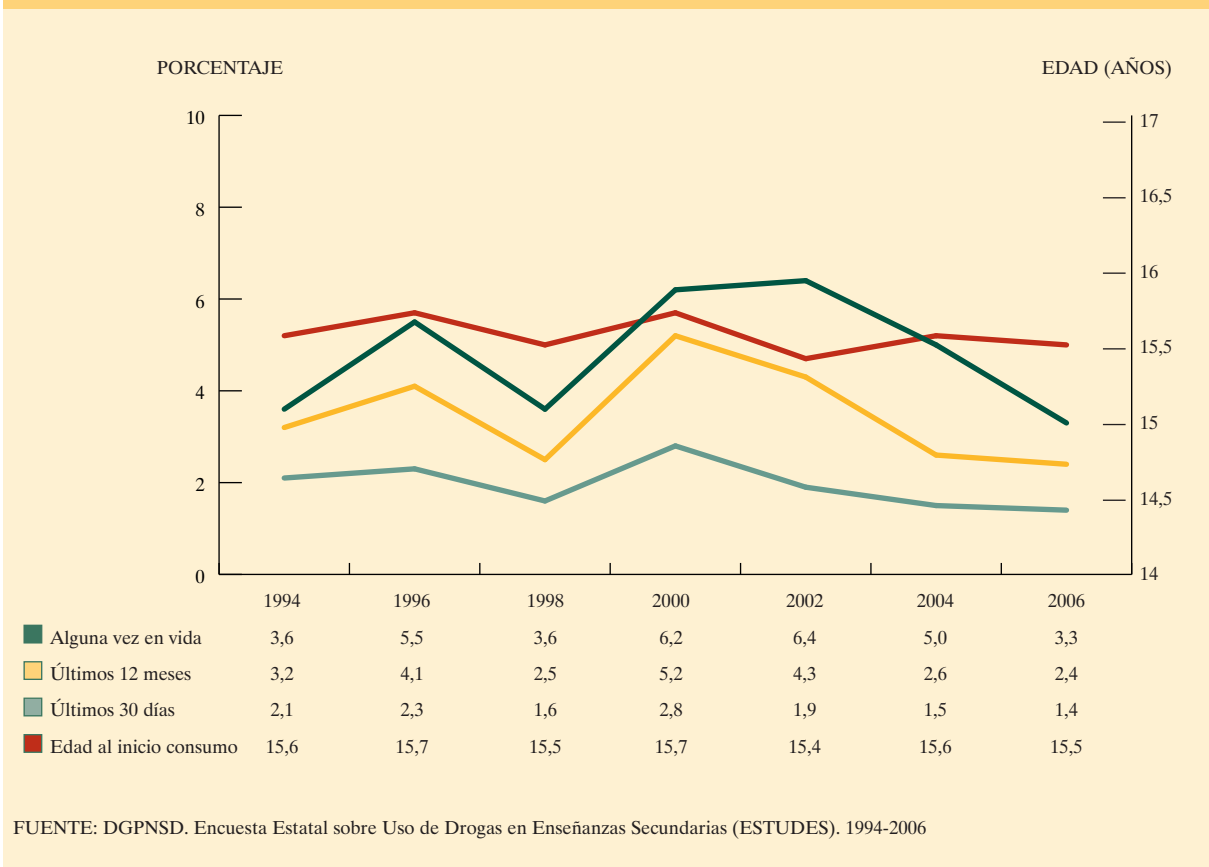
	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856
Prevalencia de consumo de éxtasis alguna vez en la vida	4,7	2,5	6,1	4,8	4,0	3,2	7,6	4,8	7,0	5,8	6,0	3,9	4,2	2,5
Edad media al inicio del consumo de 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	15,4	15,5
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	3,2	1,7
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	2,1	0,7
Frecuencia de consumo de éxtasis en 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	97,8	99,3
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	1,4	0,4
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	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	0,1	0,0
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	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	0,2	0,1

* Éxtasis u otras drogas de diseño.

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

Figura 1.2.8. Prevalencia de consumo de éxtasis (porcentajes) y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2006.



Consumo de anfetaminas

En el cuestionario se hace referencia a estas sustancias con el nombre de “speed”, “anfetaminas”, “anfetas”, “metanfetamina”, “ice”, “cristal”. La extensión del consumo de estos psicoestimulantes en 2006 fue similar a la del éxtasis. Un 3,4% de los estudiantes de 14 a 18 años las había consumido alguna vez en la vida, un 2,6% en el último año y un 1,4% en el último mes.

El consumo estaba más extendido en los varones, y se incrementaba con la edad. El mayor aumento de la prevalencia de consumo se producía entre los 17 y los 18 años (tabla 1.2.7). Se trataba también de un consumo en su mayoría esporádico. La edad de inicio en el consumo se situó en los 15,6 años, siendo similar en ambos sexos y estando más o menos estabilizada en los últimos años.

El consumo de anfetaminas también descendió en 2006, continuando la tendencia iniciada en 2004 (tabla 1.2.20). Este descenso se produjo en los tres indicadores, principalmente en los hombres, y en general a partir de los 16 años.

Tabla 1.2.20. Características generales del consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
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	12.598	13.856
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	4,2	2,7
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	15,6	15,5
Prevalencia de consumo de anfetaminas en 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	3,3	2,0
Prevalencia de consumo de anfetaminas en 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	2,0	1,0
Frecuencia de consumo de anfetaminas en 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	98,0	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	1,0	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	0,4	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	0,2	0,0
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	0,1	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	0,3	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) 1994-2006.

■ Consumo de alucinógenos

En el cuestionario se hace referencia a los alucinógenos, incluyendo “LSD”, “ácido”, “tripi”, “setas mágicas”, “mescalina”, “ketamina”, “special-K”, “ketolar”, “imalgene”. En 2006 un 4,1% de estudiantes de Secundaria los había consumido alguna vez en la vida, un 2,8 % en el último año y un 1,3% en los últimos 30 días. El consumo estaba mucho más extendido en los chicos llegando a duplicar los valores de las chicas (tabla 1.2.21). Como ocurre con el resto de sustancias, la prevalencia de consumo aumentaba con la edad. La tendencia del consumo en los últimos años parece decreciente.

■ Consumo de heroína

La heroína es la droga menos consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. En el 2006 un 1% la había consumido alguna vez en la vida, un 0,8% en el último año y un 0,5% en el último mes. El consumo de los hombres fue muy superior al de las mujeres, con cifras de prevalencia de 1,5% (vida), 1,2% (último año) y 0,9% (último mes) en los hombres frente a 0,5%, 0,3%, y 0,2%, respectivamente, en las mujeres (tabla 1.2.22.).

Con respecto a la edad, las máximas prevalencias de consumo se observaron a los 16 años (tabla 1.2.7). La edad media de inicio en el consumo se situó en los 14,6 años, un poco más tardía que la registrada en 2004 (14,4 años), siendo un poco más temprana en los chicos (14,5 años) que en las chicas (14,7). La edad de inicio en el consumo de heroína se sigue manteniendo por debajo de las de otras drogas (cocaína, éxtasis, anfetaminas o alucinógenos) y es parecida a la del cannabis (14,5 años).

En 2006 se observó un aumento del consumo de heroína con respecto a años precedentes, aunque es pronto para saber si se trata de un cambio de tendencia.

Tabla 1.2.21. Características generales del consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
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	12.598	13.856
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	5,7	2,7
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	15,5	15,5
Prevalencia de consumo de alucinógenos en 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	4,1	1,6
Prevalencia de consumo de alucinógenos en 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	2,0	0,7
Frecuencia de consumo de alucinógenos en 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	97,9	99,2
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	1,2	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	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	0,1	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	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	0,3	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) 1994-2006.

Tabla 1.2.22. Características generales del consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
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	12.598	13.856
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	1,5	0,5
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	14,5	14,7
Prevalencia de consumo de heroína en 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	1,2	0,3
Prevalencia de consumo de heroína en 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	0,9	0,2
Frecuencia de consumo de heroína en 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	99,0	99,8
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	0,5	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	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	0,0	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	0,0	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	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) 1994-2006.

■ Consumo de inhalables volátiles

En el cuestionario se incluyen bajo esta denominación: “colas”, “pegamentos”, “disolventes”, “popers”, “nitritos”, “gasolina”. Su consumo es reducido entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias. En 2006 un 3% los había consumido alguna vez en la vida, un 1,8% en el último año y un 1,1% en el último mes. El consumo es mayoritariamente masculino y va creciendo progresivamente con la edad, aunque en el consumo actual no se aprecian diferencias de consumo en las edades intermedias (15, 16 y 17 años) (tabla 1.2.7). Es un consumo generalmente esporádico, cuya edad de inicio en el 2006 se situó en los 13,6 años, la edad más temprana de inicio en el consumo de drogas después del tabaco. Además, esta edad había descendido con respecto a los años 2004 y 2002 (14 y 14,3 años respectivamente).

La tendencia del consumo es bastante estable desde el año 2002, año que presentó un descenso respecto al 2000 (tabla 1.2.23).

Tabla 1.2.23. Características generales del consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
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	12.598	13.856
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	4,2	2,0
Edad media al inicio del consumo de 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	13,8	13,4
Prevalencia de consumo de sustancias volátiles 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	2,7	1,1
Prevalencia de consumo de sustancias volátiles en últimos 30 días	1,5	0,8	1,5	1,0	2,2	1,5	1,8	1,1	1,5	0,8	1,6	0,7	1,7	0,6
Frecuencia de consumo de sustancias volátiles en 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	98,2	99,4
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	0,8	0,3
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	0,3	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	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	0,1	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	0,3	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) 1994-2006.

■ Policonsumo de sustancias psicoactivas

Los estudiantes que consumen drogas suelen consumir varias sustancias y no una sola. Esto se puede observar en la tabla 1.2.24, donde se muestra la proporción de consumidores de otras drogas entre los que habían consumido una determinada droga en los últimos 12 meses, y en la figura 1.2.9, donde se muestra el consumo de drogas en los últimos 30 días entre los estudiantes que habían consumido en ese periodo alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis, cocaína y heroína.

Figura 1.2.9. Proporción de consumidores de drogas en los últimos 30 días que ha consumido otras drogas en ese periodo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2006.



Existe una estrecha asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. En 2006 un 95,7% de los que habían consumido tabaco en el último año había consumido en el mismo periodo alcohol y un 67,6% cannabis. Entre los consumidores de cannabis un 76,8% había consumido tabaco, un 97,7% alcohol y un 12,7% cocaína. También existe asociación entre el consumo de los distintos psicoestimulantes (cocaína, éxtasis, anfetaminas) y los alucinógenos. Así, por ejemplo, entre los que habían consumido éxtasis en el último año un 75,5% había consumido también cocaína, un 58,2% anfetaminas, y un 52,9% alucinógenos. Por lo que respecta a los consumidores de cocaína, un 44,3% había consumido éxtasis y un 44,0% alucinógenos.

Tabla 1.2.24. 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 periodo cada una de las drogas consideradas en la cabecera de columna (porcentaje). España, 2006.

Prevalencia de consumo	Tabaco	Alcohol	Hipnosedantes*	Cannabis	Éxtasis	Alucinógenos	Anfetaminas	Cocaína	Heroína	I. volátiles	GHB
Nº	8.984	19.817	1.273	7.894	637	746	693	1.085	203	487	236
Tabaco	100	43,4	52,5	76,8	81,3	76,4	78,6	79,6	71,2	65,9	72,1
Alcohol	95,7	100	86,1	97,7	96,8	97,5	98,2	97,5	92,4	94,5	95,4
Hipnosedantes*	7,5	5,5	100	8,0	23,8	21,4	19,0	17,5	31,6	26,0	30,0
Cannabis	67,6	38,9	49,8	100	91,4	89,8	90,9	92,7	86,8	75,5	86,0
Éxtasis	5,8	3,1	11,9	7,4	100	45,2	53,5	44,3	72,2	37,6	82,2
Alucinógenos	6,4	3,7	12,5	8,5	52,9	100	48,9	37,1	68,6	41,6	73,8
Anfetaminas	6,1	3,4	10,4	8,0	58,2	45,4	100	44,0	64,6	32,3	74,7
Cocaína	8,5	5,3	14,9	12,7	75,5	53,9	68,8	100	85,0	43,1	83,9
Heroína	1,6	0,9	5,0	2,2	23,1	18,7	19,0	15,9	100	22,4	45,7
I. volátiles	3,6	2,3	10,0	4,7	28,8	27,2	22,7	19,3	53,7	100	44,1

* Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica.
FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

■ Riesgo percibido ante el consumo de drogas

En ESTUDES se incluyen preguntas sobre los problemas que a juicio de los estudiantes puede ocasionar el consumo de las diferentes sustancias. Estas preguntas permiten sondear el riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas, lo que puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo. Conforme aumenta el riesgo percibido ante el consumo de una droga, tiende a disminuir la extensión o la intensidad del consumo y viceversa. Por ello, se analiza la proporción de estudiantes que percibe alto riesgo ante determinadas conductas de consumo (porcentaje que piensa que una conducta dada puede provocar bastantes o muchos problemas).

En 2006 las conductas de consumo de drogas que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años asociaban a un menor riesgo eran tomar 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana, tomar 1 ó 2 cañas/copas diariamente, y tomar tranquilizantes o somníferos esporádicamente. Por el contrario las conductas asociadas a un mayor riesgo eran el consumo habitual (una vez a la

Figura 1.2.10. 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, 2006.

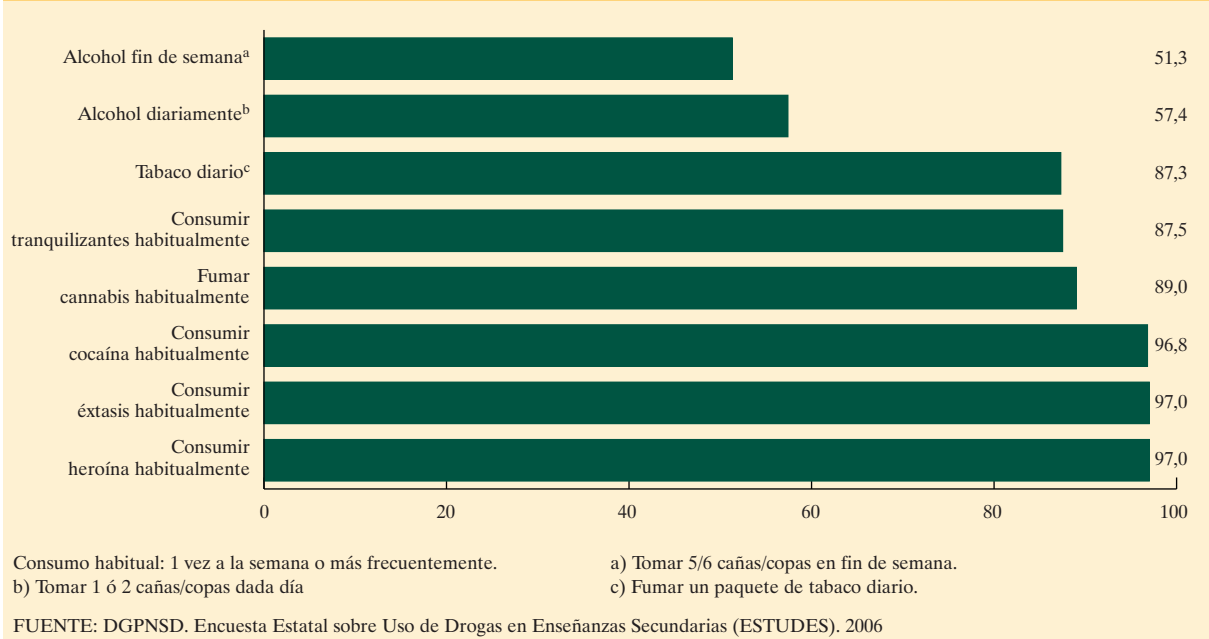


Tabla 1.2.25. Evolución del riesgo percibido asociado al consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2006.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
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	12.598	13.856
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	84,9	89,3
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	48,7	53,6
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	52,3	61,9
Fumar hachís 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	85,7	91,7
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	86,1	88,6
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	95,8	98,0
Consumir cocaína habitualmente ³	98,1	99,0	96,9	98,3	96,7	98,0	96,3	97,5	96,9	97,8	97,5	98,1	95,6	97,9
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	95,8	98,1

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

1) Fumar un paquete de tabaco diario

2) Tomar una o dos cañas/copas cada día

3) En 2006 se preguntó por cocaína en polvo y en encuestas anteriores por cocaína en general
 "Habitualmente": una vez por semana o más frecuentemente

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

semana o más frecuentemente) de heroína, éxtasis o cocaína (figura 1.2.10 y tabla 1.2.25). También se asociaba a un nivel importante de riesgo el consumo esporádico de estas tres últimas drogas, y en general consumir cualquier droga de comercio ilegal (Tabla 1.2.26.). El riesgo percibido por las mujeres era superior al percibido por los hombres, especialmente para el consumo de alcohol y el consumo de cannabis.

Tabla 1.2.26. Percepción de riesgo ante distintas conductas de consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas). España, 2006.

Consumir cannabis esporádicamente	70,2
Consumir tranquilizantes esporádicamente	60,2
Consumir éxtasis esporádicamente	91,3
Consumir cocaína en polvo esporádicamente	90,8
Consumir heroína esporádicamente	92,0
Consumir tabaco diariamente (un paquete diario)	87,3
Consumir alcohol (5 ó 6 cañas/copas el fin semana)	51,3
Consumir alcohol (1 ó 2 cañas/copas cada día)	57,4
Consumir cannabis habitualmente	89,0
Consumir tranquilizantes habitualmente	87,5
Consumir éxtasis habitualmente	97,0
Consumir cocaína en polvo habitualmente	96,8
Consumir heroína habitualmente	97,0

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

"Esporádicamente": una vez al mes o menos frecuentemente

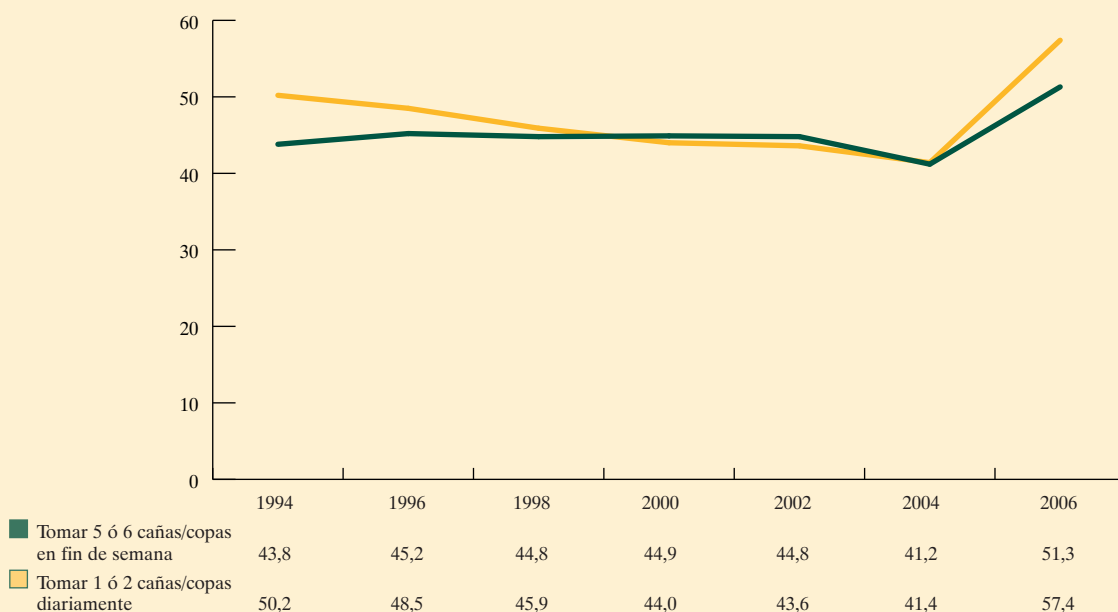
"Habitualmente": una vez por semana o más frecuentemente

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006.

Por lo que respecta a las tendencias temporales, los datos de 2006 sobre el riesgo asociado al consumo esporádico hay que tomarlos con precaución, ya que cambió el formato de la pregunta, lo que seguramente afectó a las respuestas. De hecho, en 2006 se presentaron dos baterías de preguntas sobre la percepción de riesgo, la primera referida al riesgo ante el consumo esporádico de las diferentes drogas, y la segunda referida al riesgo ante el consumo habitual. En cambio, en años anteriores para cada droga se preguntaba por el riesgo ante el consumo esporádico, e inmediatamente después por el riesgo ante el consumo habitual. Este último planteamiento permitía una gradación de la apreciación del riesgo del consumo esporádico frente al habitual, que se pierde al utilizar las baterías de 2006. Por lo tanto, el importante aumento de la percepción de riesgo en todas las preguntas sobre consumo esporádico experimentado en 2006, y la escasa diferencia de la percepción de riesgo entre el consumo esporádico y el habitual, hay que atribuirlo más al cambio de formato de la pregunta que a cambios reales en el fenómeno que se mide. Por esta razón no se han utilizado las preguntas referidas al consumo esporádico para valorar la evolución temporal de la percepción del riesgo ante el consumo de las distintas drogas.

Sin embargo, sí pueden atribuirse a cambios en el fenómeno los aumentos de la percepción del riesgo ante el consumo habitual. En este sentido, en 2006 se observaron aumentos de la percepción del riesgo ante el consumo diario de tabaco o alcohol (tanto en fin de semana como diariamente) y ante el consumo habitual de cannabis (figuras 1.2.11 y 1.2.12).

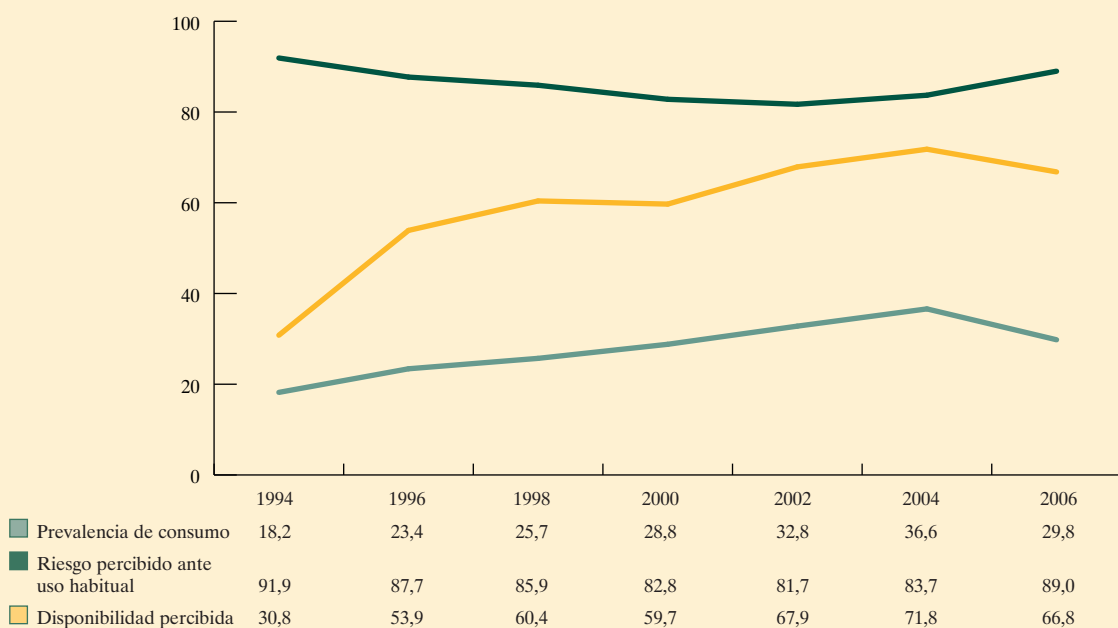
Figura 1.2.11. Evolución del riesgo percibido ante el consumo de alcohol diariamente y durante los fines de semana entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2006.



Riesgo percibido : Proporción de encuestados que piensa que el consumo de 5 ó 6 caña/copas en fin de semana o de 1 ó 2 cañas/copas diariamente puede producir muchos o bastantes problemas.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). 1994- 2006.

Figura 1.2.12. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses, del riesgo percibido ante su consumo y de la disponibilidad de cannabis percibida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2006.



Riesgo percibido: Proporción de encuestados que piensa que el consumo habitual de cannabis puede producir muchos o bastantes problemas.

Disponibilidad percibida: Proporción de encuestados que piensa que sería fácil o muy fácil conseguir cannabis si quisiera

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). 1994-2006.

■ Disponibilidad de drogas percibida por los encuestados

Se denomina disponibilidad percibida al grado de facilidad/dificultad para conseguir u obtener las distintas drogas expresado por los encuestados. Se trata de un factor que suele estar relacionado con el consumo, de forma que las sustancias más disponibles suelen ser las más consumidas y viceversa. El indicador utilizado para valorarla es la proporción de estudiantes que piensan que obtener cada droga considerada es relativamente fácil o muy fácil.

En 2006 las drogas percibidas por los estudiantes como las más disponibles o accesibles eran las de comercio legal y el cannabis. En este sentido, un 91,2% de los estudiantes pensaban que les sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisieran, un 58,9% tranquilizantes o somníferos, y un 66,8% cannabis (Tabla 1.2.27).

Por lo que respecta a la evolución temporal de la disponibilidad percibida de drogas entre 2004 y 2006 se observa un descenso generalizado de la disponibilidad percibida de todas las drogas (figura 1.2.14). En el caso de algunas drogas, como el cannabis y la cocaína, los descensos son muy importantes y aparecen por primera vez tras un ascenso continuado desde 1994 (figuras 1.2.12 y 1.2.13). En el caso de otras drogas, como heroína, anfetaminas, éxtasis y alucinógenos continúa la tendencia descendente que ya se manifestaba en 2004. El menor descenso en la disponibilidad percibida afecta al alcohol (Tabla 1.2.27).

Figura 1.2.13. Riesgo percibido ante el consumo habitual de cocaína y disponibilidad de cocaína percibida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2006.

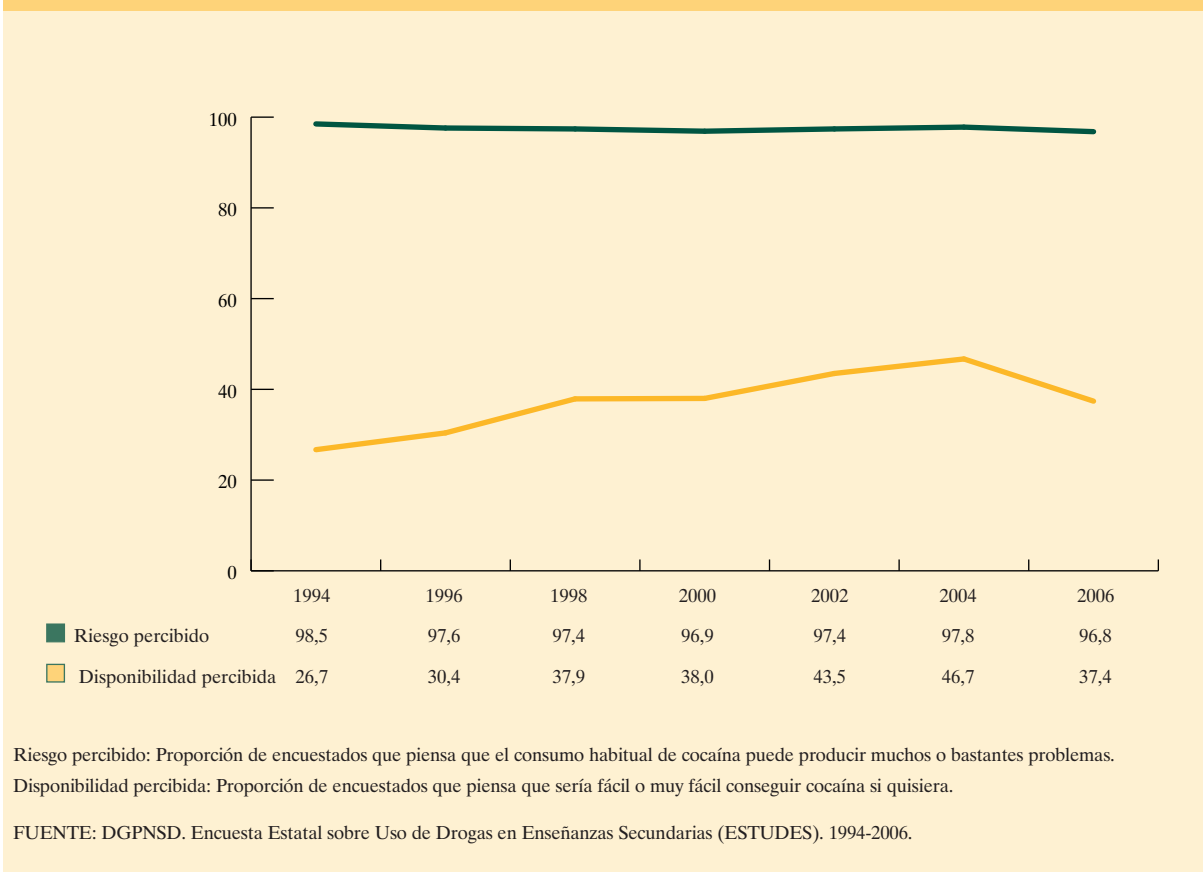


Tabla 1.2.27. Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1996-2006.

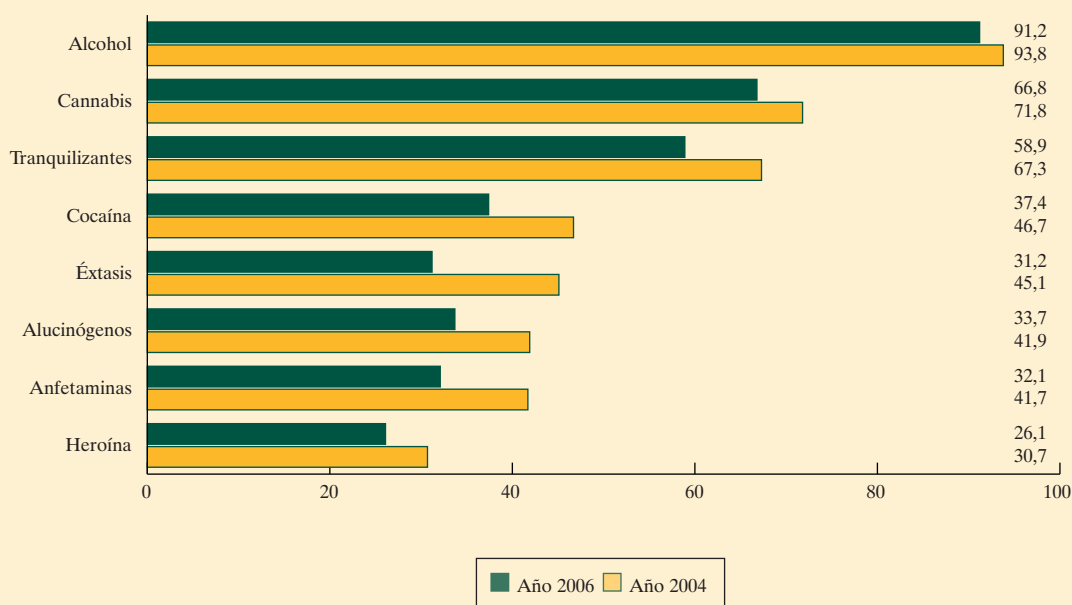
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Número de encuestados	20.789	18.966	18.085	20.450	26.576	25.521	26.454
Porcentaje que piensa que es fácil/muy fácil conseguir cada droga							
Bebidas alcohólicas	93,8	89,0	90,5	91,3	92,0	93,8	91,2
Tranquilizantes/pastillas para dormir	55,9	65,9	65,9	67,2	67,6	67,3	58,9
Hachís/marihuana	30,8	53,9	60,4	59,7	67,9	71,8	66,8
Cocaína ¹	26,7	30,4	37,9	38,0	43,5	46,7	37,4
Heroína	48,0	25,6	29,1	28,1	32,0	30,7	26,1
Anfetaminas	43,9	40,1	39,7	40,2	45,4	41,7	32,1
Éxtasis	46,3	42,6	39,8	43,8	50,0	45,1	31,2
Alucinógenos	26,2	40,1	39,2	41,4	45,3	41,9	33,7
Inhalables volátiles	61,4	54,8	54,2	51,6	54,1	51,1	–

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

1: En 2006 se preguntó por cocaína en polvo y en encuestas anteriores por cocaína en general

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

Figura 1.2.14. 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, 2004-2006.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). 2004-2006.

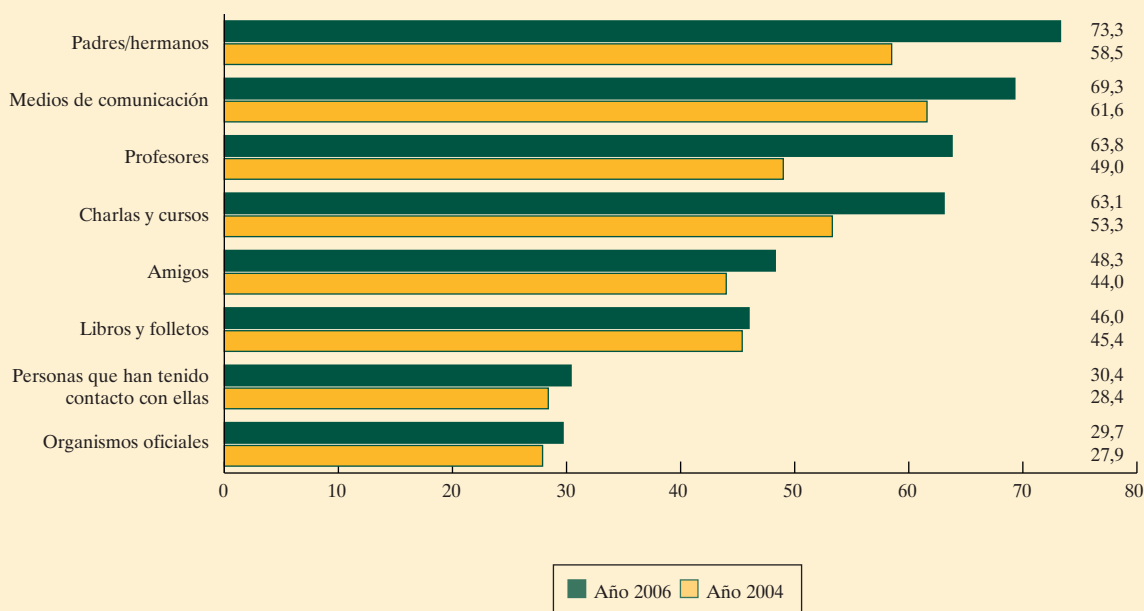
■ Información sobre drogas recibida

En 2006 una amplia mayoría de los estudiantes (86,5%) se consideraba suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados. Las principales vías por las que los estudiantes recibían información eran los padres, los medios de comunicación y los profesores. También un alto porcentaje señalaba haber recibido charlas o cursos sobre el tema (figura 1.2.15).

Había aumentado la proporción de los estudiantes que declaraba haber recibido información por parte de padres y hermanos, y de profesores, con respecto a años anteriores. En 2006 la proporción de estudiantes que afirmaba haber recibido información de los profesores era del 63,8% frente a un 49% en 2004. En el mismo sentido un 74,2% de los estudiantes declaraba haber recibido información sobre el consumo de drogas en clase, porcentaje que superaba al de años anteriores (65,6% en 2002 y 72,5% en 2004).

En cuanto a las vías preferentes por las que los estudiantes deseaban recibir información sobre drogas en 2006 destacaban los profesionales sanitarios (50,7%), las charlas y cursos sobre el tema (46,1%) y las personas que habían tenido contacto con las drogas (41,3%).

Figura 1.2.15. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que ha recibido información por cada una de las vías mencionadas (%). España, 2004-2006.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). 2004-2006.

■ Consumo de drogas en el grupo de iguales

El consumo de drogas entre los estudiantes se realiza habitualmente en el contexto del ocio y en grupo. En la encuesta se les preguntaba si los amigos con los que salían y se relacionaban habían consumido las diferentes drogas. En 2006 el alcohol, el tabaco y después el cannabis eran las sustancias que una mayor proporción de estudiantes afirmaba que consumían todos o la mayoría de sus amigos. Así, un 54,9% de los estudiantes afirmaba que todos o la mayoría de sus amigos habían tomado bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, un 33,2% tabaco y un 14,7% cannabis. Por otra parte, el consumo o no de drogas por parte de los amigos puede influir en el consumo propio. Como se puede observar en la tabla 1.2.28, las prevalencias de consumo de drogas de los estudiantes en que todos o la mayoría de sus amigos las consumían eran muy superiores a las de los estudiantes en que sólo unos pocos amigos las consumían.

Tabla 1.2.28. Conductas de consumo de drogas en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según la proporción de amigos que tuvieron la misma conducta en el mismo periodo (porcentaje). España, 1996-2006.

	La mayoría o todos los amigos tuvieron la misma conducta en el mismo período	Sólo unos pocos amigos o ninguno tuvieron la misma conducta en el mismo período
Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	79,4	32,1
Borracheras en los últimos 30 días	60,8	16,3
Consumo de tabaco en los últimos 30 días	56,7	13,5
Consumo de cannabis en los últimos 30 días	66,1	12,1
Consumo de cocaína en polvo en los últimos 30 días	36,5	1,4

1.3. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE HEROÍNA EN ESPAÑA, 1991-2002

En esta ocasión no se dispone de nuevas estimaciones de la prevalencia del consumo problemático de drogas. Sin embargo, como parte de un estudio financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), se ha podido estimar la evolución de la incidencia de consumo problemático de heroína en España (nuevos consumidores). Para ello se utilizó el indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas del antiguo Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), que desde 1991 diferencia entre las personas admitidas a tratamiento por primera vez en la vida (primeros tratamientos) y las personas con tratamiento previo. Se seleccionaron las 152.319 personas de 15-54 años de edad que iniciaron su primer tratamiento por abuso o dependencia de heroína entre 1991 y 2002. Se clasificó a cada persona en una tabla de contingencia según el período de latencia (PL) o tiempo que había tardado en iniciar su primer tratamiento desde el inicio del consumo. Esta tabla era incompleta debido a los truncamientos causados por los datos, y fue reconstruida mediante un modelo log-lineal. A partir de los parámetros estimados en este modelo se obtuvo también la distribución del PL. El marginal de la nueva tabla da la incidencia de consumo, y estratificando la tabla por comunidades autónomas (CCAA) se obtienen sus respectivas incidencias de consumo.

La distribución del PL global puso de manifiesto que el 50% de las personas tardaron 2,5 años en iniciar su primer tratamiento de heroína. Entre 1960 y 1970 hubo un leve ascenso de la incidencia de consumo problemático de heroína con unas tasas que aumentaron de los 1,5 consumidores por 100.000 habitantes (IC 95%: 0-3,2) a los 9,8/100.000 (IC 95%: 7,1-12,6). En los años setenta se observó un crecimiento muy rápido hasta una tasa de incidencia de 101,1 consumidores (IC 95%: 86,8-115,5) por cada 100.000 habitantes en 1980. A partir de ese año descendió rápidamente hasta 1995, año en que se observó una tasa de 15,8/100.000 (IC 95%: 13,7-17,9), y más lentamente hasta el 2002 siendo la tasa para ese año de 5,1/100.000 (IC 95%: 3,1-7,2). En cuanto a la distribución del PL por CCAA, globalmente se observaron diferencias, siendo Asturias donde en el conjunto del período se tardó menos en iniciar el primer tratamiento (el 50% tardó 1,5 años), mientras que en Madrid fue donde se tardó más (el 50% tardó 6 años). Las tasas de incidencia estimadas por CCAA tienen una evolución similar en todas ellas, pero su magnitud es diferente, presentando Canarias, Ceuta y Melilla las tasas más altas, y Navarra y Castilla-La Mancha las más bajas.

Esta incidencia estimada se refiere a consumidores de heroína que llegaron o llegarán a tratarse en un centro ambulatorio público o financiado con fondos públicos. Aun así, marca la evolución de la incidencia global asumiendo que la proporción de consumidores no observados es constante. La magnitud de la incidencia estimada puede estar sesgada porque el modelo empleado requiere que el PL sea estable en todos los años de estudio y la ampliación de los programas de mantenimiento con metadona a principios de los noventa debió provocar cambios en las pautas de solicitud de tratamiento. Además, cuando se comparan las tasas entre CCAA, debemos suponer que los registros de información son consistentes entre las mismas, lo que en algunos casos puede no ser cierto.

En cualquier caso, este trabajo confirma el descenso de la incidencia de consumo problemático de heroína que sugieren los indicadores indirectos. Dicho descenso se inició a principios de los años ochenta. Sin embargo, hasta el año 2002 seguían observándose nuevos inicios de consumo.

2

Problemas relacionados con las drogas

2.1. ADMISIONES A TRATAMIENTO POR ABUSO O DEPENDENCIA DE DROGAS, 1987-2005

Metodología

En este apartado se resume el protocolo de trabajo del “indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas”, cuya última versión data de 2003. En dicho protocolo se incluyen criterios operativos de inclusión y exclusión de episodios, criterios para seleccionar los centros que participan en la notificación, definiciones y criterios para clasificar las distintas variables, así como detalles sobre los instrumentos y el circuito de recogida y transmisión de la información, y sobre la cobertura del indicador.

El indicador admisiones a tratamiento es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en toda España, y que existe desde 1987. Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, que incluye también el indicador urgencias hospitalarias relacionadas con drogas y el indicador mortalidad por reacción aguda a drogas. Este subsistema de información, que en su origen se denominó Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), y que después ha recibido distintas denominaciones, nació con el propósito de monitorizar la evolución y las características del consumo problemático de drogas psicoactivas, especialmente de aquéllas que, como los opioides o la cocaína, suelen producir problemas con más frecuencia y son difíciles de explorar con otros métodos.

El indicador admisiones a tratamiento en su versión actual (Protocolo 2003) se define como el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas enumeradas en un anexo del protocolo, en una comunidad autónoma y en un año dado. Si una persona es admitida a tratamiento más de una vez en el mismo año y en la misma comunidad autónoma, para este indicador sólo se considerará la primera admisión de ese año, separando en el ámbito autonómico los episodios repetidos con un código de identificación personal (CIP), formado por las dos primeras letras de los dos apellidos, la fecha y provincia de nacimiento y el sexo. El valor del indicador a nivel estatal se determina mediante la suma de las admisiones a tratamiento registradas en cada una de las comunidades autónomas, pero como los CIP no se transmiten al nivel estatal, no se pueden separar los episodios repetidos de admisiones de la misma persona durante el mismo año en dos o más comunidades autónomas diferentes. Aunque la información disponible indica que esta situación es poco frecuente, puede dar lugar a una pequeña sobrestimación del indicador a nivel estatal. Se considera tratamiento, cualquier intervención realizada por profesionales cualificados para eliminar el abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas o reducir su intensidad. Se con-

sideran ambulatorios, aquellos tratamientos en que el paciente no pernocta en el centro o los realizados en servicios de tratamiento de drogodependencias de prisiones. Hay que tener en cuenta que algunos centros notificadores, además de tratamientos ambulatorios, pueden realizar tratamientos con internamiento o modalidades mixtas. Sin embargo, a efectos de este indicador, sólo se notifican los tratamientos ambulatorios. Los criterios diagnósticos de dependencia y abuso son los que apliquen los profesionales que realicen la admisión a tratamiento, aunque debe tenderse a aplicar los de las dos principales clasificaciones internacionales en vigor (DSM-IV o CIE-10).

Se notifican como episodios de admisión a tratamiento cualquiera de las situaciones siguientes: 1) La admisión a tratamiento en un centro por primera vez, considerando que se produce esta situación la primera vez que se atiende a un paciente en un centro notificador determinado y se le abre historia clínica (médica, social o psicológica) en presencia de un técnico cualificado (médico, psicólogo, diplomado en enfermería, asistente social, etc.), con el fin de iniciar un proceso de tratamiento del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, aunque ese tratamiento no sea el primero que realiza ese consumidor en la red de centros que notifican al indicador. Se notifican las admisiones a tratamiento cualquiera que sea su modalidad, incluidos los tratamientos con sustancias sustitutivas opioides, tanto si su objetivo es la desintoxicación como si es el mantenimiento. En el caso de los tratamientos con sustitutivos, no se considera como droga principal la que se ha utilizado terapéuticamente en el programa de mantenimiento (por ejemplo, metadona), sino la sustancia cuyo abuso o dependencia motivó el primer tratamiento (generalmente la heroína). El paso de un programa de mantenimiento con sustitutivos a otro “libre de drogas” sin interrupción temporal del tratamiento se considera como un sólo tratamiento. 2) La readmisión a tratamiento en el mismo centro, considerando readmisión una admisión a tratamiento a una persona que ya había realizado anteriormente uno o más tratamientos en el mismo centro y los había finalizado por alta terapéutica, expulsión o abandono. Los criterios de alta terapéutica, expulsión y abandono se describen en el protocolo del indicador. Se considerará que el paciente ha abandonado el tratamiento cuando el paciente está 6 meses sin contactar físicamente con el centro sin indicación expresa de los profesionales. 3) La continuación de un tratamiento iniciado, por razones de urgencia o por otras razones, en servicios que no notifican al indicador, como hospitales, centros de salud o centros de asistencia social y que posteriormente acuden a un centro notificador para continuar el tratamiento. 4) La admisión a un tratamiento afectado por una situación judicial o administrativa (remisión condicional de la pena, excarcelación para cumplir la pena en un centro de tratamiento, tratamiento en sustitución de sanción administrativa, o tratamiento de una persona en tercer grado del régimen penitenciario).

No se notifican como admisiones a tratamiento: 1) Los meros contactos personales o telefónicos para pedir información o tratamiento ni las demandas que pasan a la lista de espera. 2) Los contactos con el único fin de solicitar ayudas o prestaciones sociales. 3) Los tratamientos con el único objetivo de tratar las complicaciones orgánicas relacionadas con el consumo de drogas; por ejemplo, el tratamiento de una sobredosis, un síndrome de abstinencia o una infección. 4) Las intervenciones consistentes exclusivamente en intercambiar jeringuillas u otro material de inyección, distribuir preservativos o aconsejar sobre técnicas de consumo y sexo seguros. 5) Los tratamientos con pernocta en unidades de hospitalización, hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas, residencias, etc.

Aunque sería deseable que notificaran todos los dispositivos que potencialmente pueden realizar en España tratamientos del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, la inclusión de todos (centros de atención primaria de salud, hospitales, clínicas privadas, etc.) es muy difícil y costosa. Por eso, en la práctica se incluyen los centros, servicios o programas públicos o privados subvencionados o concertados que realizan tratamientos ambulatorios del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Puede tratarse de centros específicos de drogodependencias, centros o servicios de salud mental que realizan tratamientos ambulatorios de drogodependencias (ya sean centros independientes, ya estén integrados en centros sanitarios generales, hospitales u otro tipo de centros), programas de tratamiento de drogodependencias de prisiones, centros que realizan tratamientos complejos que incluyen

una fase ambulatoria, o unidades móviles que realizan tratamientos con sustitutivos opioides y que cuentan con personal médico y de enfermería. En general, no se incluyen como centros notificadores aquéllos que realizan únicamente tratamiento en régimen de ingreso o internamiento (unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas, algunos hospitales o servicios psiquiátricos), porque se piensa que la mayoría de los consumidores tratados en estos centros han sido derivados desde centros ambulatorios notificadores. No obstante, este criterio podría ser reconsiderado en el futuro. La cobertura del Indicador Tratamiento con respecto a los centros públicos o privados subvencionados que realizan tratamientos ambulatorios del abuso o la dependencia de drogas ha sido prácticamente total desde la puesta en marcha del indicador, y teniendo en cuenta las características del sistema sanitario en España, es difícil que una parte significativa de tratamientos por drogas psicoactivas ilegales se realice en centros exclusivamente privados, aunque la proporción podría ser mayor en el caso de la cocaína y el cannabis que en el caso de los opioides.

En cuanto al circuito de recogida y transmisión de información, los centros de tratamiento seleccionan los episodios de admisión a tratamiento y los notifican como un registro individualizado a las unidades autonómicas en papel o en formato electrónico, en las unidades autonómicas se validan y depuran los datos, y se extraen los casos que han de enviarse a la unidad estatal, separando los episodios repetidos dentro del año. El envío se realiza como un fichero electrónico agregado. En la unidad central se recibe la información, se ajusta la estructura de los ficheros, que no siempre es la misma, se vuelven a validar y depurar los datos, y se tabula y analiza la información.

Se dispone de un programa informático del indicador que usan la mayoría de las comunidades autónomas y permite grabar los datos con una serie de controles lógicos y de rango, separar los episodios repetidos, y exportar los datos en un formato adecuado para su envío a la unidad estatal.

Para interpretar los datos del indicador de forma adecuada, hay que tener en cuenta que aunque en sus elementos básicos han permanecido estables a lo largo de su andadura, y por lo tanto, se pueden elaborar medidas estadísticas comparables en el tiempo, el indicador ha sufrido tres modificaciones desde 1987. Hasta 1990 sólo se recogía información sobre opioides o cocaína. Además, no era posible conocer si la persona admitida a tratamiento había sido tratada previamente por la misma droga principal (la que motiva el tratamiento) o era su primer tratamiento en la vida, ni cuál era la vía de administración principal de dicha droga. Por ello, en 1991 se introdujeron algunas modificaciones que permitieron solventar estas dos últimas limitaciones, y en 1996 entraron en vigor otras consistentes básicamente en recoger información sobre las admisiones provocadas por cualquier sustancia psicoactiva (excluyendo el tabaco) y no sólo por opioides o cocaína, e incluir por primera vez variables para conocer el nivel de estudios, la situación laboral principal en los 30 días previos al tratamiento, el tiempo transcurrido desde la última inyección de una sustancia psicoactiva, y el estado serológico frente a VIH. Finalmente, en 2003 entró en vigor un nuevo protocolo metodológico del indicador, elaborado con el fin de adaptarlo al estándar europeo TDI promovido por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT), y para corregir algunas disfunciones observadas. Las principales modificaciones fueron las siguientes: 1) Se incluyeron cinco variables del TDI que no existían en el indicador español (nacionalidad y, referidas a los 30 días previos a la admisión a tratamiento, frecuencia de consumo de la droga principal, persona o servicio que refirió al paciente a tratamiento, tipo de convivientes, y tipo de alojamiento). 2) Se asignaron códigos específicos al consumo de la mezcla de heroína+córcido de cocaína, de heroína+base o crack y de heroína+cocaína en las variables droga principal y drogas secundarias, y se tomó la decisión de clasificar estas categorías como heroína en el momento del análisis. 3) Se modificaron las categorías de la variable vía de administración, agrupando en una sola las dos categorías referidas a vía pulmonar: “fumada en cigarrillos o pipa” e “inhalada (incluyendo chinos o papel de plata)” y quedando etiquetada la nueva categoría como “pulmonar o fumada (aspiración de gases o vapores, chinos)”. La modificación se planteó para eliminar el término “inhalar” que es ambiguo con respecto a la vía de absorción y era interpretado de forma diferencial por los distintos notificadores, bien como “esnifar polvo, vía intranasal” bien como

“aspirar gases o vapores, vía pulmonar”. 4) Se modificaron las categorías de la variable “máximo nivel de estudios completado”, pasando de 9 categorías de la versión anterior a 8 en la nueva versión, que es una combinación de la Clasificación Nacional de Educación 2000 y de la clasificación del Censo de Población y Viviendas 2001. 5) Se modificaron las categorías del “país de nacimiento”, asignando un código a cada país, de acuerdo con el sistema utilizado por el Instituto Nacional de Estadística. En la versión anterior sólo se individualizaban grupos de países. Además de estas modificaciones, se reafirmó la decisión previa de no registrar la metadona ni otros sustitutivos opioides prescritos en el marco de programas terapéuticos ni como droga principal ni como secundaria. En este punto el indicador español se aparta del criterio TDI, que establece que los sustitutos opioides han de registrarse como droga principal si son las drogas más consumidas por el sujeto, ya sea de forma incontrolada o controlada, diferenciándose esta última circunstancia *a posteriori* mediante una nueva variable que indica si en el momento de la notificación el paciente está o no en tratamiento con sustitutivos. La adopción en España del criterio TDI hubiera obligado a cambiar profundamente el funcionamiento tradicional del indicador, puesto que en el momento en que en teoría hay que notificar (cuando se abre historia clínica o se readmite al paciente a tratamiento) muchas veces no se sabe a qué modalidad terapéutica va a ser asignado el paciente. El criterio TDI exige esperar un tiempo para notificar, lo que puede comportar un riesgo importante de retraso u olvido de la notificación, y desde luego obligaría de alguna forma a las comunidades que no tienen implantado un sistema con seguimiento individual a realizar este seguimiento, al menos durante unos meses.

Resultados

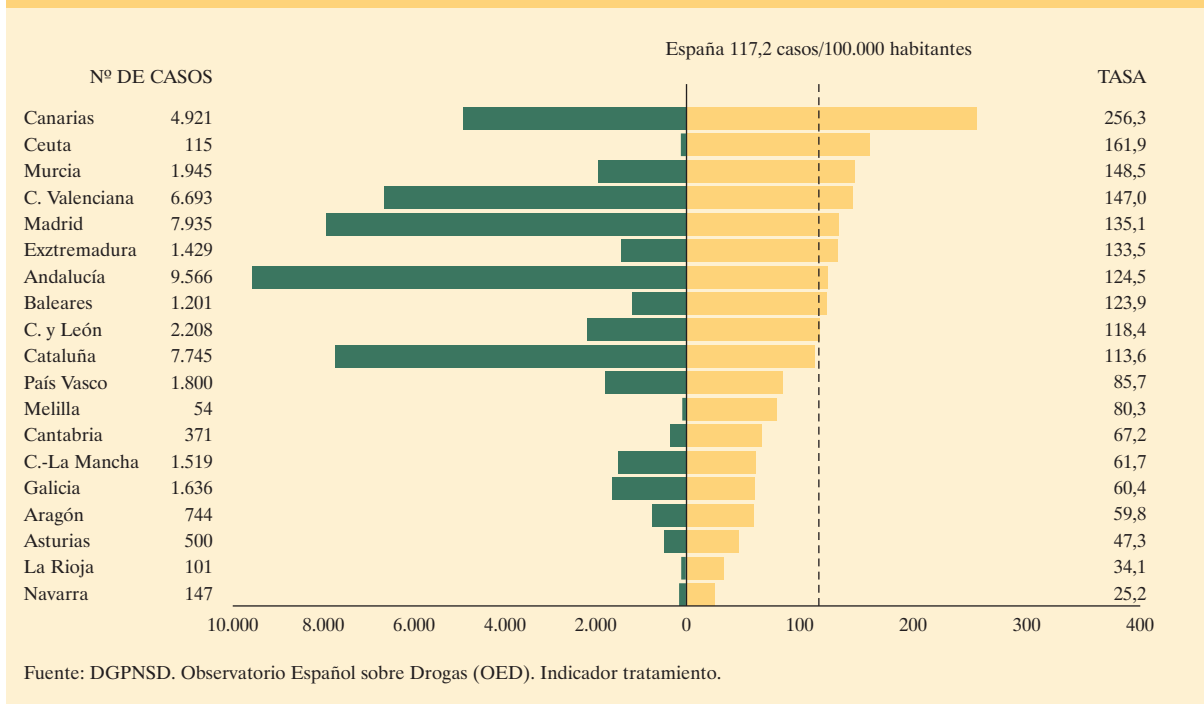
En 2005 se notificaron 50630 admisiones a tratamientos por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco), procedentes de 497 centros declarantes de las 17 comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. El número de admisiones notificadas fue superior al de 2002 (46744), 2003 (49012), pero menor que el de 2004 (52128). Si se observan los datos a más largo plazo, puede observarse que entre 1987 y 1996 se produjo un aumento ininterrumpido del número global de admisiones a tratamiento en España, y a partir de entonces, con algunos altibajos, se han mantenido relativamente estable. Esta relativa estabilidad es una combinación del efecto de varios factores, como son el descenso del consumo de heroína, y el impacto de los tratamientos de larga duración (programas de sustitutivos opioides, que disminuyen la rotación de usuarios por los diferentes servicios asistenciales), que actuarían disminuyendo el número de admisiones; así como del aumento del consumo de cocaína y de cannabis, que actuarían aumentándolo.

En 2005 la tasa global de admisiones para el conjunto de España fue de 117,2 casos por 100.000 habitantes. Las comunidades con mayores tasas poblacionales fueron Canarias, Ceuta, Murcia y Comunidad Valenciana, y las comunidades con tasas más bajas Navarra, La Rioja, Asturias y Aragón (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, e incluso a diferencias en la aplicación del protocolo del indicador.

Una de cada seis admisiones a tratamiento se produjeron en mujeres (15,4%), y aproximadamente la mitad (50,9%) correspondieron a personas admitidas por primera vez en la vida (Tabla 2.1.1)

Con respecto a las drogas que motivan el tratamiento, la situación ha cambiado radicalmente en los últimos años. La heroína dejó de ser por primera vez en 2005 la droga que motivaba un mayor número de admisiones a tratamiento para ceder el puesto a la cocaína. De hecho, esta última motivó 23746 (46,9%) admisiones a tratamiento, frente a 18653 (36,8%) motivadas por heroína. A continuación se situó el cannabis con 5524 admisiones (10,9%). La proporción de admisiones a tratamientos por otras sustancias psicoactivas fue muy baja: opioides distintos a heroína o sin especificar (2,5%), hipnosedantes (1,2%), anfetaminas (0,8%), éxtasis y otros derivados de las feniletilaminas (0,5%), alucinógenos (0,1%), y sustancias volátiles (0,1%) (Tabla 2.1.2).

Figura 2.1.1. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según comunidad autónoma (números absolutos y tasa por 100.000 habitantes). España, 2005.



La cocaína fue la droga que motivó más admisiones a tratamiento en 10 comunidades autónomas (Aragón, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco, Madrid, Región de Murcia y Navarra), frente a 9 comunidades en que lo fue la heroína.

No obstante, el peso de las distintas drogas varió mucho según fueran o no casos con tratamiento previo (Tabla 2.1.2). Si se consideran únicamente los casos sin tratamiento previo (tratados por primera vez en la vida), el peso de drogas como la cocaína o el cannabis, es mayor, mientras que el de la heroína es bastante menor. De hecho, en este subgrupo la cocaína fue con mucha diferencia la droga que causó una mayor proporción de admisiones (62,1%), seguida del cannabis (18,0%), y la heroína (15,9%). Las anfetaminas y el éxtasis seguían teniendo un peso muy bajo entre los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida, con 1,1% y 0,8%, respectivamente, del conjunto de primeras admisiones.

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. A partir de 2002, no obstante, se ha ralentizado mucho el ritmo de descenso de las primeras admisiones por heroína. Por su parte, las admisiones a tratamiento de personas previamente tratadas sólo comenzaron a descender a partir de 1998, y no se nota una ralentización apreciable del ritmo de descenso (Figura 2.1.2). En los últimos años se ha producido un gran aumento de las admisiones a tratamiento por cocaína. Hasta 1995 el aumento fue suave, pero a partir de ese año fue más intenso. De hecho, su número se multiplicó por ocho entre 1996 y 2005, afectando el aumento tanto a los tratados por primera vez en la vida como a los tratados previamente (Figura 2.1.3). No obstante, el ritmo de aumento de los primeros tratamientos por cocaína se ha ralentizado bastante a partir de 2003 y sobre todo a partir de 2004. El número de admisiones a tratamiento por cannabis se multiplicó por cuatro entre 1996 y 2004. Sin embargo, en 2005 se ha producido un descenso importante, sobre todo

Tabla 2.1.1. Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2005.

	Total	Tratamiento previo ¹		Sexo ¹	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Nº de casos	50.630	23.714	24.553	42.633	7.791
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	50,9	-	-	50,6	52,3
Edad media (años)	31,9	34,6	29,2	32,0	31,5
Mujeres (%)	15,4	15,0	15,9	-	-
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,3	1,5	1,1	1,3	1,5
Enseñanza primaria	43,7	46,3	41,1	44,5	39,1
Enseñanzas secundarias	51,1	48,9	53,5	50,7	53,8
Estudios Universitarios	3,7	3,2	4,1	3,4	5,3
Otros	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	44,6	36,9	52,3	47,0	31,4
Parado no habiendo trabajado	4,6	5,1	4,2	4,0	7,9
Parado habiendo trabajado	33,5	40,4	27,0	32,9	36,7
Otras	17,3	17,6	16,5	16,1	24,0
Nacidos fuera de España (%)	6,5	6,0	7,1	6,4	7,5
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	15,0	20,6	9,7	14,6	17,6
Médicos generales, atención primaria de salud	9,5	5,6	13,2	9,5	9,5
Hospitales u otros servicios de salud	5,8	4,9	6,7	5,5	8,0
Servicios sociales	4,2	5,1	3,3	3,7	7,1
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	8,6	9,4	7,8	9,1	5,9
Servicios legales o policiales	6,3	4,1	8,5	6,7	4,3
Empresas o empleadores	0,5	0,4	0,6	0,4	0,8
Familiares o amigos/as	17,5	11,6	23,1	17,8	16,0
Iniciativa propia	30,1	36,3	24,3	30,5	28,0
Otras	2,5	2,1	2,8	2,4	2,7
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	12,3	14,4	10,3	12,5	10,9
Únicamente con pareja	9,9	10,4	9,5	8,9	16,0
Únicamente con hijos	6,1	5,5	6,6	5,5	9,4
Con pareja e hijos/as	15,8	15,2	16,4	15,8	15,9
Con padres o familia de origen	41,2	36,0	46,1	42,6	32,7
Con amigos	2,8	3,0	2,7	2,7	3,9
Otros	11,9	15,5	8,4	12,0	11,3
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	84,4	79,2	90,3	84,3	85,3
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	7,1	9,6	4,6	7,6	4,2
Otras instituciones	1,7	2,3	1,2	1,6	2,2
Pensiones, hoteles, hostales	0,8	1,1	0,5	0,7	1,1
Alojamientos inestables/precarios	2,4	3,5	1,4	2,3	3,2
Otros lugares	3,6	4,4	2,2	3,5	3,9

1. El número de casos con o sin tratamiento previo o el número de hombres más el número de mujeres pueden no sumar el total, debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

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

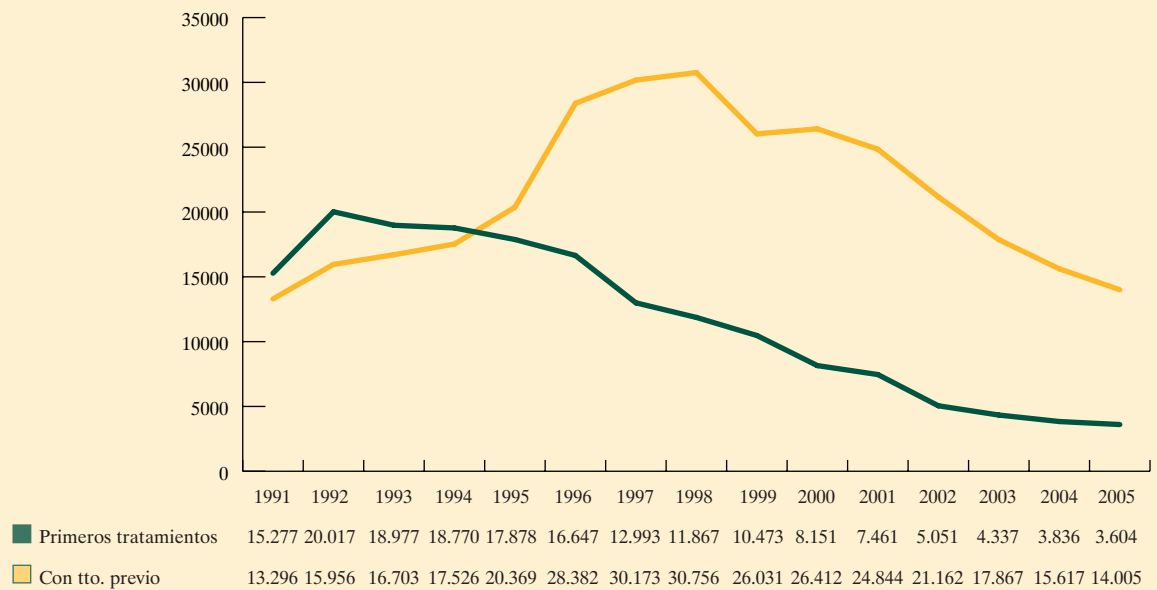
Tabla 2.1.2. Características del consumo de la droga principal, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2005.

	Total	Tratamiento previo ¹		Sexo ¹	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de casos	50.630	24.699	25.064	43.824	8.148
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
<i>Opioides</i>	39,3	62,7	15,9	38,9	41,4
Heroína	36,8	59,1	14,7	36,6	37,9
Metadona	1,6	2,5	0,7	1,5	2,2
Otros opioides	0,9	1,2	0,5	0,8	1,3
<i>Cocaína</i>	46,9	31,9	62,1	47,7	42,7
Cocaína CLH	45,2	30,3	60,3	46,0	41,1
Cocaína base	1,7	1,6	1,9	1,7	1,6
<i>Otros estimulantes</i>	1,3	0,8	1,9	1,3	1,6
Anfetaminas	0,8	0,5	1,1	0,7	0,9
MDMA y derivados	0,5	0,3	0,8	0,4	0,6
Otros estimulantes	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
<i>Hipnosedantes</i>	1,2	0,9	1,6	0,9	3,1
Barbitúricos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepinas	1,1	0,9	1,5	0,8	2,9
Otros hipnosedantes	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2
<i>Alucinógenos</i>	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros alucinógenos	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
<i>Inhalables volátiles</i>	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
<i>Cannabis</i>	10,9	3,6	18,0	10,9	10,8
<i>Otras sustancias</i>	0,2	0,1	0,2	0,1	0,4
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	20,5	20,4	20,4	20,3	21,1
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	43,4	47,1	39,9	43,1	44,6
4-6 días/semana	8,2	5,8	10,4	8,4	7,2
2-3 días/semana	16,5	10,3	22,4	16,8	14,6
1 día/semana	5,8	3,9	7,6	5,8	6,0
Menos de 1 día/semana	5,8	4,9	6,6	5,8	5,4
No consumió	20,3	28,0	13,2	20,0	22,1
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	4,8	5,0	4,6	4,3	8,1
Pulmonar	40,4	46,3	35,0	40,3	40,5
Intranasal	39,7	26,5	52,3	40,2	36,9
Parenteral	10,9	16,3	5,6	10,9	10,7
Otras	4,2	6,0	2,5	4,3	3,8
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)*	24,2	40,8	9,3	24,3	23,5
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)*	11,1	17,8	5,0	11,1	10,6
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	7,3	12,8	2,2	6,9	9,7
Negativo (análisis últimos 6 meses)	17,9	20,6	15,6	17,8	18,4
Negativo (sin fecha de análisis)	20,0	26,9	14,0	20,3	18,5
Sin análisis o resultado desconocido	54,8	39,7	68,2	55,0	53,4

*. No incluye datos de la Comunidad de Madrid.

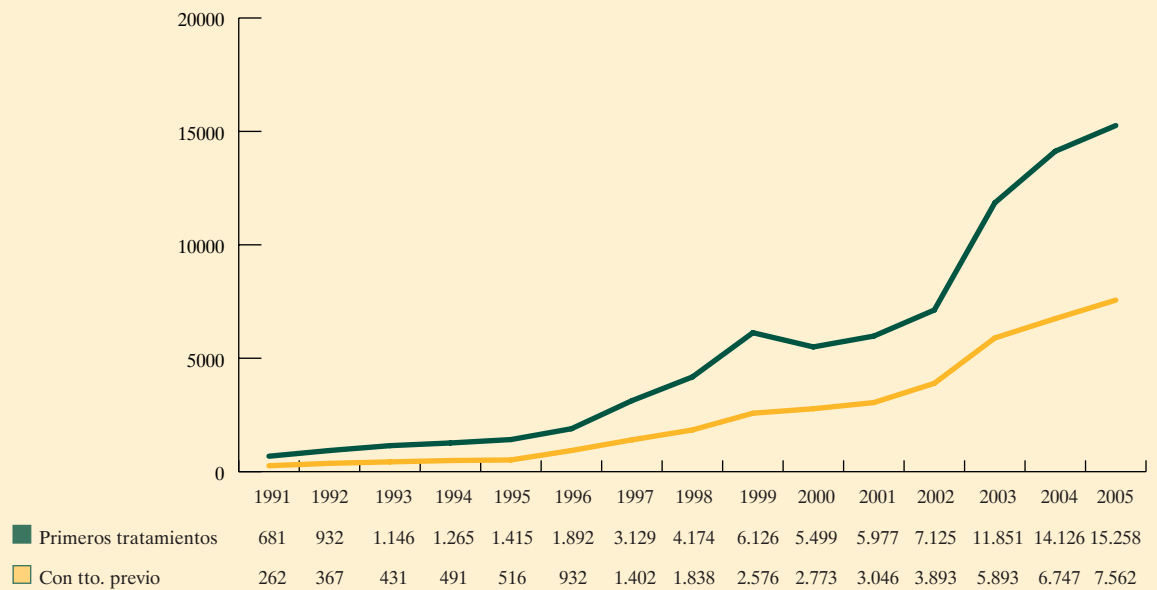
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Figura 2.1.2. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de heroína en España, 1991-2005.



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

Figura 2.1.3. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cocaína en España, 1991-2005.



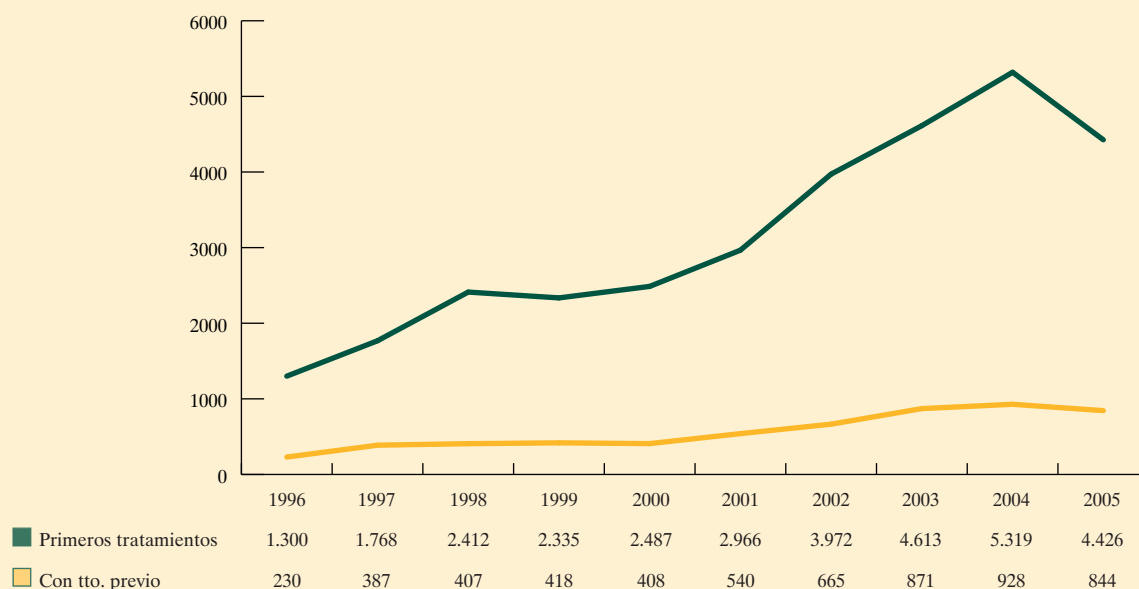
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

a expensas de las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida (Figura 2.1.4). La forma de cocaína predominante sigue siendo el clorhidrato de cocaína que en 2005 causó el 45,2% de las admisiones a tratamiento frente a sólo 1,7% la cocaína base. La proporción de admisiones por cocaína base ha aumentado ligeramente desde 2002 (1,2% en 2002, 1,7% en 2004 y 1,7% en 2005).

De forma similar, el número de admisiones a tratamiento por hipnosedantes que había aumentado considerablemente entre 1996 y 2004, ha descendido en 2005, nuevamente, a expensas sobre todo de las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida (Figura 2.1.5). Por lo que respecta a las admisiones a tratamiento por éxtasis, anfetaminas o alucinógenos, se observa desde 2001 una tendencia a la disminución del número de admisiones a tratamiento por alucinógenos, y desde 2002 a la disminución del número de admisiones por éxtasis. En cambio, las admisiones por anfetaminas aumentan desde 2003, y superan ya claramente a las admisiones por éxtasis (Figura 2.1.6).

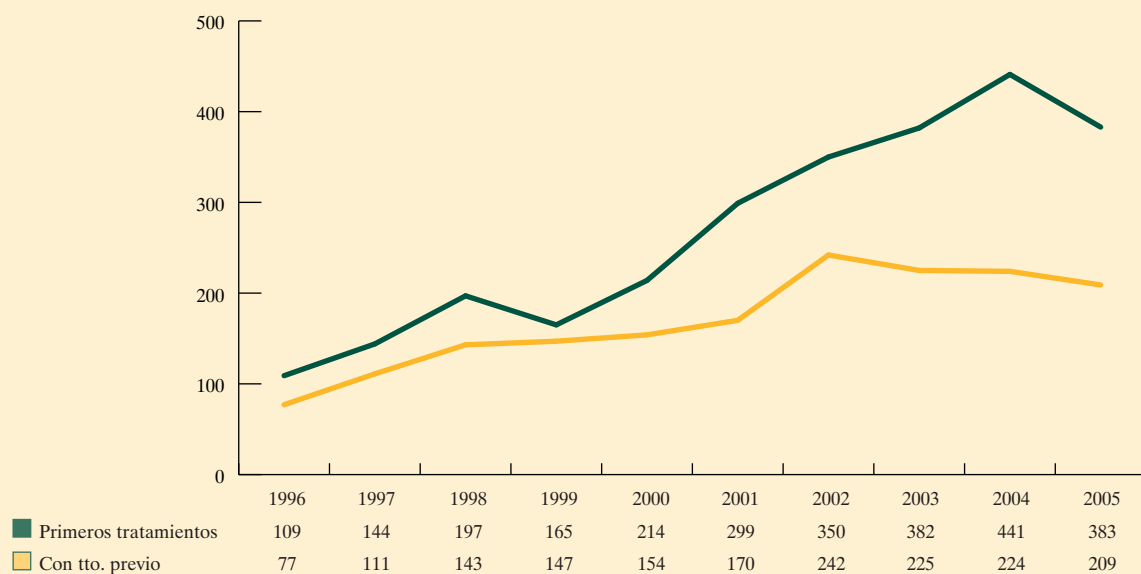
La gran mayoría (84,6%) de los admitidos a tratamiento en 2005 fueron varones. La proporción más alta de mujeres se observó entre los tratados por hipnosedantes (39,1%) y la más baja entre los tratados por alucinógenos, o inhalables volátiles (<10%) (Tablas 2.1.3A, 2.1.3B y 2.1.3C).

Figura 2.1.4. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis (números absolutos). España, 1996-2005.



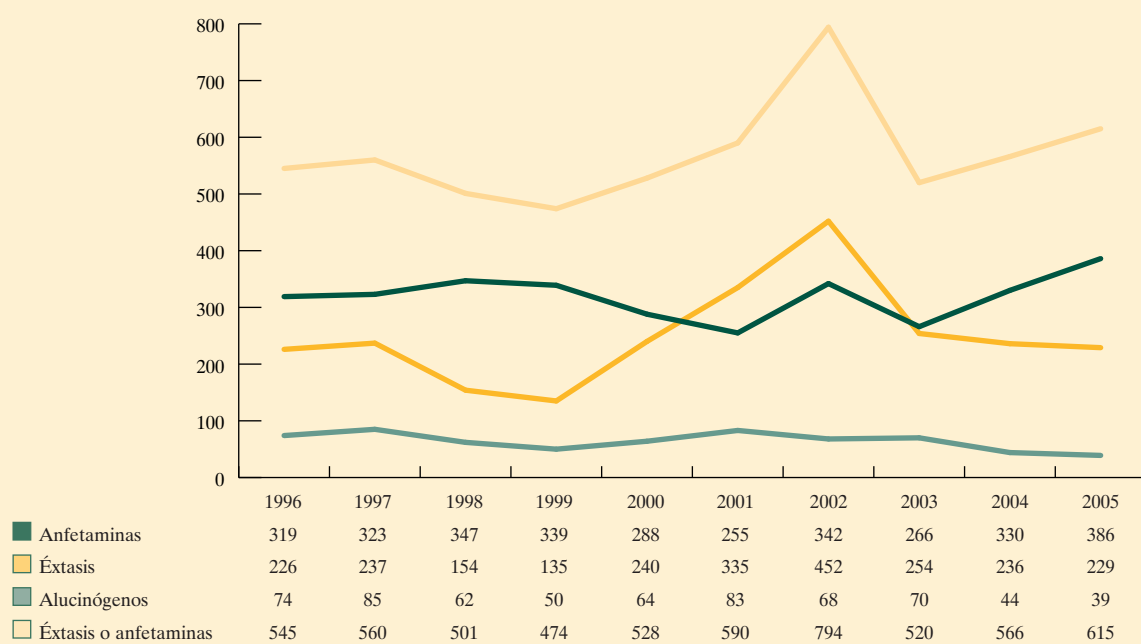
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 2.1.5. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes (números absolutos). España, 1996-2005.



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. España, 1996-2005.



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

Tabla 2.1.3A. Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento, España 2005 (Continúa)

	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Cocaína CLH	Cocaína base
Número de casos	19.896	18.653	795	447	23.746	22.877	867
Tratados por 1ª vez por la droga principal (%)	20,8	20,5	23,4	30,9	66,9	67,3	54,5
Edad media (años)	35,7	35,6	37,3	37,0	30,5	30,4	32,3
Mujeres (%)	16,3	15,9	21,2	22,3	14,1	14,0	14,6
Máximo nivel de estudios completado (%)							
Sin estudios	2,2	2,3	1,9	1,2	0,7	0,7	2,3
Enseñanza primaria	52,3	52,2	60,7	44,1	37,4	36,7	57,0
Enseñanzas secundarias	42,6	42,8	34,3	46,1	57,7	58,5	38,0
Estudios Universitarios	2,6	2,5	3,0	8,3	4,2	4,1	2,1
Otros	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,5
Situación laboral principal (%)							
Trabajando	30,8	30,5	32,4	40,5	57,9	58,9	32,1
Parado no habiendo trabajado	6,3	6,5	3,9	2,4	2,9	2,8	5,6
Parado habiendo trabajado	42,9	43,6	34,1	30,7	28,5	27,7	46,9
Otras	20,0	19,5	29,6	26,4	10,7	10,6	15,5
Nacidos fuera de España (%)							
	7,7	7,7	7,5	7,9	5,6	5,6	5,5
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)							
Otros servicios de tratamiento							
de drogodependencias	20,7	20,6	21,5	22,2	12,9	13,4	2,5
Médicos generales, atención primaria de salud	5,6	5,6	2,0	11,4	12,2	12,6	3,5
Hospitales u otros servicios de salud	4,5	3,6	19,8	9,3	6,5	6,6	4,2
Servicios sociales	4,5	3,6	19,8	9,3	6,5	6,6	4,2
Prisiones, centros de internamiento							
cerrado de menores	11,0	11,4	5,9	8,5	7,2	7,1	8,8
Servicios legales o policiales	2,7	2,7	2,1	1,9	6,2	6,3	4,4
Empresas o empleadores	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,6	0,4
Familiares o amigos/as	10,9	11,1	7,4	9,8	20,9	20,8	22,8
Iniciativa propia	37,7	38,9	20,3	27,0	27,6	26,8	46,4
Otras	1,8	1,8	1,6	1,9	2,4	2,4	2,4
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)							
Solo/a	15,3	15,4	13,7	14,6	10,8	10,8	10,9
Únicamente con pareja	10,6	10,6	11,8	9,0	10,6	10,7	9,0
Únicamente con hijos	4,4	4,0	8,4	11,3	7,5	7,7	1,3
Con pareja e hijos/as	14,9	14,8	16,3	17,6	18,6	18,6	18,8
Con padres o familia de origen	33,6	34,0	26,5	28,4	42,1	42,0	42,9
Con amigos	3,7	3,7	4,6	3,0	2,2	2,2	2,2
Otros	17,5	17,5	18,7	16,1	8,2	7,9	14,8
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)							
Casas, pisos, apartamentos	74,3	74,3	72,3	78,8	90,8	91,1	83,3
Prisiones, centros de internamiento							
cerrado de menores	12,4	12,7	6,4	8,5	3,8	3,5	10,3
Otras instituciones	2,1	1,9	4,3	5,3	1,3	1,3	1,5
Pensiones, hoteles, hostales	1,1	1,0	3,5	1,2	0,7	0,7	0,2
Alojamientos inestables/precarios	4,4	4,5	3,0	2,9	1,1	1,1	3,0
Otros lugares	5,7	5,6	10,4	3,2	2,2	2,2	1,6

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

Tabla 2.1.3B. Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento, España 2005 (Continúa)

	Otros estimulantes	Anfetaminas	MDMA y derivados	Hipno- sedantes	Benzodia- cepinas
Nº de casos	671	386	229	618	574
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	70,4	68,8	73,0	64,7	64,7
Edad media (años)	27,4	28,1	25,7	36,7	36,7
Mujeres (%)	18,8	17,4	18,9	39,1	39,0
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	0,2	0,0	0,4	2,6	2,7
Enseñanza primaria	37,9	39,8	34,1	47,6	47,4
Enseñanzas secundarias	57,7	56,4	61,4	40,5	40,7
Estudios Universitarios	4,2	3,8	4,0	9,1	9,1
Otros	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	50,2	52,7	45,1	29,7	29,4
Parado no habiendo trabajado	4,6	4,9	5,3	6,7	6,3
Parado habiendo trabajado	26,2	25,0	30,1	38,1	38,0
Otras	19,0	17,4	19,5	25,5	26,3
Nacidos fuera de España (%)	4,5	3,4	5,8	6,9	6,9
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	10,3	7,9	14,5	8,8	9,0
Médicos generales, atención primaria de salud	11,9	15,7	3,9	18,2	17,5
Hospitales u otros servicios de salud	7,8	7,3	6,1	16,6	16,3
Servicios sociales	3,1	3,1	2,8	4,6	4,6
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	5,6	3,1	11,7	6,3	6,5
Servicios legales o policiales	13,6	9,6	22,9	5,9	6,0
Empresas o empleadores	0,7	0,3	1,1	1,3	1,3
Familiares o amigos/as	23,6	27,8	16,2	12,3	12,7
Iniciativa propia	19,5	21,9	14,5	23,2	23,3
Otras	4,1	3,4	6,1	2,9	2,7
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	11,6	10,7	15,0	16,2	16,8
Únicamente con pareja	7,5	7,0	7,5	9,4	9,5
Únicamente con hijos	7,7	2,3	13,3	6,8	7,1
Con pareja e hijos/as	7,9	8,7	5,2	20,3	19,4
Con padres o familia de origen	50,4	56,5	42,8	36,8	36,6
Con amigos	5,4	5,5	6,9	1,9	1,8
Otros	9,5	9,3	9,2	8,6	8,9
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	87,3	88,9	83,7	89,7	89,6
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	5,8	6,1	5,2	2,8	2,8
Otras instituciones	1,6	0,3	4,1	2,4	2,6
Pensiones, hoteles, hostales	0,9	0,6	1,7	0,4	0,4
Alojamientos inestables/precarios	1,9	1,7	2,9	1,7	1,6
Otros lugares	2,5	2,3	2,3	3,0	3,0

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

Tabla 2.1.3C. Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento, España 2005 (Final)

	Alucinógenos	Inhalables volátiles	Cannabis
Nº de casos	39	45	5.524
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	73,0	81,0	84,0
Edad media (años)	26,9	20,5	24,0
Mujeres (%)	7,7	8,9	15,3
Máximo nivel de estudios completado (%)			
Sin estudios	2,6	13,3	0,7
Enseñanza primaria	26,3	57,8	40,3
Enseñanzas secundarias	63,2	28,9	53,4
Estudios Universitarios	7,9	0,0	5,3
Otros	0,0	0,0	0,3
Situación laboral principal (%)			
Trabajando	52,6	15,9	37,4
Parado no habiendo trabajado	5,3	11,4	5,7
Parado habiendo trabajado	26,3	18,2	22,2
Otras	15,8	54,5	34,7
Nacidos fuera de España (%)	3,1	73,3	6,6
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)			
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	6,1	6,3	5,8
Médicos generales, atención primaria de salud	15,2	6,3	10,0
Hospitales u otros servicios de salud	9,1	0,0	6,3
Servicios sociales	6,1	9,4	5,0
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	0,0	25,0	6,4
Servicios legales o policiales	15,2	6,3	18,8
Empresas o empleadores	0,0	3,1	0,5
Familiares o amigos/as	24,2	9,4	26,0
Iniciativa propia	24,2	0,0	16,6
Otras	0,0	34,4	4,6
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)			
Solo/a	9,4	0,0	7,6
Unicamente con pareja	9,4	0,0	5,2
Unicamente con hijos	0,0	3,3	5,9
Con pareja e hijos/as	9,4	3,3	7,6
Con padres o familia de origen	65,6	16,7	62,8
Con amigos	3,1	3,3	2,6
Otros	3,1	73,3	8,3
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)			
Casas, pisos, apartamentos	96,9	30,0	92,3
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	3,1	30,0	2,8
Otras instituciones	0,0	23,3	1,8
Pensiones, hoteles, hostales	0,0	0,0	0,2
Alojamientos inestables/precarios	0,0	0,0	1,0
Otros lugares	0,0	16,7	1,9

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

La edad media de los tratados en 2005 fue de 31,9 años (29,2 en los tratados por primera vez y 34,6 años en los tratados previamente) (Tabla 2.1.1). Las edades medias más bajas se observaron en los tratados por sustancias volátiles (20,5 años), cannabis (24,0 años) y éxtasis (25,7 años), y las más altas entre los tratados por opioides diferentes a heroína o metadona o sin especificar (37,0 años), hipnosedantes (36,7 años), heroína (35,6 años), y metadona (37,3 años) (Tablas 2.1.3A, 2.1.3B y 2.1.3C). Entre los menores de 18 años la sustancia que provocó un mayor número de tratamientos fue el cannabis (69,7%), seguida de las cocaína (23,3%) (Figura 2.1.7). La edad media de los admitidos a tratamiento por heroína o cocaína aumentó entre 1991 y 2004, sobre todo entre los primeros. Así, entre los tratados por heroína por primera vez en la vida pasó de 25,7 años en 1991 a 33,2 años en 2004. En 2005 se ha mantenido estable (33,2) (Figura 2.1.8). Entre los tratados por cocaína por primera vez en la vida la edad media ha aumentado de 26,6 en 1991 a 29,1 años en 2004 y 30,0 en 2005 (Figura 2.1.9).

Por lo que respecta al país de nacimiento de los admitidos a tratamiento en 2005, un 6,5% había nacido en el extranjero, siendo esta proporción ligeramente superior en las mujeres (7,5%) que en los hombres (6,4%). En cuanto a la droga de admisión a tratamiento, salvo en el caso de los inhalables volátiles, con un 73,3% de nacidos en el extranjero, no aparecen grandes diferencias en el resto de las drogas, variando entre 3,1% en el caso de los alucinógenos y 7,7% en el caso de los opioides (7,9%, si se consideran los opioides diferentes a heroína o metadona).

Un 45,0% de los admitidos a tratamiento en 2005 no habían llegado a completar ninguna etapa de enseñanzas secundarias, siendo esta proporción mayor entre los tratados previamente que entre los tratados por primera vez en la vida, y en los hombres que en las mujeres (Tabla 2.1.1). El nivel de

Figura 2.1.7. Proporción de tratados por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España (porcentajes), 2005.

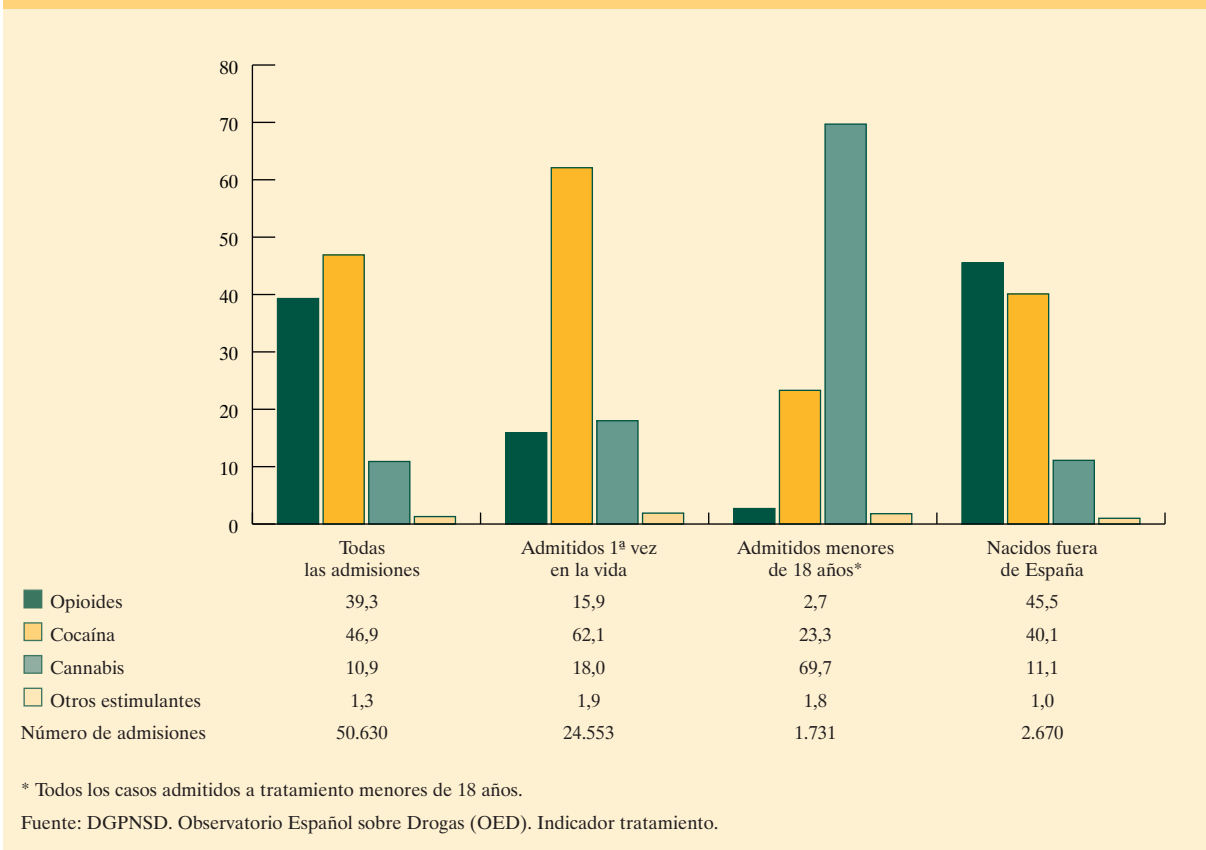
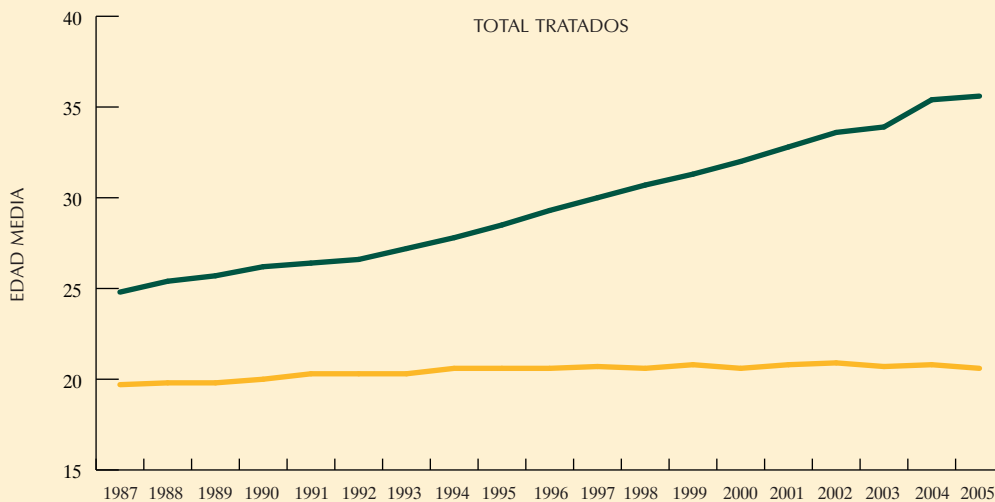
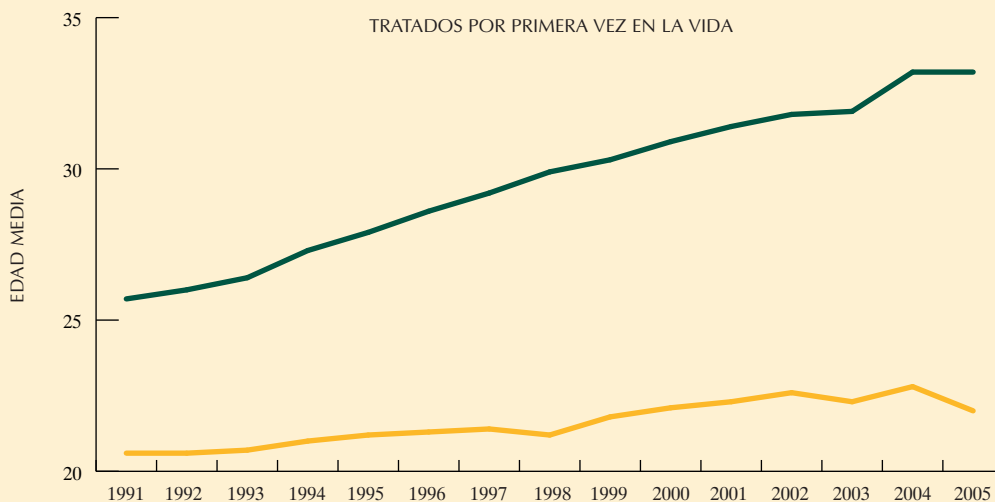


Figura 2.1.8. Evolución de la edad media de admisión a tratamiento y de la edad del primer consumo entre los tratados por heroína en España, 1987-2005.



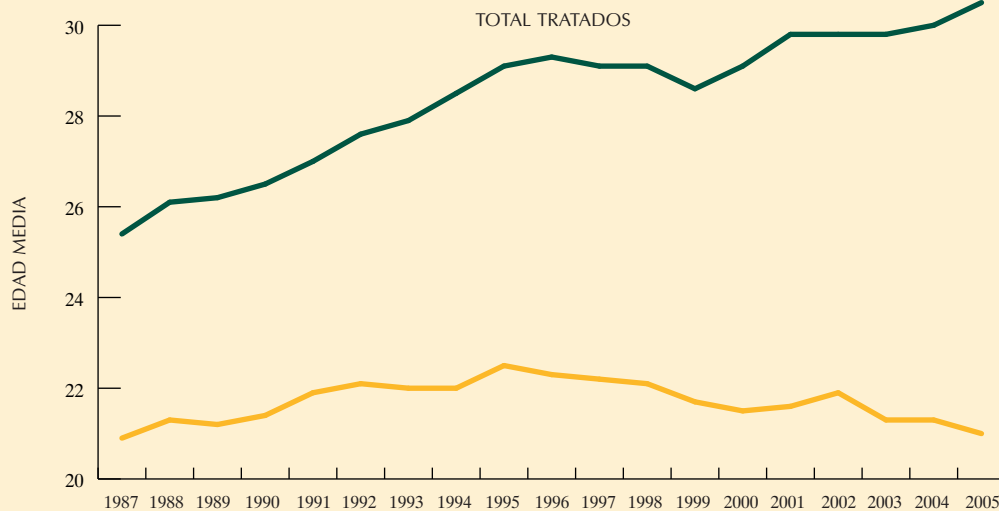
■ Edad media tratamiento	24,8	25,4	25,7	26,2	26,4	26,6	27,2	27,8	28,5	29,3	30,0	30,7	31,3	32,0	32,8	33,6	33,9	35,4	35,6
■ Edad media 1 ^{er} consumo	19,7	19,8	19,8	20,0	20,3	20,3	20,3	20,6	20,6	20,6	20,7	20,6	20,8	20,6	20,8	20,9	20,7	20,8	20,6



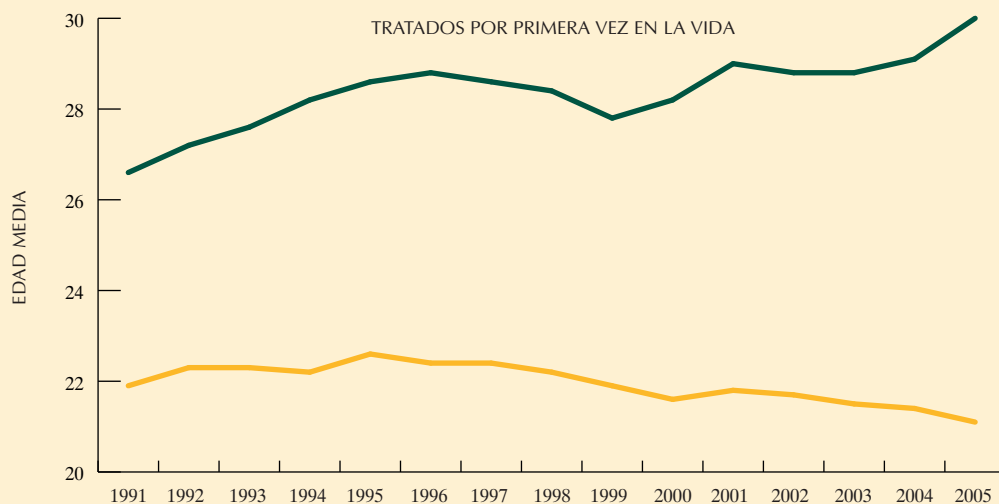
■ Edad media 1 ^{er} tto.	25,7	26,0	26,4	27,3	27,9	28,6	29,9	29,9	30,3	30,9	31,4	31,8	31,9	33,2	33,2
■ Edad media 1 ^{er} consumo	20,6	20,6	20,7	21,0	21,2	21,3	21,4	21,2	21,8	22,1	22,3	22,6	22,3	22,8	22,0

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, 1987-2005.



■ Edad media tratamiento	25,4	26,1	26,2	26,5	27,0	27,6	27,9	28,5	29,1	29,3	29,1	29,1	28,6	29,1	29,8	29,8	29,8	30,0	30,5
■ Edad media 1 ^{er} consumo	20,9	21,3	21,2	21,4	21,9	22,1	22,0	22,0	22,5	22,3	22,2	22,1	21,7	21,5	21,6	21,9	21,3	21,3	21,0



■ Edad media 1 ^{er} tto.	26,6	27,2	27,6	28,2	28,6	28,8	28,6	28,4	27,8	28,2	29,0	28,8	28,8	29,1	30,0
■ Edad media 1 ^{er} consumo	21,9	22,3	22,3	22,2	22,6	22,4	22,4	22,2	21,9	21,6	21,8	21,7	21,5	21,4	21,1

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

estudios presentaba diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2005 las mayores proporciones de personas sin ninguna etapa de enseñanzas secundarias completa correspondió a inhalables volátiles (71,1%), cocaína base (59,3%) y heroína (54,5%), y las menores a alucinógenos (28,9%), MDMA (34,5%), y clorhidrato de cocaína (37,4%) (Tablas 2.1.3A, 2.1.3B y 2.1.3C).

Un 38,1% de los admitidos a tratamiento en 2005 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 (49,1%) y cocaína base (52,5%), y la más baja a cannabis (27,9%). (Tablas 2.1.3A, 2.1.3B y 2.1.3C).

Como se indicó en la metodología, a partir de 2003 comenzó a recogerse por primera vez en el ámbito estatal información sobre el tipo de alojamiento o residencia de los consumidores en los 30 días previos a la admisión a tratamiento y sobre las personas con las que convivieron en el mismo período. Los resultados muestran que en España en 2005 la gran mayoría de los admitidos a tratamiento residieron en hogares familiares convencionales (casas, pisos o apartamentos) (84,4%), siendo escasa la proporción de institucionalizados (8,8%), o de los que vivieron en alojamientos precarios o inestables (sin techo) (2,4%), o en establecimientos hoteleros u otros lugares (4,4%). Por lo que respecta a la convivencia, el modelo más frecuente fue con los padres o la familia de origen (41,2%), seguido de la familia propia (pareja y/o hijos) (31,8%), siendo menos frecuente que viviesen solos (12,3%) o convivieran en una institución u adoptaran otro modelo de convivencia (14,7%). Entre los tratados por primera vez en la vida fue más frecuente la convivencia en hogares familiares convencionales que entre los previamente tratados (90,3% frente a 79,2%), y en cambio fue menos frecuente estar institucionalizado (5,8% frente a 11,9%), vivir en alojamientos inestables o precarios (1,4% frente a 3,5%) o en otros lugares (2,2% frente a 4,4%). Por lo que respecta a la convivencia, entre los tratados por primera vez en la vida fue más frecuente que entre los previamente tratados convivir con la familia propia y menos frecuente convivir en una institución u adoptar otro modelo de convivencia (11,1% frente a 18,5%). Al considerar las diferencias según el sexo, no se observan diferencias importantes en cuanto al tipo de residencia, aunque entre las mujeres fue algo más frecuente que entre los hombres residir en hogares familiares (85,3% frente a 84,3%) o en alojamientos precarios o inestables (3,2% frente a 2,3%), mientras que fue menos frecuente estar institucionalizadas (6,4% frente a 9,2%). Sí se observan, en cambio, importantes diferencias en cuanto al modelo de convivencia. Así, las mujeres convivían con menos frecuencia que los hombres con la familia de origen (32,7% frente a 42,6%) o solas (10,9% frente a 12,5%), y con más frecuencia con la familia propia (41,3% frente a 30,2%) (Tabla 2.1.1).

En cuanto al tipo de alojamiento o residencia según la droga principal que motiva el tratamiento, salvo en el caso de los inhalables volátiles, los alojamientos más frecuentes para los tratados en 2005 por cualquier otra droga principal, fueron con mucha diferencia los hogares familiares. Las mayores proporciones de residentes en hogares familiares se observaron para alucinógenos (96,9%), cannabis (92,3%), y clorhidrato de cocaína (91,1%), y las menores para opioides (74,3%) e inhalables volátiles (30,0%). Por su parte, las mayores proporciones de institucionalizados se observaron para inhalables volátiles (53,3%), opioides (14,5%), y cocaína base (11,8%), y las menores para alucinógenos (3,1%) y cannabis (4,6%). En cuanto a vivir en alojamientos inestables o precarios, las mayores proporciones se observaron para opioides (4,4%) y cocaína base (3,0%).

En este informe se incluye también por primera vez información sobre las personas o servicios que han influido de forma más efectiva para que el paciente haya iniciado tratamiento (fuente de referencia). Las fuentes de referencia son diversas, sin que ninguna predomine ampliamente. En 2005 se ordenaron de mayor a menor extensión como sigue: iniciativa propia (30,1%), familia o amistades (17,5%), servicios generales de salud (15,3%), otros servicios de tratamiento de drogodependencias

(15,0%), prisiones o centros de internamiento cerrado para menores (8,6%), servicios legales o policiales (6,3%), y otras fuentes (7,2%). Algunas fuentes de referencia fueron bastante más frecuentes entre los tratados por primera vez que entre los previamente tratados. Así sucedió con los servicios generales de salud (especialmente los de atención primaria), servicios legales o policiales y familia o amistades. Por el contrario entre los previamente tratados fueron bastante más frecuentes la iniciativa propia, y los servicios de tratamiento de drogodependencias, y algo más frecuentes las prisiones o centros de internamiento cerrado para menores. En cuanto a la desigualdad entre hombres y mujeres, las diferencias no fueron grandes, pero entre los primeros fueron claramente más frecuentes las prisiones o centros de internamiento cerrado para menores (9,1% frente a 5,9%) y los servicios legales o policiales (6,7% frente a 4,3%), y entre las segundas, los servicios sociales (7,1% frente a 3,7%), los servicios de tratamiento de drogodependencias (17,6% frente a 14,6%) y los servicios generales de salud (17,5% frente a 15,0%) (Tabla 2.1.1). Si se considera la droga que motiva el tratamiento, se observa que las mayores proporciones de los que acudieron a tratamiento por iniciativa propia se dan entre los tratados por cocaína base (46,4%) o por opioides (37,7%), y las menores entre los tratados por inhalables volátiles (0,0%), éxtasis (14,5%) y cannabis (16,6%). En cuanto a los referidos por los servicios generales de salud, las mayores proporciones aparecen entre los tratados por hipnosedantes (34,8%), alucinógenos (24,3%), y anfetaminas (23,0%), y las menores entre los tratados inhalables volátiles (6,3%), éxtasis (10,0%) y opioides (10,1%). Las mayores proporciones de referidos por la familia o amistades se observan entre los tratados por cannabis (26,0%), anfetaminas (27,8%), y alucinógenos (24,2%), y las menores entre los tratados por opioides (10,9%) o inhalables volátiles (9,4%). Por lo que respecta a las prisiones o centros de internamiento cerrado para menores, las mayores proporciones se dan entre los tratados por inhalables volátiles (25,0%), éxtasis (11,7%) u opioides (11,0%), y las menores entre los tratados por alucinógenos (0,0%), o anfetaminas (3,1%). Finalmente, los servicios legales o policiales tienen su mayor relevancia entre los tratados por éxtasis (22,9%), cannabis (18,8%), o alucinógenos (15,2%) (Tabla 2.1.3A). En resumen, entre los tratados por cocaína, las fuentes de referencia principales en 2005 fueron la iniciativa propia, la familia o amistades, los servicios generales de salud y los servicios de tratamiento de drogodependencias; entre los tratados por opiodes, lo fueron sobre todo la iniciativa propia (con mayor peso que en el caso de la cocaína) y los servicios de tratamiento de drogodependencias. Por lo que respecta a los tratados por cannabis, las fuentes de referencia principales fueron la familia o amistades y los servicios legales o policiales, con algo menor relevancia de la iniciativa propia y los servicios generales de salud.

En 2005 la edad media de primer consumo de la droga que motiva el tratamiento fue 20,5 años, siendo parecida en los tratados por primera vez que en los previamente tratados, y más alta en las mujeres (21,1 años) que en los hombres (20,3 años). Se observaron diferencias importantes según la droga principal, correspondiendo las edades medias de primer consumo más tempranas a inhalables volátiles (14,9 años), cannabis (15,9 años), y éxtasis (18,2 años), y las más tardías a hipnosedantes (27,7 años) y metadona (28,7 años) (Tablas 2.1.4A y 2.1.4B). En el período 1991-2004 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 22,8 años en 2004. Sin embargo, se observa un descenso importante en 2005 (22,0 años) (Figura 2.1.8). Por su parte, la edad media de inicio en el consumo de los tratados por cocaína desciende de forma suave desde mediados de los noventa. De hecho, en el caso de los tratados por primera vez en la vida pasó de 21,9 años en 1991 a 22,6 en 1995, 21,6 años en 2000, 21,4 en 2004 y 21,1 en 2005 (Figura 2.1.9)

Entre los admitidos a tratamiento en 2005 el tiempo medio transcurrido entre el primer consumo de la droga principal y la admisión a tratamiento por dicha droga fue de 11,4 años, observándose los tiempos más bajos en los tratados por inhalables volátiles (5,6 años), alucinógenos (7,0 años), éxtasis (7,5 años), y los más altos en los tratados por heroína (15,0 años). Las mujeres tardaban menos (10,4 años) en acudir a tratamiento que los hombres (11,7 años). El tiempo transcurrido entre el primer consumo de la droga principal y la admisión a tratamiento por primera vez en la vida (período de latencia) fue de 8,7 años.

Tabla 2.1.4A. Consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento, España 2005 (Continúa).

	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Cocaína CLH	Cocaína base
Nº de casos	19.896	18.653	795	447	23.746	22.877	867
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	20,9	20,6	28,7	22,6	21,0	20,9	22,7
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)							
Oral	6,0	0,8	94,1	29,9	0,5	0,5	0,1
Pulmonar	59,4	62,8	2,3	40,7	14,3	11,2	82,7
Intranasal	6,6	6,9	0,3	7,2	76,7	79,6	11,3
Parenteral	20,6	21,6	2,6	18,3	6,1	6,4	0,8
Otras	7,5	7,9	0,8	3,9	2,3	2,2	5,1
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)							
Todos los días	58,2	56,7	91,4	62,1	26,8	25,8	49,0
4-6 días/semana	4,2	4,3	1,7	3,0	12,0	12,1	9,5
2-3 días/semana	4,8	4,9	1,2	5,3	26,9	27,4	14,6
1 día/semana	1,9	2,0	0,5	0,7	9,3	9,5	4,3
Menos de 1 día/semana	2,8	2,9	1,9	1,7	8,5	8,6	5,3
No consumió	28,1	29,1	3,4	27,2	16,6	16,6	17,4
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión de tratamiento (%)							
1. <i>Opiáceos</i>	12,5	11,6	40,7	12,1	10,6	10,2	20,0
11. Heroína	0,9	0,0	23,6	11,3	7,3	7,0	16,4
12. Metadona	6,5	6,8	0,0	0,8	0,6	0,5	3,4
13. Otros opiáceos	5,1	4,8	17,1	0,0	2,7	2,8	0,2
2. <i>Cocaína</i>	63,2	64,4	34,1	43,3	0,1	0,1	1,7
21. Cocaína CIH	58,2	59,4	30,4	40,1	0,1	0,0	1,5
22. Base cocaína	5,0	5,0	3,7	3,2	0,1	0,1	0,0
3. <i>Estimulantes</i>	3,4	3,4	2,1	6,9	12,3	12,6	4,3
31. Anfetaminas	1,9	1,9	0,5	1,6	4,4	4,6	1,2
32. MDMA y derivados	1,2	1,3	0,5	0,8	7,4	7,6	2,8
33. Otros estimulantes	0,3	0,2	1,0	4,5	0,4	0,4	0,3
4. <i>Hipnóticos y sedantes</i>	20,0	19,8	25,7	25,5	6,3	5,9	18,3
41. Barbitúricos	0,1	0,1	0,0	0,4	0,1	0,1	0,3
42. Benzodiazepinas	19,3	19,1	25,7	24,7	6,0	5,6	17,4
43. Otros hipnosedantes	0,6	0,6	0,0	0,4	0,3	0,3	0,5
5. <i>Alucinógenos</i>	1,0	1,1	0,0	0,0	2,0	2,0	0,5
51. LSD	0,2	0,2	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0
52. Otros alucinógenos	0,8	0,9	0,0	0,0	1,7	1,7	0,5
6. <i>Inhalables volátiles</i>	0,1	0,1	0,0	0,4	0,2	0,2	0,0
7. <i>Cannabis</i>	42,2	42,5	34,9	34,4	51,5	51,0	63,3
8. <i>Alcohol</i>	32,7	32,6	33,6	39,3	71,2	72,0	50,0
9. <i>Otras sustancias</i>	1,7	1,7	1,6	1,6	1,1	1,1	1,4
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	51,8	51,9	52,2	46,9	8,5	8,2	13,9
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	23,0	23,4	15,5	21,1	4,5	4,5	3,3
Estado serológico frente al VIH (%)							
Positivo	15,6	15,1	26,2	14,4	2,1	2,1	3,4
Negativo (análisis últimos 6 meses)	20,6	21,0	15,3	15,7	17,8	17,8	19,0
Negativo (sin fecha de análisis)	25,6	26,0	22,9	14,7	17,2	17,1	20,2
Sin análisis o resultado desconocido	38,2	37,9	35,6	55,2	62,8	63,1	57,4

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

Tabla 2.1.4B. Consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento, España 2005 (Final).

	Otros estimulantes	Anfeta- minas	MDMA y derivados	Hipno- sedantes	Benzodia- zepinas	Alucinó- genos	Inhalables volátiles	Cannabis
Nº de casos	671	386	229	618	574	39	45	5.524
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	19,4	19,9	18,2	27,7	27,0	19,9	14,9	15,9
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)*								
Oral	43,7	21,6	85,6	97,9	97,9	63,6	6,5	2,0
Pulmonar	5,6	7,0	2,2	0,0	0,6	3,0	54,8	95,9
Intranasal	46,2	67,2	7,7	0,0	0,2	24,2	38,7	0,6
Parenteral	2,0	2,0	1,7	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
Otras	2,5	2,2	2,8	2,9	1,0	9,1	0,0	1,5
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)								
Todos los días	22,9	26,0	12,3	84,6	84,9	25,8	46,2	61,0
4-6 días/semana	7,0	8,7	3,1	1,8	1,7	3,2	7,7	7,3
2-3 días/semana	30,3	34,6	25,8	3,7	3,8	32,3	15,4	12,1
1 día/semana	10,1	9,0	13,5	1,6	1,7	12,9	3,8	4,5
Menos de 1 día/semana	7,3	6,9	6,7	1,0	0,6	9,7	15,4	4,6
No consumió	22,4	14,9	38,7	7,4	7,3	16,1	11,5	10,5
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión de tratamiento (%)								
1. <i>Opiáceos</i>	8,9	9,5	7,3	25,8	26,6	6,5	10,7	6,4
11. Heroína	6,0	6,1	4,9	12,6	13,1	6,5	7,1	3,0
12. Metadona	0,2	0,3	0,0	3,7	3,9	0,0	0,0	0,0
13. Otros opiáceos	2,7	3,1	2,4	9,5	9,5	0,0	3,6	3,4
2. <i>Cocaína</i>	40,6	33,3	54,9	36,0	37,4	38,7	17,9	47,3
21. Cocaína CIH	40,4	33,0	54,9	34,2	35,4	38,7	17,9	46,8
22. Base cocaína	0,2	0,3	0,0	1,8	2,0	0,0	0,0	0,5
3. <i>Estimulantes</i>	10,1	10,5	9,8	7,4	7,9	22,6	3,6	12,5
31. Anfetaminas	3,1	0,0	8,5	4,6	4,9	16,1	3,6	5,0
32. MDMA y derivados	6,4	10,2	0,0	1,8	2,0	3,2	0,0	6,8
33. Otros estimulantes	0,6	0,3	1,2	0,9	1,0	3,2	0,0	0,6
4. <i>Hipnóticos y sedantes</i>	3,9	4,4	3,0	1,2	1,3	6,5	7,1	4,3
41. Barbitúricos	0,2	0,0	0,6	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2
42. Benzodiazepinas	3,5	4,1	2,4	0,0	0,0	6,5	7,1	4,0
43. Otros hipnosedantes	0,2	0,3	0,0	0,9	1,0	0,0	0,0	0,2
5. <i>Alucinógenos</i>	7,2	9,9	3,7	0,6	0,7	3,2	0,0	2,6
51. LSD	0,8	0,7	1,2	0,0	0,0	3,2	0,0	0,4
52. Otros alucinógenos	6,4	9,2	2,4	0,6	0,7	0,0	0,0	2,2
6. <i>Inhalables volátiles</i>	0,6	0,7	0,6	0,3	0,3	0,0	10,7	1,2
7. <i>Cannabis</i>	66,3	68,4	62,8	41,5	42,0	64,5	82,1	1,1
8. <i>Alcohol</i>	47,0	48,0	45,1	59,4	58,7	51,6	14,3	68,2
9. <i>Otras sustancias</i>	1,4	0,7	3,0	2,8	2,6	0,0	0,0	2,3
<i>Se inyectó drogas alguna vez en la vida*</i>	7,8	10,2	3,4	9,4	13,7	3,1	0,0	3,3
<i>Se inyectó drogas en los últimos 12 meses*</i>	4,7	6,2	2,3	0,0	2,9	3,1	0,0	1,4
Estado serológico frente al VIH (%)								
Positivo	2,3	3,3	0,6	2,9	6,2	0,0	0,0	0,9
Negativo (análisis últimos 6 meses)	11,6	10,7	9,9	14,7	13,1	9,1	9,4	9,8
Negativo (sin fecha de análisis)	24,4	30,9	14,9	11,8	18,5	12,1	0,0	12,2
Sin análisis o resultado desconocido	61,7	55,2	74,6	70,6	62,2	78,8	90,6	77,1

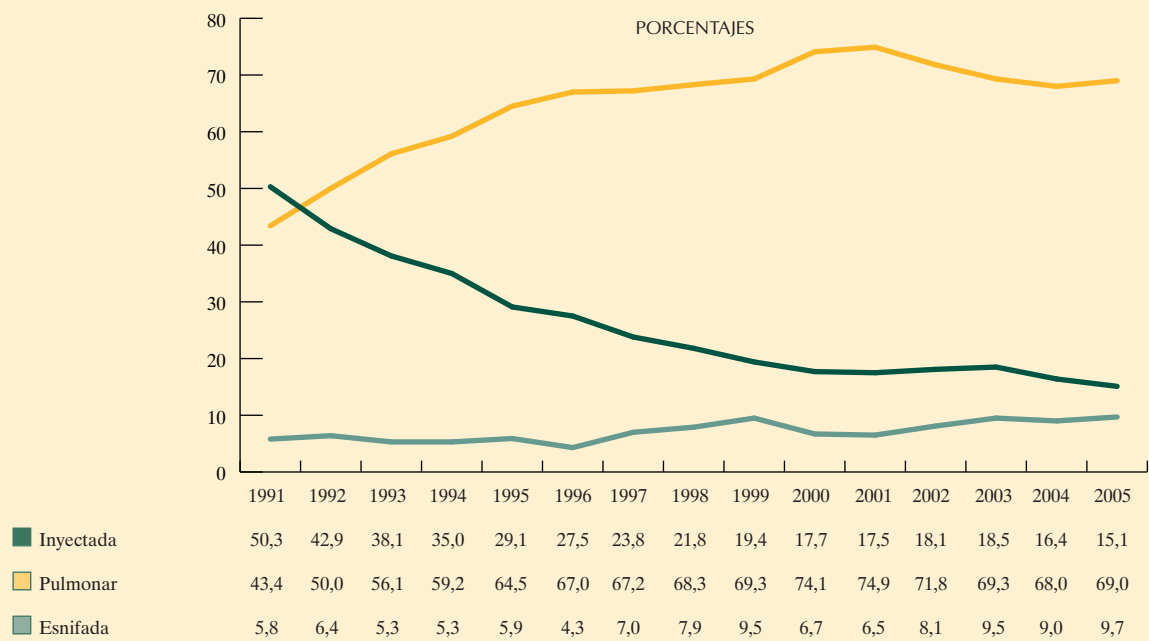
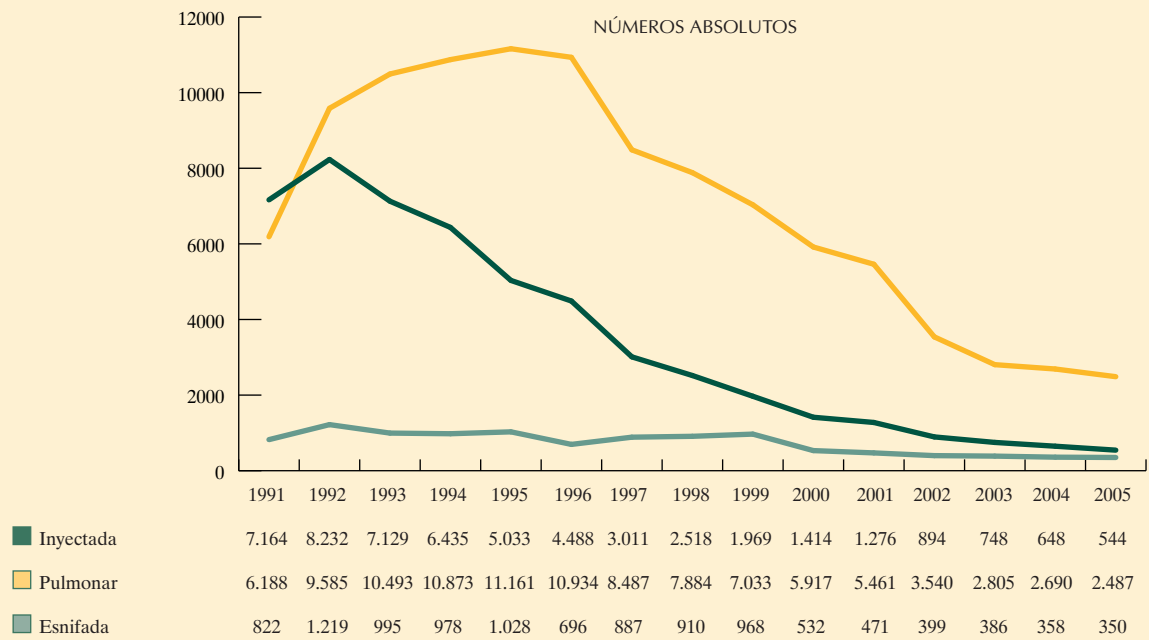
* No incluye datos de la Comunidad de Madrid

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

En este informe se incluye también por primera vez información sobre la frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento. A la hora de interpretar los resultados hay que tener en cuenta que este período inmediatamente anterior al inicio del tratamiento puede ser un período atípico que no represente de forma adecuada la frecuencia de consumo habitual del paciente, porque éste ante la perspectiva del tratamiento puede haber iniciado ya un cambio de sus conductas de consumo por iniciativa propia o por indicación de otras personas. En 2005 la conducta más frecuente fue el consumo diario o casi diario (4 días a la semana o más) (51,6%), seguida del consumo semanal (1-3 días a la semana) (22,3%), y la abstinencia (20,3%). No hubo diferencias importantes en la proporción de consumidores diarios o casi diarios entre los tratados por primera vez y los previamente tratados, aunque entre los primeros se observó una menor proporción de personas que habían consumido todos los días. Sin embargo, la proporción de abstinentes fue bastante mayor entre los tratados previamente que entre los tratados por primera vez (28,0% frente a 13,2%), y lo contrario sucedió con el consumo semanal (30,0% entre los tratados por primera vez frente a 14,2% entre los previamente tratados). No se apreciaron apenas diferencias entre hombres y mujeres, aunque entre estas últimas fue ligeramente más frecuente la abstinencia y entre los hombres el consumo semanal (Tabla 2.1.2). En cambio, se observaron importantes diferencias en la frecuencia de consumo según la droga de admisión a tratamiento. Entre los admitidos por cocaína en 2005, la situación más frecuente fue el consumo diario o casi diario (38,8%) o el consumo semanal (36,2%); entre los tratados por opioides predominó el consumo diario o casi diario (62,4%), aunque muchos se mantuvieron abstinentes en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (28,1%); entre los admitidos por cannabis se observó un gran predominio del consumo diario o casi diario (68,3%), seguido del consumo semanal (19,4%); entre los tratados por hipnosedantes el predominio del consumo diario o casi diario fue aún más abrumador (86,4%); entre los tratados por anfetaminas predominó el consumo semanal (43,6%), seguido del consumo diario o casi diario (34,7%), y la abstinencia (14,9%); entre los tratados por éxtasis predominó también el consumo semanal (39,3%), seguido de la abstinencia (38,7%), y el consumo diario o casi diario (15,4%) (Tablas 2.1.4A y 2.1.4B). En resumen, en 2005 durante el mes previo al inicio del tratamiento predominó el consumo diario o casi diario entre los tratados por hipnosedantes, cannabis, opioides e inhalables volátiles, y el consumo semanal entre los tratados por estimulantes tipo éxtasis o anfetaminas o por alucinógenos, quedando los tratados por cocaína en una situación intermedia.

La mayoría de los admitidos a tratamiento en 2005 se habían administrado preferentemente la droga principal en los 30 días previos al tratamiento por vía pulmonar (40,4%) o intranasal (39,7%), siendo la vía parenteral la vía preferente para una proporción bastante menor (10,9%) (Tabla 2.1.2). Entre los admitidos a tratamiento por heroína en 2005 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 62,8% de los tratados, y la inyectada para el 21,6%. Aunque en los últimos años ha disminuido bastante el número absoluto de tratados por heroína por cualquier vía de administración (inyectada, fumada y esnifada), la magnitud de este descenso comenzó y fue mucho más intenso en el caso de los inyectadores. 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 15,1% en 2005, mientras que la de los que lo hacían preferentemente por vía fumada pasó de 43,4% a 69,0% (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 Andalucía. Entre 1991 y 1995 descendió mucho la inyección en la mayoría de las comunidades, sobre todo en el sur, y entre 1996 y 2005 el descenso se mantuvo, aunque a un ritmo menor. A pesar de que la caída de la inyección ha sido generalizada, en 2005 seguían existiendo diferencias interautonómicas importantes en la vía de administración de heroína entre los tratados por esta droga por primera vez en la vida. Doce comunidades estaban por debajo

Figura 2.1.10. Distribución de los tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, según vía de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2005.



Nota: Las estimaciones del número de tratados por heroína para el conjunto de España, según vía principal de administración, se han obtenido multiplicando el número de tratados por heroína en el conjunto de España por la proporción de admitidos de cada vía de administración (proporción que no estaba disponible para todas las comunidades en algunos años del periodo considerado).

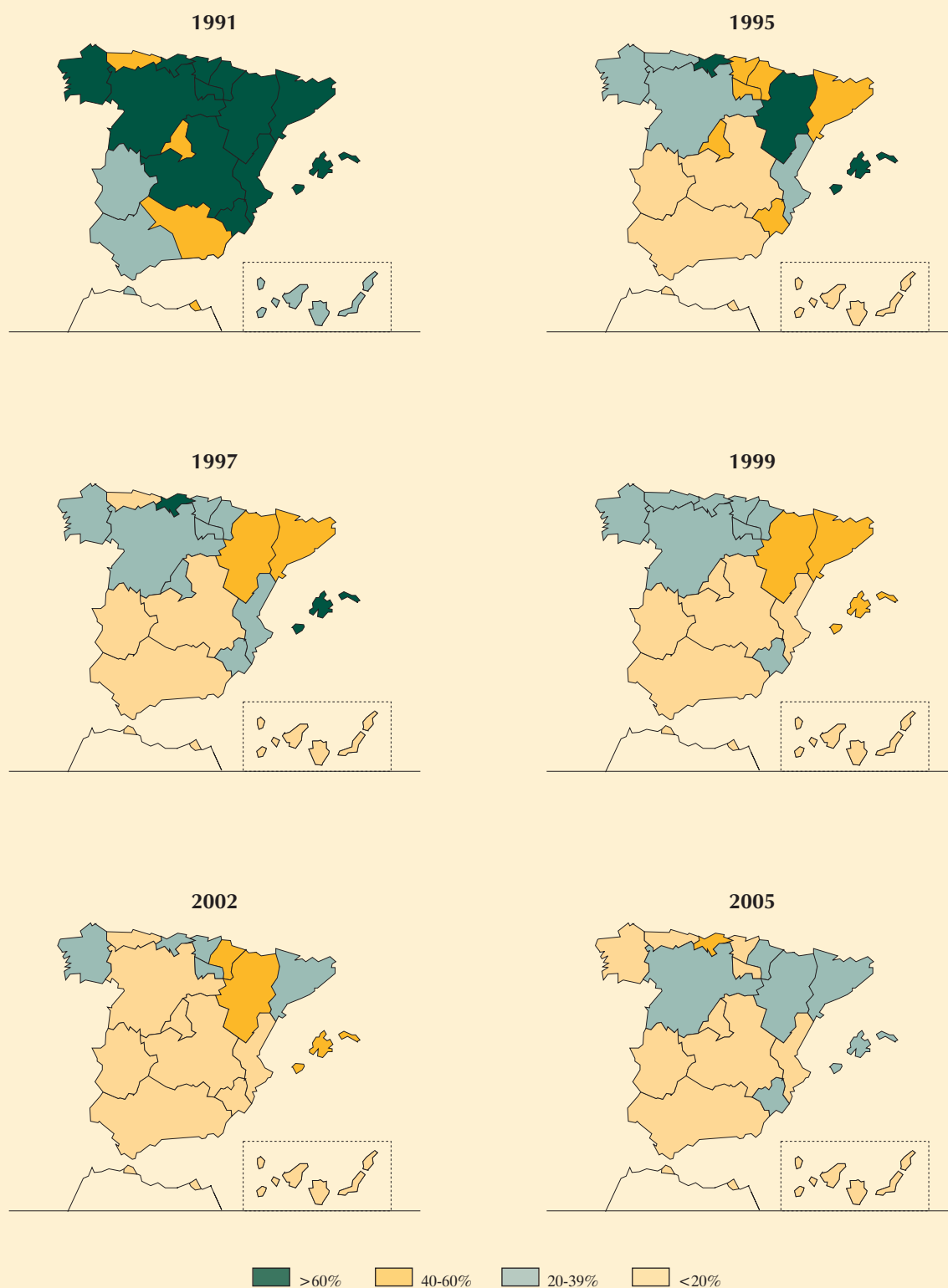
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

del 20% en cuanto a la proporción de sujetos que usaban preferentemente la inyección, y sólo cuatro: Cantabria (50,0%), Aragón (35,7%), Navarra (33,3%), y Cataluña (29,0%) superaban el 25% (Figuras 2.1.11 y Figuras 2.1.12). Hay que tener en cuenta que el número de admitidos a tratamiento por heroína por primera vez en la vida es ya muy bajo en algunas comunidades autónomas, por lo que las proporciones de los que utilizan las distintas vías de administración pueden variar bastante por efecto del azar. De hecho, en Navarra en 2005 sólo se notificaron 6 casos de admisiones a tratamiento por primera vez en la vida por heroína.

Entre los admitidos a tratamiento por cocaína en 2005 la vía predominante de administración de esta droga fue la intranasal o esnifada (76,7%), seguida de la fumada (14,3%) y la inyectada (6,1%). Si se examinan los datos relativos a la proporción de tratados por cocaína que usa preferentemente cada una de las vías de administración para consumir esta droga, se puede concluir que entre 1991 y 2005 aumentó mucho el uso de la vía esnifada, disminuyó bastante el de la inyectada (aunque rebrotó ligeramente en los últimos años del período), y aparentemente también disminuyó el de la fumada (aunque esta última disminución puede deberse a una mejora de la clasificación de la variable). La proporción de tratados por primera vez por cocaína que usaron esta droga preferentemente por vía esnifada pasó de 55,4% en 1991 a 75,2% en 2001 y 80,6% en 2005, la de los que usaron la vía inyectada de 19,2% en 1991 a 1,6% en 2001, 4,8% en 2004 y 5,2% en 2005, y la de los que usaron la fumada de 24,4% en 1991 a 21,9% en 2001, 11,2% en 2003, 13,3% en 2004, y 11,5% en 2005. Como se indicó, la importante disminución en 2003 de la proporción de admitidos por cocaína por primera vez que usaban preferentemente la vía fumada se debe muy probablemente a la mejora de la clasificación de esta variable, de forma que muchos casos de “vía inhalada” que antes se incluían en “vía pulmonar” correspondían, como se sospechaba, a “vía intranasal”. 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 primera vez en la vida entre 1991 y 2005 se debió sobre todo al incremento del número de consumidores por vía esnifada que pasó de 315 en 1991 a 4413 en 2001 y 12298 en 2005. Estos datos sugieren también, que a pesar de la estabilidad o el descenso de la proporción de tratados que usa la cocaína por vía fumada o inyectada, en España en los últimos años ha aumentado bastante el número de tratados por cocaína consumida por dichas vías. De hecho, entre 1991 y 2005 los primeros tratamientos por cocaína fumada se multiplicaron por trece pasando de 139 a 1755 casos anuales, y el número de primeros tratamientos por cocaína inyectada se multiplicó por siete, pasando de 109 a 793 casos. Sin embargo, el aumento de los tratados por cocaína fumada o inyectada estaría enmascarado por el aumento simultáneo y de mucha mayor magnitud de los tratados por cocaína por vía intranasal (esnifada), que entre 1991 y 2005 se multiplicaron por 39, pasando de 315 casos en 1991 a 12298 en 2005 (Figura 2.1.13).

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 en 2005 según esta variable, se observa que un 65,8% no se habían inyectado nunca (nunca-inyectadores), un 13,1% se habían inyectado alguna vez en la vida, pero no en los 12 meses previos a la admisión (exinyectores), y un 11,1% se habían inyectado en los 12 meses previos (inyectores recientes). Las prevalencias de inyectadores recientes fue mucho mayor entre los que ya habían sido admitidos a tratamiento previamente (17,8%), que entre los que fueron admitidos por primera vez en la vida (5,0%), y fueron bastante parecidas en hombres y en mujeres (Tabla 2.1.2). Si se considera la droga que motivó el tratamiento, se observa que entre los admitidos a tratamiento por heroína un 48,1% no se habían inyectado nunca (nunca-inyectadores), un 28,5% se habían inyectado alguna vez en la vida, pero no en los 12 meses previos a la admisión (exinyectores), y un 23,4% se habían inyectado en los 12 meses previos (inyectores recientes). Por lo que respecta a los tratados por otras drogas en 2005, se encontró una propor-

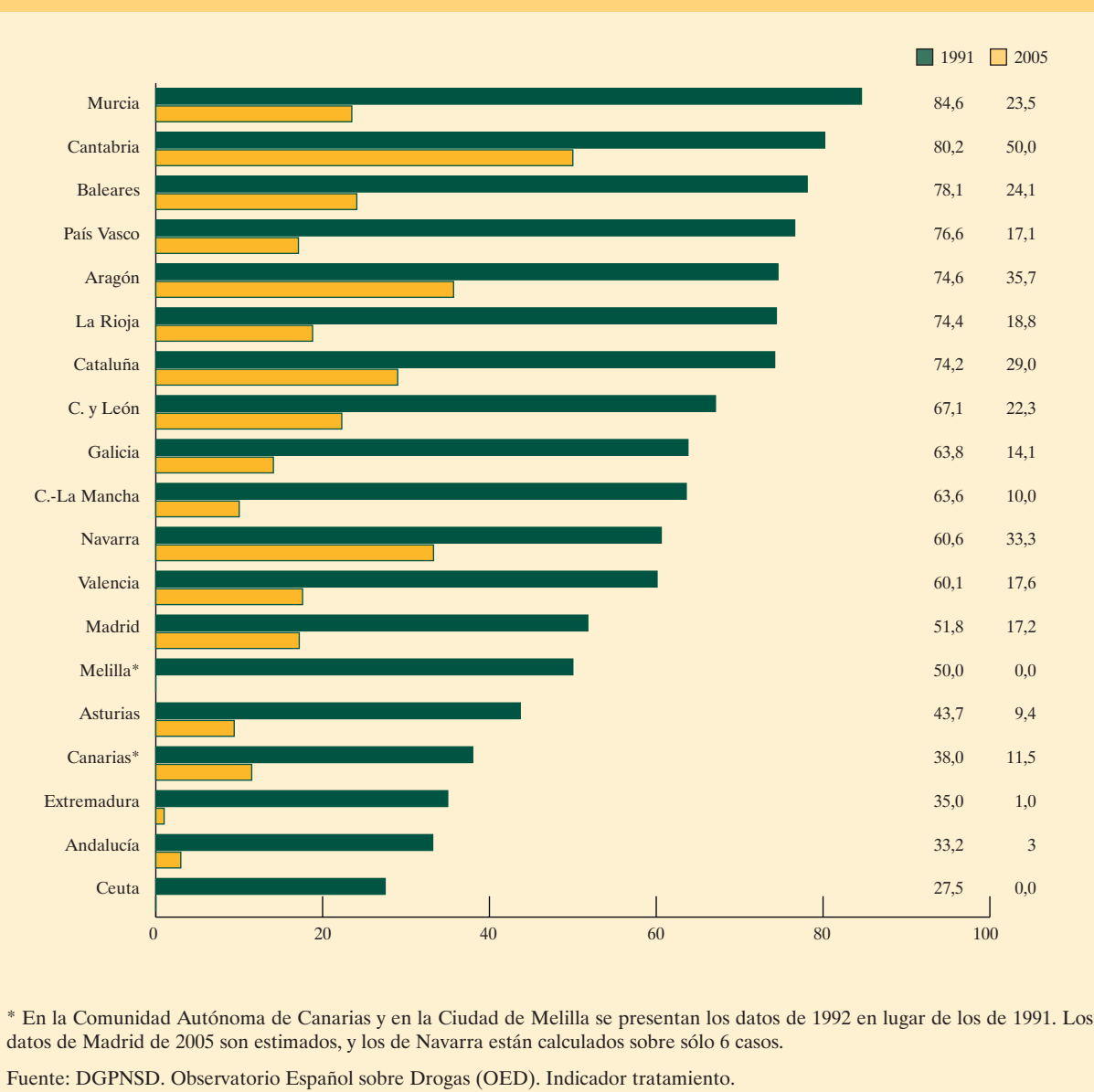
Figura 2.1.11. Proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, cuya vía principal de administración era parenteral (porcentajes). España, 1991-2005.



Nota: Los datos de 2005 para la Comunidad de Madrid son estimados.

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

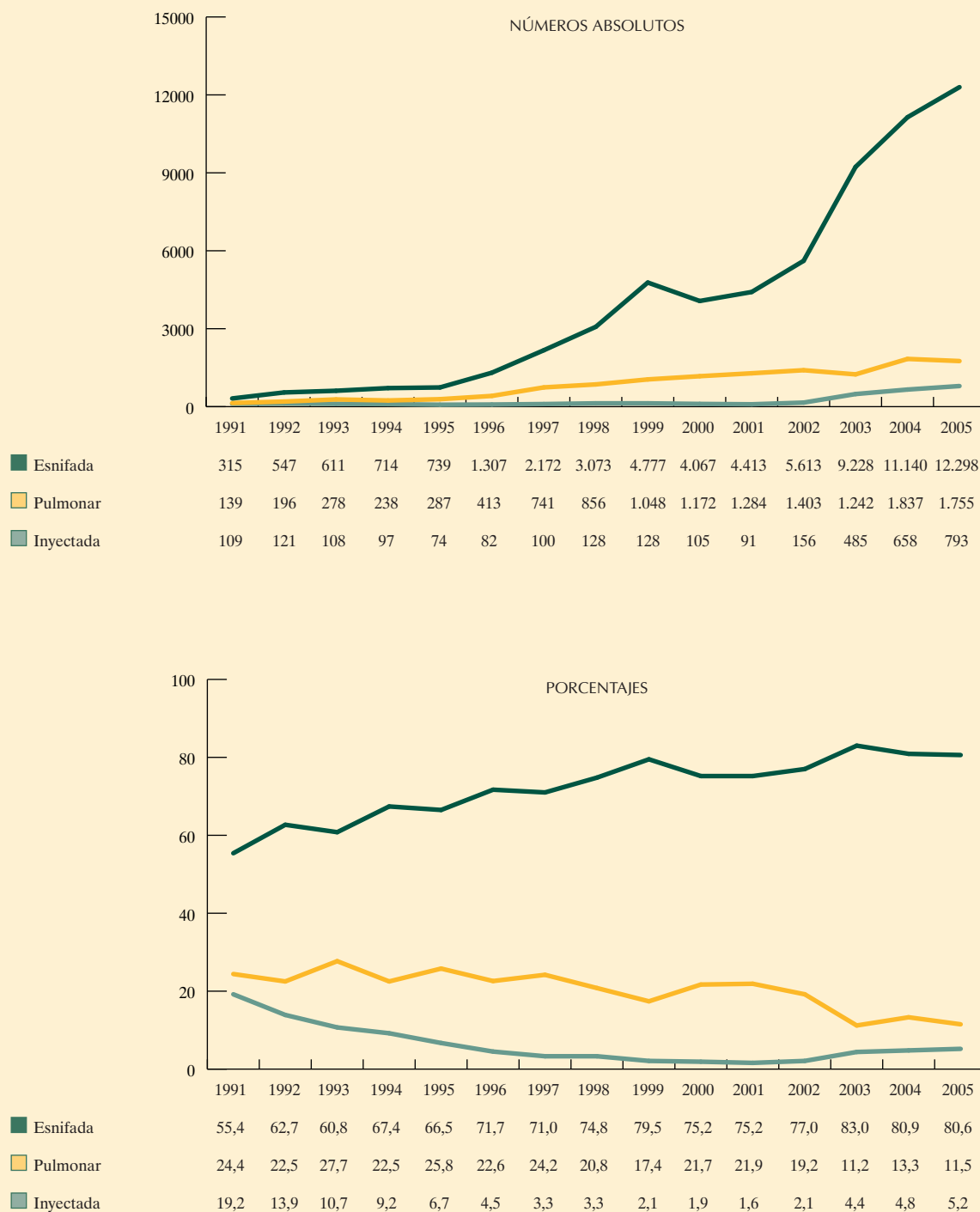
Figura 2.1.12. Proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína cuya vía principal de administración era parenteral (%). España, 1991-2005.



ción importante de inyectadores recientes entre los tratados por metadona (15,5%), y por otros opioides distintos a heroína o metadona u opioides sin especificar (21,1%). En los tratados por el resto de las drogas la proporción fue menor del 10%: anfetaminas (6,2%), cocaína (4,5%), alucinógenos (3,1%), éxtasis (2,3%), cannabis (1,4%), hipnosedantes (0,0%), e inhalables volátiles (0,0%) (Tablas 2.1.4A y 2.1.4B).

Entre 1996 y 2005 descendió la proporción de inyectadores recientes en el conjunto de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas pasando de 45,8% en 1996 a 11,1% en 2005. Lo mismo sucedió con los admitidos a tratamiento por primera vez, entre los que pasó de 34,2% a 5,0%. Si nos fijamos en la evolución del número absoluto de inyectadores recientes admitidos a tratamiento, se observa un descenso considerable tanto en el conjunto de tratados (24224 en 1996 y 5620 en 2005) como entre los tratados por primera vez en la vida (7132 en 1996 y 1228 en 2005) (Figura 2.1.14).

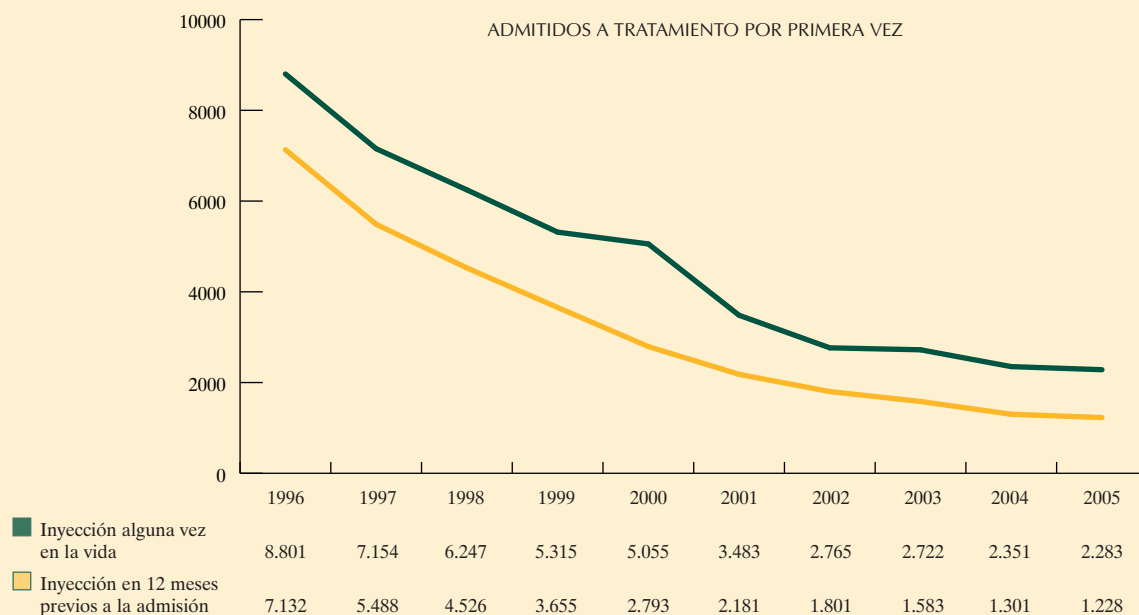
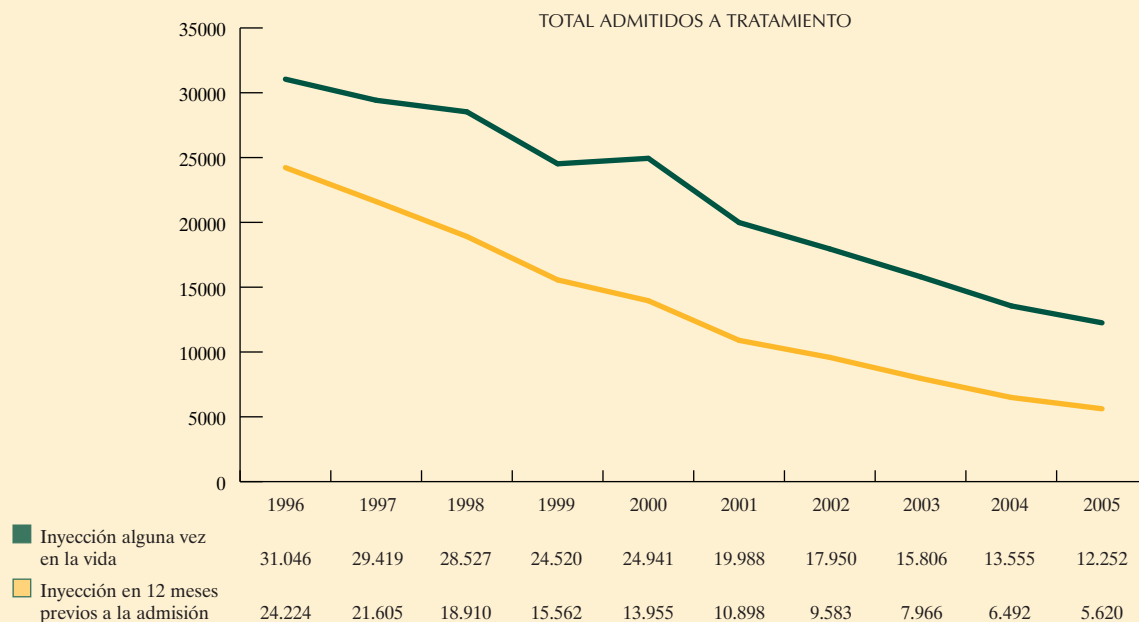
Figura 2.1.13. Admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cocaína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2005.



Nota: Las estimaciones del número de tratados por cocaína para el conjunto de España, según vía principal de administración, se han obtenido multiplicando el número de tratados por cocaína en el conjunto de España por la proporción de admitidos de cada vía de administración (proporción que no estaba disponible para todas las comunidades en algunos años del período considerado).

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

Figura 2.1.14. Evolución del número de inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas en España (números absolutos), 1996-2005.



Nota: Las estimaciones del número de inyectadores admitidos a tratamiento para el conjunto de España se han obtenido multiplicando el número de admitidos a tratamiento en el conjunto de España por la proporción de admitidos que se habían inyectado drogas alguna vez en la vida o en los 12 meses previos a la admisión (proporción que no estaba disponible para todas las comunidades en algunos años del período considerado).

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

El patrón de policonsumo entre los admitidos a tratamiento está ampliamente arraigado. La mayor parte de los admitidos a tratamiento en 2005 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 64,4% de los casos), cannabis (42,5%), alcohol (32,6%) e hipnosedantes (19,8%). Por su parte, entre los tratados por cocaína las drogas secundarias más citadas fueron alcohol (71,2%), cannabis (51,5%), éxtasis (7,4%), y heroína (7,3%) (Tablas 2.1.4A y 2.1.4B). En el período 1996-2005 disminuyó claramente la proporción de tratados por cocaína que citó consumo de heroína (22,9% en 1996 y 7,3% en 2004) o hipnosedantes (12,4% y 6,3%). En 2005, 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 50,4% de todos los admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas durante 2005 era la primera vez en la vida que estaban siendo tratados por la droga que motivó su tratamiento, sin apenas diferencias entre hombres y mujeres. Dicha proporción fue mucho más baja entre los tratados por heroína (20,5%) o metadona (23,4%) que entre los tratados por otras drogas, donde los admitidos por primera vez fueron mayoría: hipnosedantes (64,7%), cocaína (66,9%), anfetaminas (68,8%), alucinógenos (73,0%), éxtasis (73,0%), sustancias volátiles (81,0%), y cannabis (84,0%).

En 2005 la proporción de admitidos a tratamiento para los que se desconocía el estado serológico frente al VIH fue muy importante (54,8%), siendo más alta entre los tratados por primera vez (68,2%) que entre los previamente tratados (39,7%). Los resultados han de tomarse, pues, con bastante cautela, especialmente entre los tratados por primera vez en la vida. Por otra parte, la proporción de desconocidos difiere mucho según la droga principal y según que el paciente se haya o no inyectado drogas, por lo que ha de realizarse un análisis diferenciado según estos factores. Por ejemplo, la proporción de desconocidos en la variable estado serológico para los inyectadores recientes (12 meses previos a la admisión a tratamiento) fue 31,3% y para los inyectadores alguna vez en la vida 26,7%. A la hora de estimar la prevalencia de infección por VIH 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 2.1.4A y 2.1.4B, en 2005 las prevalencias de infección por VIH más altas se encontraban entre los tratados por metadona (26,2%) o por heroína (15,1%), y las más bajas entre los tratados por inhalables volátiles (0,0%), alucinógenos (0,0%), éxtasis (0,6%), o cannabis (0,9%).

Como entre los inyectadores la proporción de pacientes con estado serológico desconocido es bastante menor que entre los que no se inyectan, pueden tomarse las cifras de prevalencia excluyendo a los desconocidos del denominador (que probablemente sobreestiman un poco la prevalencia real), como se hace en la Tabla 2.1.5. Procediendo de esta forma, se puede observar que en el año 2005 un 32,7% de los inyectadores recientes de drogas eran VIH positivos (34,8% de los previamente tratados y 22,4% de los tratados por primera vez). Los inyectadores recientes que habían consumido recientemente opioides (incluyendo tanto los tratados por opioides como los tratados por otras drogas con mención de consumo de opioides en los 30 días previos a la admisión) tenían una prevalencia de VIH algo mayor que los que no habían consumido recientemente estas drogas (33,8% y 24,8%, respectivamente). Por otra parte, las mujeres que se habían inyectado recientemente tenían mayor prevalencia de VIH+ que los hombres (39,5% y 31,2%, respectivamente). Igualmente, los inyectadores de mayor edad tenían mayor prevalencia de infección que los más jóvenes (Tabla 2.1.5). En el período 1996-2005 la prevalencia de infección por VIH entre los inyectadores recientes de drogas pasó de 37,1% en 1996 a 32,7% en 2005. Este descenso afectó tanto a los hombres como a las mujeres, y fue menos acusado para los inyectadores mayores de 34 años (entre los que pasó de 48,9% a 41,9%) que para los menores de esa edad. De hecho, entre los inyectadores de 25-34 años pasó de 39,3% a 23,1% y entre los menores de 25 años de 20,3% a 9,7% (Figura 2.1.15).

Tabla 2.1.5. Prevalencia de infección por VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en números absolutos y porcentajes¹. España, 2005.

	Inyección en 12 meses previos a la admisión			Inyección alguna vez en la vida		
	Total	Tratamiento previo		Total	Tratamiento previo	
		Sí	No		Sí	No
Total inyectadores (nº)²	4.358	3.216	1.010	9.533	7.412	1.895
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.996	2.441	514	6.991	5.759	326
Prevalencia de infección por VIH (%)	32,7	34,8	22,4	36,1	37,1	29,4
Hombres inyectadores (nº)	3.715	2.769	857	8.107	6.311	1.611
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	2.541	2.070	435	5.909	4.861	943
Prevalencia de infección por VIH (%)	31,5	33,1	23,2	34,7	35,5	29,5
Mujeres inyectadoras (nº)	617	450	145	1.375	1.063	273
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	438	356	77	1.046	867	161
Prevalencia de infección por VIH (%)	39,5	44,4	18,2	43,8	46,3	29,2
Inyectadores <25 años (nº)	353	155	184	474	214	240
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	175	101	71	248	143	97
Prevalencia de infección por VIH (%)	9,7	12,9	4,2	8,5	11,2	4,1
Inyectadores 25-34 años (nº)	1.764	1.311	415	3.388	2.660	660
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1.170	958	199	2.396	2.010	354
Prevalencia de infección por VIH (%)	23,1	24,6	15,6	25,5	26,7	17,8
Inyectadores >34 años (nº)	2.231	1.762	409	5.653	4.522	993
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1.645	1.376	244	4.335	3.594	657
Prevalencia de infección por VIH (%)	41,9	43,4	33,2	43,5	44,0	39,4
Inyectadores <2 años de uso de la droga principal	126	65	53	224	133	77
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	74	45	25	148	101	38
Prevalencia de infección por VIH (%)	37,8	42,2	28,0	37,2	39,6	28,9
Inyectadores 2 ó más años de uso de la droga principal	4.186	3.141	946	9.195	7.196	1.798
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	2.899	2.379	485	6.769	5.600	1.062
Prevalencia de infección por VIH (%)	32,5	34,6	21,9	35,9	36,9	29,1
Inyectadores consumidores de opiáceos³	3.656	2.881	679	8.064	6.663	1.208
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	2.609	2.187	387	6.054	5.183	765
Prevalencia de infección por VIH (%)	33,8	35,6	23,8	37,4	38,0	31,9
Inyectadores no consumidores de opiáceos	702	355	331	1.469	749	687
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	387	254	127	937	576	343
Prevalencia de infección por VIH (%)	24,8	27,6	18,1	27,6	29,0	23,9

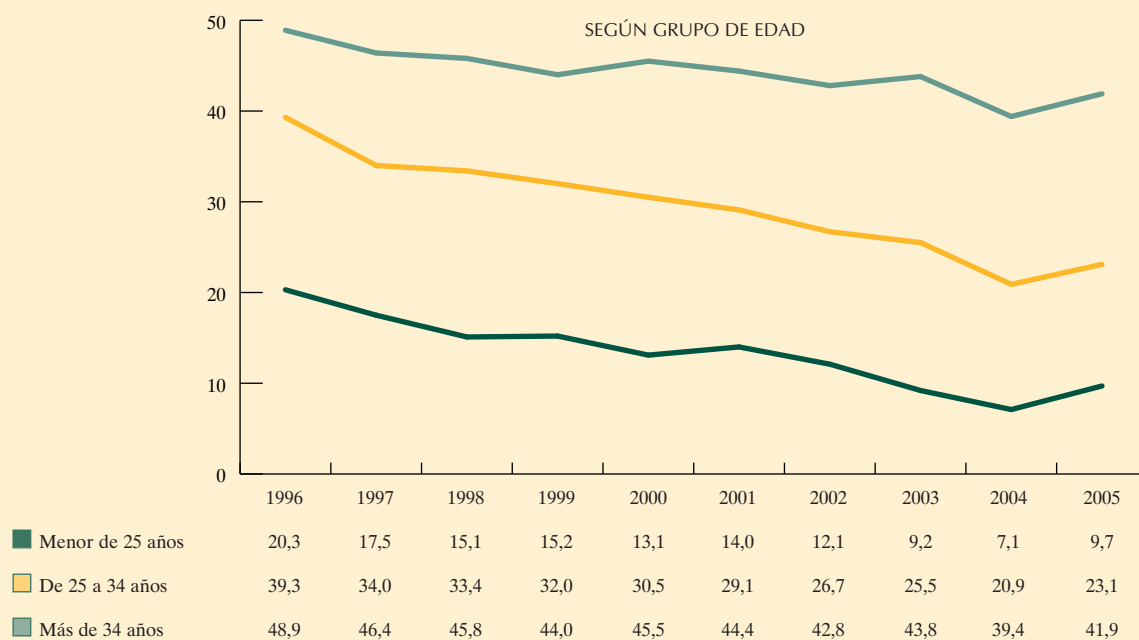
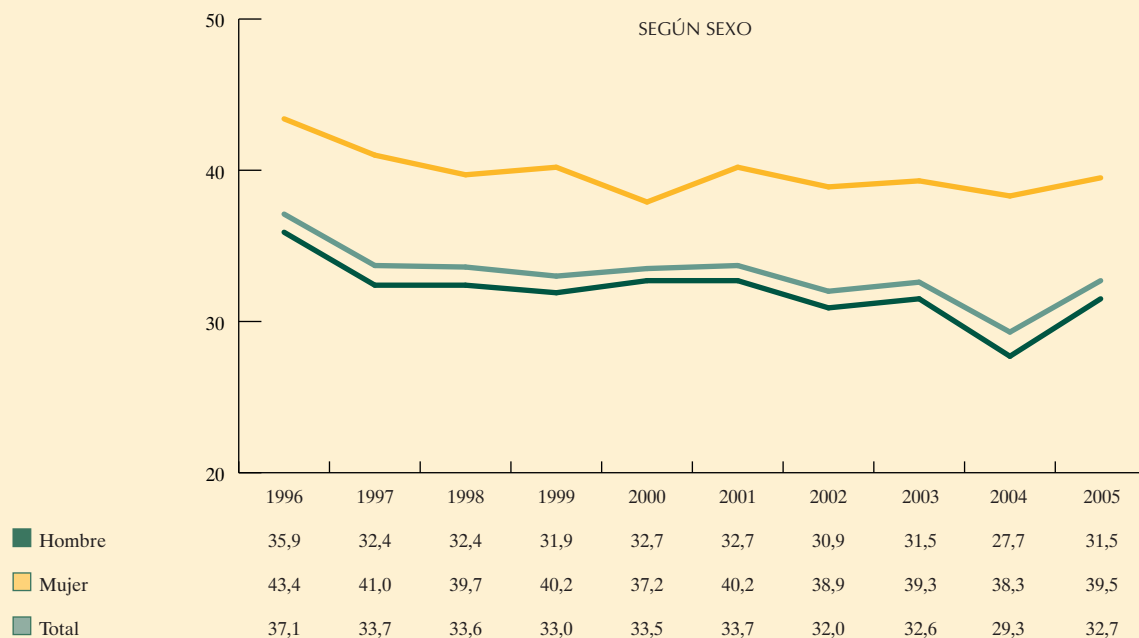
1. Las prevalencias están calculadas sobre el nº de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las otras variables que se cruzan.

2. No se incluyen datos de algunas comunidades autónomas, debido a problemas de calidad de la variable "tiempo desde la última inyección de cualquier sustancia psicoactiva".

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

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

Figura 2.1.15. Prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado drogas en los 12 meses previos y conocían su estado serológico, por sexo y grupo de edad (%). España, 1996-2005.



Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruzar. La proporción de inyectadores admitidos a tratamiento que desconocía su estado serológico frente al VIH fue de 33,5% en 1997, 29,4% en 1999, 25,5% en 2001, 26,1% en 2003, 27,5% en 2004 y 31,3% en 2005.

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

2.2. URGENCIAS HOSPITALARIAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS, 1996-2005

Metodología

En este apartado se resume el protocolo de trabajo del indicador urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, cuya última versión data de 2003. En dicho protocolo se incluyen criterios operativos de inclusión y exclusión de episodios, criterios para seleccionar las áreas y hospitales monitorizados, definiciones y criterios para clasificar las distintas variables, así como detalles sobre los instrumentos y el circuito de recogida y transmisión de la información.

Este indicador pretende monitorizar las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas en España. Se puso en marcha en 1987, formando parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, para monitorizar la evolución y las características del consumo problemático de drogas psicoactivas, especialmente de aquellas que como los opioides o la cocaína, suelen producir problemas con más frecuencia y son difíciles de explorar con otros métodos.

A diferencia del Indicador Tratamiento, nunca ha llegado a estar implantado en todas las comunidades autónomas y, salvo algunas excepciones, las áreas cubiertas han variado de año en año, así como el número de hospitales monitorizados en cada una de ellas (grado de exhaustividad de la recogida). Además, también pueden haber variado las áreas de atracción de los hospitales monitorizados. Por otra parte, en 1996 y 2003 sufrió sendas modificaciones importantes en su definición. Con estos antecedentes, desde el ámbito estatal las comparaciones temporales y espaciales deben hacerse con muchas precauciones y deben basarse únicamente en distribuciones porcentuales de las características de las urgencias y no en números absolutos o tasas poblacionales.

El indicador urgencias en su versión actual (Protocolo 2003) registra todos los episodios de urgencias hospitalarias en que se menciona consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas (excepto aquéllos en que se menciona exclusivamente el uso de alcohol, tabaco o xantinas), independientemente de que varios de ellos se den en la misma persona. En el momento del análisis, sin embargo, para facilitar la comparación con años anteriores se han excluido también los episodios en que se mencionan exclusivamente hipnosedantes, antipsicóticos o antidepresivos o cualquier combinación de estas drogas entre sí o con alcohol o tabaco.

Como el criterio de inclusión de episodios es la mención del consumo de psicoactivas y no la relación de dicho consumo con el cuadro clínico del paciente, se recogen también los episodios en cuya historia clínica no hay evidencias de relación directa con el uso de drogas, como complicaciones infecciosas, lesiones o traumatismos por causas externas (accidentes, agresiones, autolesiones). Además, como una excepción, se recogen también los episodios en personas que consumen opiáceos en el marco de programas de mantenimiento sin que exista consumo de otras drogas psicoactivas, siempre que el diagnóstico esté inequívocamente relacionado con el consumo de dichos opiáceos, como sucede con las sobredosis o el síndrome de abstinencia.

El criterio de exigir sólo la mención de consumo de sustancias psicoactivas facilita la decisión de qué episodios hay que recoger; sin embargo, como es difícil saber con qué grado de exhaustividad se recogen las urgencias sin evidencias de relación directa con el consumo en las distintas áreas monitorizadas, el análisis que se muestra a continuación se ha centrado fundamentalmente en las urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas (aquellas en que el médico incluye en la historia clínica alguna evidencia de relación con el uso de drogas), seleccionadas con ayuda de una variable dicotómica introducida al efecto en la hoja de recogida de datos. De esta forma, es posible además comparar los datos de 2003 en adelante con los de años anteriores, en que sólo se recogían las urgencias relacionadas con el uso drogas.

Desde 2003 se recogen las urgencias de las personas de 15 a 54 años, mientras que hasta ese año sólo se recogían las de 15-49 años. Igualmente, se recogen literalmente todos los diagnósticos de urgencia citados en la historia clínica, en vez de los cinco grandes grupos diagnósticos que venían recogiendo hasta 2003. Sin embargo, la información sobre los diagnósticos no se ha analizado a la espera de desarrollar un manual estándar para codificar los diagnósticos según CIE-10.

Se excluyen los episodios de urgencias causados por el embarazo y las complicaciones del embarazo, aunque se mencione consumo de sustancias psicoactivas, las urgencias por reacciones adversas a medicamentos (excepto en el caso de mención exclusiva de opiáceos prescritos en programas de mantenimiento cuyo diagnóstico esté inequívocamente relacionado con opiáceos).

En la ficha de recogida de información se incluye información sobre las siguientes variables: fecha de la urgencia, sexo, edad, nacionalidad, condición legal del paciente (detenido/no detenido), diagnósticos de la urgencia (literales), sustancias psicoactivas mencionadas en la historia clínica (hasta 6), vía de consumo de las sustancias psicoactivas mencionadas, evidencias de relación directa entre el consumo de drogas y la urgencia expresadas por el médico en la historia clínica, drogas que el médico relaciona con la urgencia en la historia clínica (codificadas, al igual que las sustancias mencionadas, con ayuda de un sistema de códigos desarrollados al efecto), vía más reciente de consumo de las drogas que el médico relaciona con la urgencia en la historia clínica, y resolución de la urgencia.

Según el protocolo, cuando se decide monitorizar un área geográfica dada, han de monitorizarse todos los hospitales relevantes ubicados en dicha área, excluidas maternidades, hospitales pediátricos y hospitales monográficos, pero esto no siempre se cumple. Cada comunidad autónoma puede decidir si recoge la información de forma continua o lo hace sólo durante una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria en la Unidad Estatal. En el protocolo se recomienda igualmente recoger la información de forma activa seleccionando los episodios registrables tras una revisión exhaustiva de todas las historias clínicas de urgencias, pero no en todos los lugares se ha seguido este procedimiento, lo que constituye un argumento más para evitar las comparaciones temporales y espaciales basadas en el número absoluto de urgencias.

Resultados

En 2005 se recogieron 10360 episodios de urgencias en personas que habían realizado consumo no terapéutico o no médico de drogas psicoactivas (drogas de comercio ilegal, opioides diferentes a heroína o inhalables volátiles). De este computo se excluyen los episodios en los que sólo se mencionó alcohol, tabaco, hipnosedantes, antidepresivos, antipsicóticos, o cualquier combinación de estas sustancias. Las urgencias procedían de 13 comunidades autónomas. En la mayor parte de las áreas monitorizadas la recogida se limitó a una semana de cada mes seleccionada aleatoriamente, pero en otras, como la ciudad de Barcelona, se realizó una recogida continua. De las 10360 urgencias recogidas, 7089 estaban directamente relacionadas con el consumo no terapéutico de drogas psicoactivas; es decir, se hallaron en la historia clínica evidencias (expresiones del médico) que permitían relacionarla con el consumo no terapéutico de alguna de estas drogas (Tabla 2.2.1).

Centrándonos exclusivamente a partir de ahora en las urgencias directamente relacionadas con drogas, en 2005 las sustancias cuyo consumo se mencionó más frecuentemente en la historia clínica fueron cocaína (63,4% de los episodios), alcohol (39,0%) – a pesar de que sólo se recogió cuando se mencionaba junto a alguna otras drogas-, cannabis (27,9%), heroína (24,8%), hipnosedantes (24,6%), y otros opioides u opioides sin especificar (13,6%) (Tabla 2.2.2). En las urgencias de los hombres se mencionan en mayor proporción heroína, cocaína, cannabis y alcohol que en las de las mujeres, y sucede lo contrario con hipnosedantes, anfetaminas, éxtasis y el grupo residual “otras drogas” (donde se recogen sobre todo otros fármacos psicotrópicos)(Tabla 2.2.2), lo que sugiere un mayor policonsumo entre los hombres, mayormente en lo que atañe a drogas de comercio ilegal y alcohol. Con res-

pecto a los años anteriores, se observa que entre 1996 y 2004 se produjo una disminución importante de la proporción de menciones de heroína (61,5% en 1996, 40,5% en 2000, 26,8% en 2002 y 24,2% en 2004); en cambio en 2005 la proporción de menciones de esta droga fue bastante parecida a la de 2004 (24,8%) (Figura 2.2.1). Por lo que respecta a la proporción de menciones de cocaína, desde 2001 se observa una tendencia importante al aumento (44,4% en 2001, 49,0% en 2002, 58,5% en 2004 y 63,4% en 2005). A partir de 1999 la heroína ha dejado paso a la cocaína como la droga más frecuentemente mencionada en urgencias (Tabla 2.2.3; Figura 2.2.1). Incluso, en 2005 el número de urgencias con mención de alcohol -a pesar de registrarse sólo cuando existe consumo concomitante de otras drogas, o con mención de cannabis superan al número de urgencias con mención de heroína. En los últimos años se han producido también otros cambios en la mención de drogas en las urgencias directamente relacionadas con drogas. Por ejemplo, ha aumentado considerablemente la mención de cannabis pasando de 7,4% en 1996 a 27,9% en 2005 (Figura 2.2.2; Tabla 2.2.3), y la de alcohol, pasando de 13,3% en 1996 a 39,0% en 2005 (aunque en ese último caso la proporción parece estabilizada a partir de 2002). Las tendencias temporales en la mención de hipnosedantes no son valorables, especialmente a partir de 2002, por las diferencias en los criterios de recogida entre comunidades autónomas y en el análisis de los datos. Por su parte la mención de éxtasis aumentó entre 1996 y 2002, pasando de 1,6% a 6,3%, pero a partir de 2002 se ha mantenido relativamente estabilizada. La mención de anfetaminas manifiesta una línea de tendencia con dientes de sierra, y la proporción de menciones ha aumentado en 2005 con respecto a 2004. La mención de alucinógenos es rara, pero en 2005 ha aumentado después de varios años de descenso continuado. Si se consideran conjuntamente anfetaminas, éxtasis y alucinógenos se observa que su mención en urgencias aumentó hasta el año 2001 y a partir de entonces se ha mantenido relativamente estabilizada (Figura 2.2.2; Tabla 2.2.3).

Al interpretar los datos anteriores hay que tener en cuenta que se trata de menciones de consumo de estas drogas extraídas de 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

Tabla 2.2.1. Distribución de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas por comunidad autónoma (números absolutos). España, 2005.

	Urgencias en consumidores de sustancias psicoactivas	Urgencias directamente relacionadas con uso de drogas
Andalucía	346	249
Aragón	172	85
Asturias	70	47
Baleares	592	479
Castilla-La Mancha	345	228
Castilla y León	1.003	709
Cataluña	2.225	1.853
C. Valenciana	700	630
País Vasco	144	217
Extremadura	18	18
La Rioja	41	41
Madrid	1.341	3.028
Murcia	1.265	1.603
Total	10.360	7.089

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. Indicador urgencias.

Tabla 2.2.2. Características generales de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas según tipo de urgencia y sexo. España, 2005.

	Total urgencias en consumidores de drogas			Urgencias direct. relacionadas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Número de episodios	7.813	2.513	10.360	5.293	1.771	7.089
Edad media (años)	33,9	32,7	33,6	31,0	29,8	30,7
Mujeres (%)	-	-	24,3	-	-	25,0
Sustancias psicoactivas mencionadas (%)¹						
Heroína	29,5	27,0	28,9	26,3	22,1	24,8
Otros opiáceos	27,4	27,4	27,4	13,7	14,1	13,6
Cocaína	47,2	44,3	46,6	66,4	58,8	63,4
Anfetaminas	1,7	3,0	2,0	4,7	5,5	4,8
MDMA y derivados	2,9	3,5	3,1	5,5	6,8	5,7
Hipnosedantes	7,2	9,5	7,7	23,7	28,8	24,6
Cannabis	36,2	28,1	34,4	29,1	26,3	27,9
Alucinógenos	0,6	1,0	0,7	2,1	1,8	2,0
Sustancias volátiles	0,2	0,1	0,2	0,5	0,8	0,5
Alcohol	31,3	25,1	29,9	39,4	37,6	39,0
Otras sustancias	2,7	4,3	3,1	3,9	7,6	4,7
Evidencias de relación entre uso de drogas y urgencia (%)						
	67,7	70,5	68,4	-	-	-
Sustancias psicoactivas relacionadas (%)²						
Heroína	-	-	-	20,6	15,4	19,0
Otros opiáceos	-	-	-	8,2	9,3	8,3
Cocaína	-	-	-	58,8	49,7	55,5
Anfetaminas	-	-	-	4,0	5,1	4,2
MDMA y derivados	-	-	-	4,9	6,4	4,7
Hipnosedantes	-	-	-	15,6	22,4	17,0
Cannabis	-	-	-	22,8	20,3	21,7
Alucinógenos	-	-	-	1,8	1,6	1,7
Sustancias volátiles	-	-	-	0,4	0,8	0,5
Alcohol	-	-	-	33,1	32,3	32,3
Otras sustancias	-	-	-	2,4	6,1	3,3
Detenidos (%)						
	3,6	0,8	2,9	5,7	2,8	4,9
Resolución urgencia (%)						
Alta médica	80,7	78,4	80,2	79,1	79,1	79,1
Alta voluntaria	4,5	5,8	4,8	6,7	6,8	6,7
Ingreso hospitalario	12,0	13,6	12,4	8,6	7,7	8,4
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Traslado a otro centro	2,8	2,2	2,7	5,4	6,2	5,7

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

2. Incluye sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

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

Tabla 2.2.3. Características generales de los episodios de urgencias directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1996-2005.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005
Número de episodios	2.585	1.932	2.099	2.141	2.328	2.145	2.673	5.828	7.089
Edad media (años)	27,8	28,1	29,1	29,4	30,3	29,8	29,8	31,0	30,7
Sexo (%)									
Mujeres	21,4%	20,8%	23,1%	23,5%	27,4%	27,1%	27,4%	28,0%	25,0%
Sustancias psicoactivas mencionadas¹ (%)									
Heroína	61,4%	52,6%	43,8%	41,9%	40,5%	33,5%	26,8%	24,2%	24,8%
Otros opiáceos	17,3%	26,2%	23,3%	23,4%	20,9%	21,9%	17,7%	14,0%	13,6%
Cocaína	27,3%	29,9%	37,2%	48,1%	45,3%	44,4%	49,0%	58,5%	63,4%
Anfetaminas	3,1%	3,3%	3,4%	2,7%	2,6%	4,6%	3,8%	3,0%	4,8%
MDMA y derivados	1,6%	2,7%	2,9%	3,1%	4,8%	5,2%	6,3%	4,2%	5,7%
Hipnosedantes	25,7%	21,6%	26,1%	25,1%	30,6%	32,0%	34,1%	27,7%	24,6%
Cannabis	7,4%	7,3%	11,3%	12,2%	14,8%	19,1%	22,8%	25,1%	27,9%
Alucinógenos	2,7%	2,2%	2,9%	2,1%	2,9%	2,4%	1,4%	1,2%	2,0%
Sustancias volátiles	0,3%	0,1%	0,5%	0,1%	0,3%	0,9%	0,3%	0,7%	0,5%
Alcohol	13,3%	15,8%	22,9%	22,0%	29,5%	33,8%	39,0%	36,3%	39,0%
Otras sustancias	5,1%	3,6%	6,0%	2,0%	0,8%	2,8%	4,5%	12,5%	4,7%
Sustancias psicoactivas relacionadas² (%)									
Heroína	56,1%	50,9%	38,7%	33,0%	35,3%	29,2%	21,4%	17,5%	19,0%
Otros opiáceos	13,5%	17,4%	16,8%	18,9%	18,0%	17,4%	13,1%	9,1%	8,3%
Cocaína	19,9%	25,0%	31,6%	39,4%	40,9%	40,5%	44,7%	50,0%	55,5%
Anfetaminas	2,2%	2,9%	3,0%	9,8%	2,2%	4,2%	3,4%	2,3%	4,2%
MDMA y derivados	1,3%	2,2%	2,2%	2,4%	4,5%	4,4%	5,3%	3,2%	4,7%
Hipnóticos y sedantes	23,6%	18,9%	24,3%	23,8%	28,9%	29,2%	30,1%	22,3%	17,0%
Cannabis	6,2%	6,6%	8,9%	9,3%	12,8%	16,9%	19,9%	19,3%	21,7%
Alucinógenos	2,1%	1,8%	2,4%	1,7%	2,7%	1,9%	1,3%	0,8%	1,7%
Sustancias volátiles	0,2%	0,1%	0,3%	0,1%	0,3%	0,9%	0,2%	0,6%	0,5%
Alcohol	12,4%	15,2%	22,2%	20,0%	26,8%	29,0%	35,4%	30,7%	32,3%
Otras sustancias	4,1%	3,2%	4,9%	1,3%	0,8%	1,6%	1,8%	8,7%	3,3%
Condición legal (%)									
Detenido	14,4%	22,4%	11,7%	9,4%	6,4%	5,7%	5,2%	4,1%	4,9%
Resolución urgencia (%)									
Alta médica	80,5%	82,0%	81,2%	80,9%	78,7%	79,1%	82,1%	81,4%	79,1%
Alta voluntaria	7,0%	6,7%	8,8%	8,6%	8,5%	7,5%	7,4%	5,3%	6,7%
Ingreso hospitalario	7,6%	7,2%	6,0%	6,5%	8,3%	7,8%	6,3%	8,0%	8,4%
Muerte en urgencias	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,7%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%
Traslado a otro centro	4,8%	4,1%	3,9%	3,9%	3,7%	5,4%	4,0%	5,3%	5,7%

1. Incluye las sustancias consumidas habitual y esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia
2. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador urgencias.

te las drogas que el médico relaciona con la urgencia, el panorama es parecido, siendo en 2005 las sustancias relacionadas con más frecuencia: cocaína (55,5% de las urgencias), alcohol (32,3%), cannabis (21,7%), heroína (19,0%) e hipnosedantes (17,0%). Como una misma urgencia puede estar relacionada con el consumo de varias sustancias, la suma puede ser superior al 100% (Tabla 2.2.2). Considerando la evolución durante el período 1996-2005, se aprecian las mismas tendencias que en el caso de las drogas mencionadas en la historia clínica (Tabla 2.2.3).

Siguiendo sólo con las urgencias directamente relacionadas con drogas, en 2005 la mayor parte de los pacientes seguían siendo varones (75,0%), observándose las mayores proporciones de mujeres en las urgencias con mención de consumo de inhalables volátiles (36,8%), éxtasis (29,4%), hipnosedantes (28,8%) y anfetaminas (27,9%)(Tabla 2.2.4). Durante el período 1996-2005 aumentó algo la propor-

Tabla 2.2.4A. Características generales de las urgencias de drogas según tipo de urgencia y sustancias mencionadas o relacionadas con la urgencia. España, 2005 (continúa).

	Sustancias mencionadas ¹				
	Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y deriv.
Total de urgencias en consumidores de drogas					
Nº de episodios relacionados con cada droga	2663	1814	5945	403	497
Edad media (años)	34,8	35,9	31,4	26,6	25,9
Mujeres (%)	21,6	24,1	22,5	28,8	28,6
Detenidos (%)	6,8	6,7	3,8	2,8	2,1
Resolución urgencia (%)					
Alta médica	75,8	77,2	78,7	83,5	83,3
Alta voluntaria	7,0	6,7	6,2	5,6	6,8
Ingreso hospitalario	13,0	12,9	10,2	8,8	7,2
Muerte en urgencias	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	4,1	3,2	4,9	2,0	2,7
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas					
	Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y deriv.
Nº de episodios relacionados con cada droga	1761	963	4493	340	403
Edad media (años)	33,6	34,9	31,0	26,1	25,5
Mujeres (%)	22	25,5	22,9	27,9	29,4
Detenidos (%)	8,4	9,6	4,2	3,3	2,3
Resolución urgencia (%)					
Alta médica	77,3	81,3	78,2	85,7	84,0
Alta voluntaria	7,2	5,5	6,9	5,7	8,4
Ingreso hospitalario	10,0	8,9	8,9	6,7	4,6
Muerte en urgencias	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	5,3	4,3	5,9	1,9	3,0
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas					
	Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y deriv.
Nº de episodios relacionados con cada droga	1348	586	3932	297	330
Edad media (años)	33,0	34,5	30,8	25,6	25,4
Mujeres (%)	19,9	27,6	22	29,6	29,7
Detenidos (%)	9,6	10,7	4,1	3,1	2,2
Resolución urgencia (%)					
Alta médica	76,3	84,9	78,0	87,7	84,6
Alta voluntaria	7,2	5,8	7,0	4,5	9,6
Ingreso hospitalario	11,0	4,8	9,2	6,7	4,8
Muerte en urgencias	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0
Traslado a otro centro	5,4	4,5	5,8	1,1	1,1

1. Ver tabla 2.2.2

2. Ver tabla 2.2.2

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

Tabla 2.2.4B. Características generales de las urgencias de drogas según tipo de urgencia y sustancias mencionadas o relacionadas con la urgencia. España, 2005 (Final).

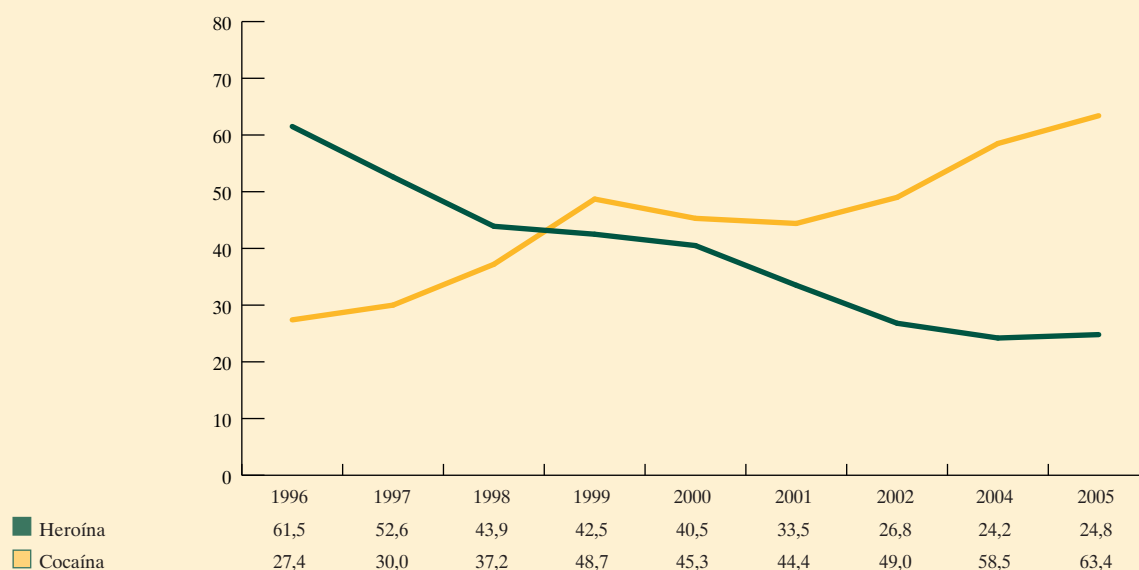
	Total de urgencias en consumidores de drogas		Sustancias mencionadas ¹			
	Hipnóticos y sedantes	Cannabis	Alucinógenos	Volátiles	Alcohol	Otras
Nº de episodios relacionados con cada droga	1983	3043	164	43	3646	431
Edad media (años)	32,2	28,5	26,1	26,9	31,4	32,4
Mujeres (%)	28,7	21,5	23,8	34,9	22,8	37,9
Detenidos	5,0	3,1	0,0	7,3	2,3	3,3
Resolución urgencia						
Alta médica	80,1	82,7	76,3	73,9	80,1	63,4
Alta voluntaria	4,9	4,0	8,2	4,3	6,2	2,8
Ingreso hospitalario	8,4	9,5	10,3	8,7	9,0	22,1
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	6,6	3,8	5,2	13,0	4,7	11,7
	Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas		Sustancias mencionadas ¹			
	Hipnóticos y sedantes	Cannabis	Alucinógenos	Volátiles	Alcohol	Otras
Nº de episodios relacionados con cada droga	1742	1975	143	38	2717	336
Edad media (años)	32,1	28,0	25,9	26,6	30,7	31,8
Mujeres (%)	28,8	23,2	22,4	36,8	24,2	39,6
Detenidos	5,1	3,5	0,0	5,6	2,5	2,1
Resolución urgencia						
Alta médica	80,2	81,8	75,9	72,7	79,2	66,5
Alta voluntaria	5,2	4,7	9,6	4,5	7,0	2,7
Ingreso hospitalario	7,5	8,5	9,6	9,1	7,8	17,9
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	7,1	5,0	4,8	13,6	6,1	12,9
	Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas		Sustancias relacionadas ²			
	Hipnóticos y sedantes	Cannabis	Alucinógenos	Volátiles	Alcohol	Otras
Nº de episodios relacionados con cada droga	1206	1538	120	36	2290	235
Edad media (años)	32,2	27,6	25,5	26,7	30,6	31,4
Mujeres (%)	32,4	22,9	22,5	36,1	24,5	45,7
Detenidos	3,7	3,4	0,0	5,9	2,8	2,2
Resolución urgencia						
Alta médica	82,0	82,2	77,1	75,0	79,0	66,1
Alta voluntaria	5,0	4,3	11,4	5,0	7,1	2,4
Ingreso hospitalario	6,8	9,1	7,1	10,0	7,7	18,5
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	6,2	4,4	4,3	10,0	6,1	13,1

1. Ver tabla 2.2.2

2. Ver tabla 2.2.2

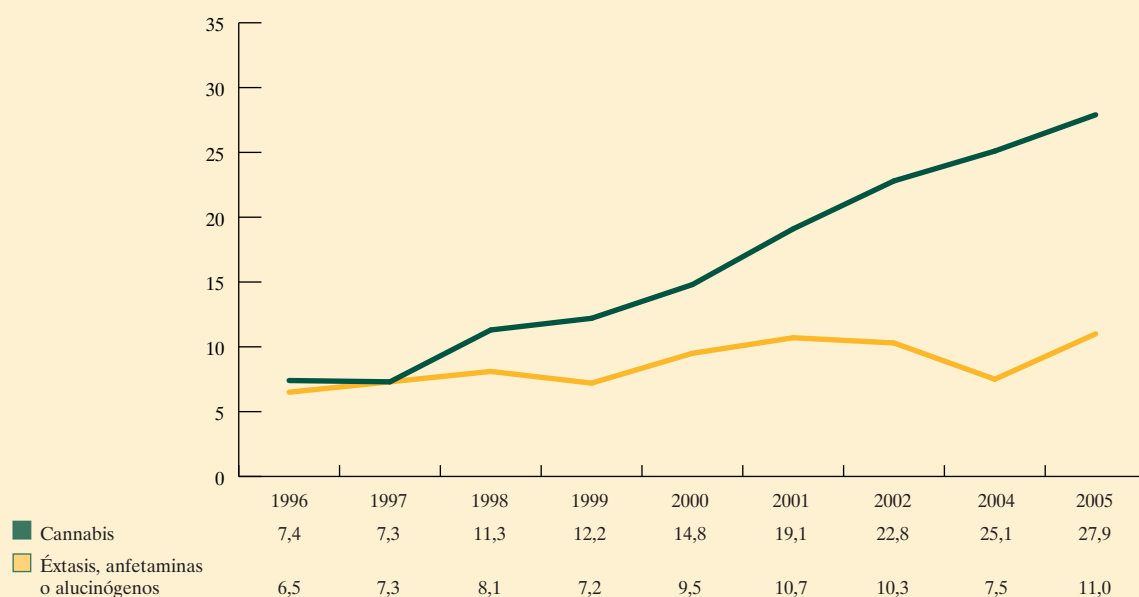
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español Sobre Drogas (OED). Indicador urgencias.

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, 1996-2005.



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, 1996-2005.



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

ción de mujeres (21,4% en 1996, y 25,0% en 2005) (Tabla 2.2.3). En 2005 la edad media de las personas atendidas fue de 30,7 años (algo más elevada en hombres que en mujeres), correspondiendo las edades medias más bajas a las urgencias con mención de éxtasis (25,5 años), alucinógenos (25,9 años), o inhalables volátiles (26,6 años) y las más elevadas a las urgencias con mención de heroína (33,6 años) u otros opiáceos (34,9 años) (Tabla 2.2.4). En el período 1996-2005 se observó una tendencia al aumento de la edad media de los pacientes atendidos (27,8 años en 1996, 30,3 años en 2000, 31,0 en 2004, y 30,7 en 2005) (Tabla 2.2.3).

En 2005 un 4,9% de las urgencias directamente relacionadas con las drogas correspondieron a personas detenidas, correspondiendo las mayores proporciones de detenidos a las urgencias con mención de heroína (8,4%) u otros opiáceos (9,6%) (Tabla 2.2.4). En el periodo 1996-2005 disminuyó sensiblemente la proporción de pacientes que llegaron detenidos por las fuerzas del orden a los servicios hospitalarios de urgencias (14,4% en 1996, 5,2% en 2002, 4,1% en 2004 y 4,9% en 2005) (Tabla 2.2.3).

En 2005 la mayor parte de las urgencias directamente relacionadas con las drogas se resolvieron con alta médica (79,1%) (Tabla 2.2.2). La distribución de las urgencias según resolución de la misma no ha variado demasiado a lo largo de los años y tampoco se aprecian grandes diferencias según las drogas mencionadas o según el sexo (Tablas 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4).

En cuanto a la vía de administración más frecuente de las drogas mencionadas en las urgencias directamente relacionadas con drogas, hay que tener en cuenta que existe una proporción importante de valores desconocidos, por lo que los resultados hay que tomarlos con bastante cautela. En 2005 en las urgencias con mención de heroína la vía de administración predominante fue la parenteral (62,4%), seguida de la pulmonar (29,2%), y la intranasal o esnifada (7,0%), y en las urgencias con mención de cocaína, la intranasal o esnifada (55,4%), seguida de la pulmonar o fumada (22,7%) y de la inyectada (20,5%) (Tabla 2.2.5).

Seguramente estos datos son más acordes con la realidad que los referidos a 2002 publicados en el Informe del OED 2004. De hecho, en aquel momento los episodios de urgencias en que se mencionaba “consumo inhalado” se atribuyeron a consumo por vía pulmonar o fumada, cuando con el nuevo sistema de recogida de información que se inició en 2003 parece que esos episodios se clasifican ahora en vía intranasal o esnifada. Esta mejora de la clasificación en el caso de la cocaína supone un cambio importante porque la vía de administración más frecuente en urgencias deja de ser la pulmonar, y pasa a ser con mucha diferencia la intranasal, al igual que sucede en el indicador tratamiento. En el caso de la heroína se confirma que en urgencias el peso de la vía inyectada es mucho mayor que entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de esta droga, lo que viene a poner de manifiesto el mayor riesgo de algunos problemas agudos, como la sobredosis, entre los inyectores.

Los datos sobre la vía de administración referidos a otras drogas concuerdan con lo conocido a partir de otra fuentes. En el caso del éxtasis, los hipnosedantes y los opioides diferentes a heroína es casi exclusivamente oral, en el caso de las anfetaminas y los alucinógenos predomina mayoritariamente la vía oral, con una pequeña proporción de consumidores por vía intranasal, y en el caso del cannabis, la vía pulmonar, con una pequeña proporción de consumidores por vía oral (Tabla 2.2.5).

La comparación de los datos referidos a la vía de administración con los de años anteriores debe en principio evitarse debido a la mejora de la clasificación de la variable y a otros cambios, como el hecho de que en 2005 se hayan incluido todos los episodios recogidos en la ciudad de Barcelona, que como se puede ver en la tabla 2.2.1 pesan bastante en el conjunto.

Tabla 2.2.5. Vía de administración de las drogas mencionadas o relacionadas con la urgencia en consumidores de sustancias psicoactivas. España, 2005.

	Total de urgencias en consumidores de drogas		Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas			
	Drogas mencionadas		Drogas mencionadas		Drogas relacionadas	
	Nº	%	Nº	%	N	%
Heroína						
Oral	51	3,6	48	4,8	8	1,1
Pulmonar o fumada	331	23,6	216	21,8	220	29,2
Intranasal o esnifada	75	5,3	59	6,0	53	7,0
Inyectada	941	67,1	664	67,1	470	62,4
Otra vía	4	0,3	3	0,3	2	0,3
Otros opiáceos						
Oral	1623	97,7	804	96,1	511	91,3
Pulmonar o fumada	5	0,3	2	0,2	31	5,5
Intranasal o esnifada	5	0,3	2	0,2	31	5,5
Inyectada	33	2,0	31	3,7	18	3,2
Otra vía	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cocaína						
Oral	158	6,5	145	7,6	24	1,4
Pulmonar o fumada	428	17,7	314	16,5	390	22,7
Intranasal o esnifada	1244	51,4	1028	54,0	951	55,4
Inyectada	591	24,4	418	21,9	351	20,5
Otra vía	1	0,0	0	0,0	0	0,0
Anfetaminas						
Oral	213	87,7	170	86,7	137	77,4
Pulmonar o fumada	5	2,1	4	2,0	18	10,2
Intranasal o esnifada	23	9,5	20	10,2	20	11,3
Inyectada	2	0,8	2	1,0	2	1,1
Otra vía	0	0,0	0	0,0	0	0,0
MDMA						
Oral	367	99,7	291	99,7	214	91,1
Pulmonar o fumada	0	0,0	0	0,0	20	8,5
Intranasal o esnifada	1	0,3	1	0,3	1	0,4
Inyectada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otra vía	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hipnosedantes						
Oral	2041	96,7	1761	96,8	1167	92,8
Pulmonar o fumada	2	0,1	0	0,0	89	7,1
Intranasal o esnifada	1	0,0	1	0,1	0	0,0
Inyectada	63	3,0	57	3,1	1	0,1
Otra vía	4	0,2	0	0,0	0	0,0
Cannabis						
Oral	129	5,5	120	8,5	38	3,5
Pulmonar o fumada	2188	94,0	1281	91,0	1043	95,6
Intranasal o esnifada	9	0,4	5	0,4	6	0,5
Inyectada	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Otra vía	2	0,1	2	0,1	2	0,2
Alucinógenos						
Oral	75	91,5	64	92,8	47	81,0
Pulmonar o fumada	3	3,7	0	0,0	6	10,3
Intranasal o esnifada	4	4,9	4	5,8	4	6,9
Inyectada	0	0,0	1	1,4	1	1,7
Otra vía	0	0,0	0	0,0	0	0,0

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

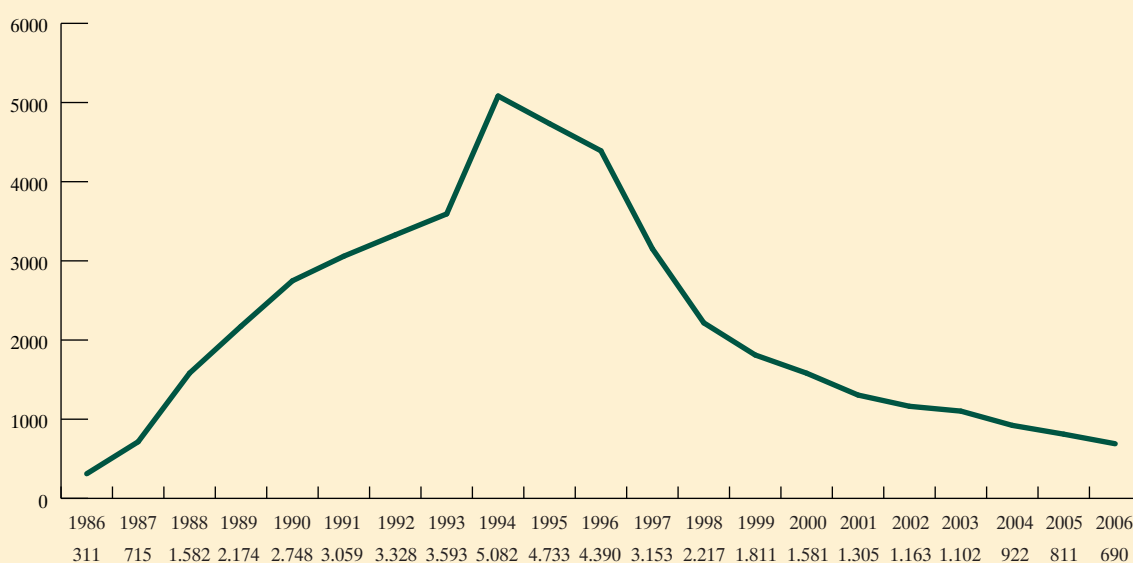
2.3. INFECCIONES EN CONSUMIDORES DE DROGAS, 1986-2006

Sida e infección por VIH relacionados con la inyección de drogas

En los últimos 20 años, el sida y la infección por VIH ha sido uno de los principales problemas de salud asociados con el uso de drogas en España. Desde 1981, año de inicio de la epidemia, hasta el 30 de junio de 2007 se habían notificado un total de 74.885 casos de sida, de los cuales el 62,3% correspondían a la categoría de transmisión de inyección de drogas. En 2006 se diagnosticaron 1605 casos (estimación corregida por retraso en la notificación), el 43,0% de los cuales se atribuyeron al consumo inyectado de drogas. Esta proporción ha disminuido en los años más recientes después del pico registrado en 1990 (69,7%), y el porcentaje correspondiente a la categoría de transmisión sexual se ha incrementado proporcionalmente. Es importante señalar que desde el año 2003 el número de nuevos casos de sida en mujeres relacionados con las prácticas sexuales de riesgo es mayor que el de casos relacionados con la inyección de drogas. El número anual de nuevos casos de sida relacionados con la inyección de drogas ha ido reduciéndose de forma importante desde 1994 hasta la actualidad (Figura 2.3.1). Este descenso puede ser consecuencia de varios factores que han favorecido la evolución de la epidemia en los últimos años, entre los que cabe destacar la elevada disponibilidad de tratamientos de mantenimiento con metadona y el acusado descenso del uso de la vía inyectada para el consumo de heroína.

Al interpretar los datos del Registro Nacional de Sida se ha tener en cuenta que es un registro acumulativo y el número de casos en los años más recientes puede verse afectado por el retraso en la notificación. Además, es importante recordar que sólo registra anualmente los nuevos casos diagnosticados de sida y no los nuevos casos de infección por VIH. Es decir, que no proporciona información sobre la incidencia de nuevas infecciones por VIH. Esta información se puede obtener a partir del sistema de registro de nuevas infecciones por VIH existente en algunas CCAA.

Figura 2.3.1. Evolución de los diagnósticos de sida asociados al uso inyectado de drogas (número). España, 1986-2006*.



* Actualización a 30 de junio de 2007. Datos corregidos por retraso en la notificación.

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

Registro de nuevas infecciones por VIH y estudios de incidencia

Para compensar las limitaciones del Registro de Casos de Sida, varias CCAA han puesto en marcha sistemas de registro de nuevas infecciones por VIH. Los registros correspondientes a Navarra y Rioja muestran que después del pico alcanzado a mediados de los años 80 se produjo un rápido descenso del número de infecciones hasta 1996. A partir de ese año aprecian signos de un descenso más lento. Con los años ha ido aumentando el número de CCAA que notifican al sistema, llegando a ser ocho (Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Navarra, el País Vasco y la ciudad autónoma de Ceuta, con un total de casi 14 millones de habitantes) en 2003-2006.

El número de nuevos diagnósticos de VIH registrados en dicha área durante 2003-2006 fue de 4280 casos (1150 en 2003, 1143 en 2004, 1018 en 2005, y 969 en 2006), 78,0 casos por millón de habitantes en el conjunto del período, de los que un 15,3% correspondió a inyectadores de drogas. Se observa un descenso progresivo del número y la proporción de casos diagnosticados que corresponden a la categoría de transmisión de inyectadores de drogas, desde 19,0% (n=218) en 2003 a un 11,5% (n=111) en 2006.

El número de nuevos diagnósticos de VIH en inyectadores de drogas fue casi 4 veces más alto en hombres que en mujeres, y la proporción que suponían los inyectadores sobre el total de diagnósticos de cada sexo también fue más elevado en hombres (16,2%) que en mujeres (12,6%) (Tabla 2.3.1).

Tabla 2.3.1. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH en inyectadores de drogas según año de diagnóstico y sexo (número absoluto y porcentaje sobre el total de nuevos diagnósticos VIH). España (8 CCAA), 2003-2006.

	Hombre		Mujer		Total	
	Nº	%	Nº	%	N	%
2003	176	20,1	42	15,3	218	19,0
2004	141	16,8	48	15,8	189	16,5
2005	114	15,0	24	9,3	138	13,6
2006	92	12,3	19	8,6	111	11,5
Total	523	16,2	133	12,6	656	15,3

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Los datos del Proyecto Itínere (estudio de cohortes en Madrid, Sevilla y Barcelona en consumidores de heroína de 30 años o menos) para el período 2001-2003 muestran una tasa muy alta de incidencia de infección por VIH (4,5 por 100 personas-año (pa); IC 95%: 2,9-6,7) en inyectadores jóvenes, lo que sugiere de nuevo que la caída del número de infecciones ligadas al consumo parenteral de drogas se ha debido más al descenso del número de inyectadores que al descenso de la prevalencia de conductas de riesgo para la transmisión del VIH (que de hecho sigue siendo elevada). Por otra parte, hasta ahora se creía que la infección por VIH en usuarios de heroína que no se inyectan era rara, pero la

misma fuente muestra una incidencia muy alta en los jóvenes usuarios de heroína de Sevilla (3,4/100 pa; CI95%: 0,9-8,7). Esto confiere gran importancia a la transmisión sexual, y a la necesidad de prestar más atención a las parejas de inyectadores seropositivos.

Prevalencia de infección por VIH en inyectadores

Los estudios de prevalencia tienen muchas limitaciones para valorar la tendencia de la epidemia de infección en inyectadores de drogas, limitaciones que son todavía mayores cuando las muestras son pequeñas o son de ámbito local y difícilmente comparables entre sí. Por esta razón, en este informe sólo se incluyen trabajos con muestras amplias o realizados en áreas geográficas relativamente extensas. El Proyecto EPI-VIH, que proporciona datos sobre infección por VIH en personas que acuden a realizarse la prueba por primera vez a centros de enfermedades de transmisión sexual y/o diagnóstico de VIH, muestra que el número de inyectadores que van a dichos centros a realizarse la prueba ha disminuido desde 1.547 en 1991 hasta 191 en 2004; el número de casos de infección ha caído desde 690 a 36 y la prevalencia de VIH en este grupo desde 46,6% a 20%. 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 saben que están infectadas. Sin embargo, pueden ser sensibles para detectar cambios temporales en la transmisión del VIH.

Entre los inyectadores de heroína captados en 2001-2003 por el Proyecto Itinere las prevalencias de infección por VIH fueron 20,8% en Barcelona, 22,2% en Sevilla y 34,9% en Madrid, con importantes descensos entre 1995 y 2001-2003 en Barcelona y Sevilla, pero no en Madrid. Esta diferente situación y evolución de las tres ciudades podría relacionarse con el retraso en la implementación en Madrid de los tratamientos de mantenimiento con metadona. La prevalencia entre los consumidores de heroína que no se inyectan fue 4,0%, sin diferencias entre las ciudades, y ser mujer se asoció fuertemente con la infección en este grupo.

Además, los datos del indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas del OED muestra que la prevalencia de infección entre los consumidores de drogas que se habían inyectado en los 12 meses anteriores a la admisión a tratamiento (inyectores recientes) disminuyó moderadamente, desde el 37,1% en 1996 hasta un 33,5% en 2000 y 32,7% en 2005. Este descenso afectó tanto a hombres como a mujeres y fue algo menos pronunciado entre los mayores de 34 años (entre los que la prevalencia descendió desde 48,9% hasta 41,9% en 2005) que entre los menores de 25 (en los que disminuyó desde el 20,3% hasta el 9,7%). También como en años anteriores, en 2005 las mujeres que se habían inyectado recientemente presentaban una prevalencia más elevada que los hombres (39,5% y 31,7% respectivamente). En cualquier caso, al interpretar los datos, hay que tener muy presente que en 2005 el estado serológico frente al VIH era desconocido en el 31,3% de los 4358 inyectadores recientes admitidos a tratamiento con información válida.

Los datos de prevalencia de infección por VIH entre las personas que formaron parte de la Encuesta Estatal a Personas Admitidas a Tratamiento por Heroína o Cocaína, 2003-2004, se muestran en el apartado 2.6.

Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) para la infección por el VIH

Hay evidencias suficientes sobre la eficacia del TARGA en múltiples ensayos clínicos, así como de la importancia de la adherencia para una buena respuesta al tratamiento. En España el acceso a los TARGA es amplia para todas las categorías de transmisión. Sin embargo, algunos datos sugieren que

el manejo de los pacientes consumidores de drogas es complicado y se requerirían protocolos específicos, dada la repercusión que la falta de cumplimiento tiene en la resistencia vírica y en la mortalidad de los infectados. Según un estudio de una cohorte de pacientes atendidos en 10 hospitales españoles entre 1997 y 2003, los inyectadores de drogas tuvieron un 33% menos de posibilidades de iniciar TARGA y una mayor mortalidad que los pacientes que habían adquirido la infección a través de relaciones homosexuales. La amplia extensión de la red asistencial de tratamiento de drogas en España, especialmente la de metadona, constituye una ventaja comparativa con otros países para el abordaje integral del tratamiento de la dependencia y la patología orgánica en los consumidores de drogas que no debe desaprovecharse.

Conductas de riesgo para la transmisión de infecciones

Los estudios de conductas de riesgo para la transmisión de infecciones por VIH o virus de la hepatitis en inyectadores de drogas junto con los que permiten conocer la incidencia de estas infecciones son trascendentales para el conocimiento de su historia natural, los factores asociados y la previsión del comportamiento futuro de la epidemia de sida y hepatitis. Sin embargo, actualmente en España apenas hay estudios que investiguen las conductas de riesgo para la transmisión sanguínea o sexual de infecciones en estas poblaciones. En una muestra comunitaria de 300 consumidores captados en Barcelona y alrededores durante 2004, el 17,7% recibió jeringas usadas en los últimos 6 meses, el 74,8% dio o recibió droga disuelta en una jeringa usada y el 77,9% compartió otro material, lo que sugiere que sigue habiendo poblaciones de inyectadores de drogas con conductas de riesgo de infección inaceptablemente elevadas.

Los datos de prevalencia de conductas de riesgo sexuales y de inyección entre las personas que formaron parte de la Encuesta Estatal a Personas Admitidas a Tratamiento por Heroína o Cocaína, 2003-2004, se muestran en el apartado 2.6.

Hepatitis virales

Las importantes consecuencias para la salud de la infección por VIH y el impacto de esta epidemia ha mantenido durante muchos años en un segundo plano los problemas asociados a las elevadísimas prevalencias de infección por los virus B ó C de la hepatitis entre las personas que se inyectan drogas. La evolución positiva de la epidemia de infección por VIH está poniendo de manifiesto el elevado impacto que está teniendo, y sin duda tendrá en el futuro, la epidemia de las hepatitis virales en la morbimortalidad de estas poblaciones.

La prevalencia de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es generalmente más elevada entre los inyectadores de drogas o entre los consumidores intensos de drogas por otras vías que en la población general. Según Itínere, las prevalencias de infección por VHB en 2001-03 en inyectadores jóvenes de las ciudades de Madrid, Barcelona y Sevilla variaba entre 20% y 35%, y en no inyectadores que consumían heroína entre 4,4% y 8,9%. Además, a pesar de la recomendación de vacunación para personas con prácticas de riesgo introducida en el año 1982 y de los programas específicos de vacunación frente al VHB en adolescentes iniciados en 1991-1995, recientemente se ha comprobado que la protección de los jóvenes consumidores de heroína frente a dicho virus en estas ciudades es bastante baja y que se pierden muchas oportunidades de vacunar en los servicios de atención.

La prevalencia de infección por el virus de la hepatitis C es muy elevada entre los inyectadores de drogas de todo el mundo y España no es una excepción. En España están infectados entre el 65% y el 90% de los inyectadores, dependiendo del área geográfica y la procedencia de la muestra estudiada. Los datos de Itínere muestran que la incidencia de VHC entre los jóvenes inyectadores es extremadamente alta (34,8/100 personas-año; IC 95%: 26-46/100). Una tasa de incidencia tan elevada, es consistente con la estabilización de la epidemia de infección por VHC en los niveles de prevalencia mencionados, tal como se aprecia en un estudio realizado en un hospital de Barcelona entre 2.219 inyectadores desde el año 1987 hasta 2001. También, y tal como se muestra en este mismo trabajo, mientras que la prevalencia de infección por VHC se mantiene bastante estable, la prevalencia de infección por VIH parece ir disminuyendo lentamente.

El problema de la infección por el VHC es objeto de preocupación, pues además de estar muy extendida entre los inyectadores de drogas, no existe vacuna ni parece previsible que la haya en un futuro cercano, dadas la estructura y biología de este virus, por lo que debe ponerse todo el énfasis posible en la prevención. Se trata de una infección que no suele presentar síntomas en su fase aguda por lo que en un 66%-80% no se diagnostica. Además evoluciona con mucha frecuencia (55%-85%) a hepatitis crónica, que a menudo se desarrolla también con poca sintomatología. El problema principal es que al menos un 5%-10% de las hepatitis crónicas evolucionan a enfermedad hepática grave como cirrosis o cáncer de hígado, y conducen a una muerte prematura. La transmisión del VHC por el uso compartido del material de inyección se produce en forma similar a otros patógenos de transmisión sanguínea, sin embargo se calcula que es diez veces más infeccioso que el VIH. Ello explica que en todo el mundo las tasas de infección entre los jóvenes que se inyectan sean cuatro o cinco veces más elevadas que las del VIH, y que sea la infección por VHC la que primero se adquiere.

Además, otro aspecto a tener en cuenta es el alto nivel de coinfección por el VIH y el VHC. En un estudio recientemente publicado sobre una muestra de 3.247 inyectadores que acudieron a los Centros de Información y Prevención de Sida de la Comunidad Valenciana entre 1990 y 1996, el 45,1% estaba infectado por el VHC y el VIH. Entre los inyectadores jóvenes de Madrid, Sevilla y Valencia captados en la comunidad entre 2001 y 2003 el 26,8% era VHC negativo, el 49,8% estaba infectado sólo por el VHC y el 23,4% estaba coinfectado por VHC y VIH. Otros estudios locales confirman también prevalencias elevadas de coinfección. Este hecho es importante porque es sabido que la hepatitis C en pacientes con VIH tiene un peor pronóstico, con una progresión acelerada de la enfermedad hepática. Este peor pronóstico y su previsible impacto en los servicios de atención se observa en un estudio realizado en un hospital de Madrid donde una revisión de las historias clínicas de 2.008 ingresados (84% eran inyectadores de drogas) infectados por el VIH entre 1996 y 2004 mostró que las admisiones por enfermedad hepática crónica descompensada se incrementaron desde el 9% en 1996 hasta el 26% en 2002, para decrecer posteriormente hasta el 20% en 2004.

En España la prevalencia de anticuerpos frente al VHC en población general oscila entre el 1% y el 2,6% (en Madrid y Cataluña se encuentra entre el 2,5%-2,6%), claramente superior a la observada en los países centroeuropeos (0,9% en Bélgica; 0,6% en Alemania; 1% en Francia), pero similar o inferior a la encontrada en el norte de Italia (3,2%-4,8%). A esta prevalencia contribuye previsiblemente de forma importante la elevada prevalencia de infección entre los inyectadores de drogas. En los últimos años, probablemente debido al descenso del consumo inyectado de drogas, entre otros factores, ha disminuido la incidencia poblacional de casos de infección, sin embargo se prevé que en los próximos años se incremente el número de pacientes con enfermedad hepática avanzada. En España la hepatitis crónica C representa la primera causa de cirrosis hepática, por delante del consumo excesivo de alcohol.

2.4. MORTALIDAD RELACIONADA CON LAS DROGAS, 1983-2005

Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2005

■ Antecedentes

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es relevante porque es un reflejo importante del impacto social y sanitario del uso de sustancias psicoactivas, y porque, en el caso de algunas drogas ilegales como la heroína, puede usarse, junto a otros indicadores indirectos, para monitorizar las tendencias de consumo problemático.

Sin embargo, la recogida de estas muertes no es fácil porque son muy heterogéneas y difíciles de clasificar. En un sentido amplio, podrían considerarse relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas muertes tan dispares como una cirrosis alcohólica, un accidente de tráfico bajo la influencia de benzodiazepinas, un suicidio con barbitúricos, una “sobredosis” accidental por heroína y un homicidio relacionado con tráfico de drogas. Además, en muchas ocasiones la contribución del consumo de las sustancias psicoactivas a estas muertes es bastante difícil de probar y cuantificar, sobre todo cuando el consumo está alejado en el tiempo o existen otros factores causales concomitantes (por ejemplo, la conducción imprudente de vehículos o máquinas peligrosas).

En los sistemas de información rutinarios y con una base geográfica amplia es muy problemático recoger información sobre las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas porque en estos casos la muerte es con frecuencia el resultado de una compleja interacción de varios factores, entre ellos el consumo de drogas, siendo difícil identificar el más relevante, y porque en algunos tipos de muerte (por ejemplo, en los accidentes) la presencia de estas sustancias no se investiga de forma sistemática. En consecuencia, es preferible monitorizar sólo algunos tipos de muerte bien definidos para los que la relación entre el consumo de sustancias y la muerte pueda establecerse con una validez razonable (por ejemplo, en las muertes por reacción aguda tras el consumo de estas sustancias).

En España, tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta surgió la necesidad de cuantificar y monitorizar las tendencias de las muertes asociadas al consumo de opiáceos. Se realizaron algunos estudios preliminares de validación de las distintas fuentes que podían ofrecer información y se comprobó que las estadísticas oficiales de mortalidad basadas en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la Organización Mundial de la Salud y en los procedimientos habituales de certificación de la muerte no reflejaban adecuadamente las muertes por reacción aguda a estas drogas. Las razones de esta situación eran complejas. Adicionalmente, se demostró que los entonces llamados Institutos Anatómico Forenses, junto con las instituciones encargadas de realizar análisis toxicológicos (generalmente el Instituto Nacional de Toxicología), eran las fuentes más completas y apropiadas para recoger información sobre estas muertes. No es extraño que así fuera, porque en España tanto el sistema de salud como la policía deben remitir todos los casos conocidos de muerte súbita, violenta o no natural al juez, quien normalmente pone en marcha una investigación, implicando generalmente a médicos forenses y a toxicólogos, para tratar de esclarecer sus causas.

Por la razón expuesta, en el marco del antiguo Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), se desarrolló un sistema para recoger las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína a partir de fuentes forenses y toxicológicas. Un sistema de estas características tiene además la ventaja, frente a uno basado, por ejemplo en la policía, de que el diagnóstico de la causa de la muerte es establecido por un profesional especializado —un médico— con herramientas adecuadas para realizarlo y de que existe habitualmente documentación escrita suficiente y accesible sobre el caso.

■ Metodología

El indicador “mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas”, o indicador mortalidad directamente relacionada con las drogas, 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). 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. 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 boca, fosas nasales, estómago, etc., olor a disolvente en el cabello, el aliento, 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 médico-legal reciente de la persona ahora fallecida.
2. Evidencia 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 excluyen 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, aquellas 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 descartan las muertes por las siguientes causas:

- a. Patologías infecciosas adquiridas presumiblemente como consecuencia del consumo de drogas (sida, endocarditis, hepatitis, septicemia, tétanos, etc.).
- b. Homicidios de cualquier tipo, aunque el fallecido estuviese bajo la influencia de sustancias psicoactivas, se produjera en el curso de actividades relacionados con el tráfico o el consumo de drogas, o el homicida empleara sustancias psicoactivas para provocar la muerte.
- 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. Suicidios (ahorcamiento, precipitación, inmersión, por arma de fuego, etc.), en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas. En cambio, se incluyen las muertes provocadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda autoinfligida con sustancias psicoactivas.
- 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. Se incluyen las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en personas en programas de mantenimiento con metadona, a menos que pueda demostrarse que todas las drogas psicoactivas tomadas por el fallecido han sido correctamente prescritas y administradas.
- g. Muertes por una enfermedad crónica relacionada con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachera).

Este indicador comenzó a funcionar de forma sistemática en 1990 en determinadas áreas (municipios o partidos judiciales) de varias comunidades autónomas, incluyendo seis de las mayores ciudades del Estado (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao). De estas ciudades se recogió, además, en 1989 información retrospectiva para el período 1983-1989, utilizando los mismos criterios y definiciones. A partir de 1990 la cobertura del indicador fue ampliándose sucesivamente hasta llegar a cubrir en 2005 casi a la mitad de la población española, estando monitorizadas la mayoría de las grandes áreas urbanas y muchas ciudades de tamaño medio.

La implementación del indicador ha tenido algunos problemas que han debido ser solventados sobre la marcha. Por ejemplo, a pesar de que la actualización del protocolo de enero de 1991 establecía procedimientos detallados para la recogida y transmisión de la información de las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína, estos procedimientos eran tan complejos que a la larga resultaron inoperativos, por lo que en muchas áreas se abandonaron y se sustituyeron por otros más eficientes y adaptados a sus condiciones particulares. Por el contrario, los criterios de selección de caso y las definiciones de las variables se han mantenido bastante estables en el tiempo y en el espacio.

El indicador sufrió una modificación importante en 1996, consistente en:

1. Ampliar el registro a las muertes por reacción aguda a cualquier sustancia psicoactiva, ya que hasta entonces sólo se recogían las muertes por opiáceos o cocaína.
2. Explicitar mejor los criterios de selección de casos, añadiendo los siguientes criterios de exclusión:
 - Muertes en personas menores de 10 ó mayores de 49 años.
 - Muertes en que no ha existido intervención judicial ni estudio pericial forense sobre sus causas, con constancia escrita de los resultados.
 - Muertes por consumo o ingestión accidental (o no intencionada) de sustancias psicoactivas. Por ejemplo, muertes por ruptura de una bolsa de droga ingerida con fines de tráfico.
 - Muertes por reacciones adversas a medicamentos psicoactivos correctamente prescritos y administrados.

- Muertes por enfermedades crónicas relacionadas con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachera), sin evidencia de reacción aguda a otras sustancias psicoactivas registrables.
- Muertes por homicidio, en que hay evidencias claras de que a la víctima le fue administrada la sustancia psicoactiva o fue obligada a administrársela.
- Muertes por uso de disolventes, productos domésticos o cáusticos por vías diferentes a la inhalada o esnifada.

Con respecto a los criterios de inclusión se añadió que se consideraría también que existían antecedentes recientes de consumo si había evidencias clínicas de patología aguda por consumo de sustancias psicoactivas inmediatamente anteriores a la muerte.

3. Fijar el partido judicial como unidad de cobertura en las áreas monitorizadas. La utilización de esta unidad de cobertura no supuso en la práctica una ruptura con el concepto de ciudad monitorizada que se empleó inicialmente en el indicador mortalidad. En el caso de las grandes ciudades, el límite del municipio coincide con el del partido judicial, o bien el resto de municipios incluidos tiene un peso mucho menor en cuanto al número de habitantes.
4. Introducir nuevas variables. En concreto las siguientes: juzgado que tramita el caso y localidad en que está situado, provincia y municipio de residencia del fallecido, estado civil, evidencias de suicidio, signos recientes de venopunciones, existencia de otra causa básica de defunción precipitada o complicada por el consumo reciente de sustancias psicoactivas, nombre de las sustancias psicoactivas consumidas inmediatamente antes de la muerte. Igualmente, se introdujeron cuatro nuevas variables de control que no se enviaban a la comunidad autónoma como: DNI del fallecido, número de informe forense o de autopsia, número de informe toxicológico y número de diligencias previas.
5. Modificar o desarrollar las definiciones o la presentación de algunas variables o categorías. En concreto:
 - Se abrió la posibilidad de señalar otras instituciones cumplimentadoras de la hoja además de un instituto forense o de un instituto toxicológico.
 - Se incluyeron cuatro abecedarios para facilitar el registro de las dos primeras letras de cada uno de los dos primeros apellidos.
 - En la variable “muestras biológicas analizadas” se añadieron códigos para bilis, contenido gástrico, líquido cefalorraquídeo (LCR) y humor vítreo.
6. Introducir cierta flexibilidad en los procedimientos de recogida de información. Se constató que en estas muertes el juez podía solicitar, y de hecho lo hacía frecuentemente, informes a otros peritos distintos del forense, como toxicólogos u otros analistas de laboratorio. En la práctica las formas de relación entre los distintos agentes que intervienen en el estudio de estas muertes (jueces, médicos forenses, analistas de laboratorio) y las formas de archivar y conservar la información variaban bastante entre áreas geográficas y entre los propios agentes individuales. Por ejemplo, era bastante habitual que donde existía Instituto Anatómico Forense se archivaran en él todos los informes o expedientes de los fallecimientos que habían requerido intervención judicial, mientras que en las áreas donde no existía esta institución, dichos informes sólo podían ser reunidos revisando exhaustivamente la documentación de todos los juzgados y forenses que operaban en el área. La situación era todavía más variopinta en lo que respecta a los informes analíticos o toxicológicos, aunque era evidente que en algunas áreas los Departamentos del Instituto Nacional de Toxicología continuaban siendo una referencia fundamental. En estas circunstancias era muy difícil establecer unos procedimientos homogéneos de recogida de información. Por lo tanto, se estableció el criterio mínimo de recoger la información de forma activa y retrospectiva a partir de la documentación forense y analítica, pero no fue posible ir más allá. La experiencia anterior venía demostrando que era muy difícil fijar de forma muy detallada los procedimientos y que era necesario ser flexibles para que pudieran adaptarse a las condiciones específicas de cada área monitorizada.

En 2003 se realizó otra pequeña modificación, consistente en:

1. Ampliar la recogida de información a los fallecidos de 10 a 64 años. Anteriormente, sólo se recogía información de 15 a 49 años.
2. Introducir la variable nacionalidad, y sustituir la variable provincia de nacimiento por dos variables indicativas del lugar de nacimiento (provincia de nacimiento para los nacidos en España y país de nacimiento para los nacidos en el extranjero).

En 2005 se ha decidido excluir de la tabulación y el análisis estadístico los casos en cuyos análisis toxicológicos se detectaban exclusivamente alcohol, hipnosedantes, inhalables volátiles o cualquier combinación de estas sustancias sin presencia de otras drogas psicoactivas. Hasta 2004 las cifras publicadas excluían los fallecidos en que se detectaba exclusivamente alcohol, pero no aquéllos en que se detectaban exclusivamente hipnosedantes o inhalables volátiles, o la combinación de estas sustancias con alcohol. El cambio del criterio de tabulación y análisis estadístico se justifica por la necesidad de adaptar nuestra definición a la manejada por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.

■ Resultados

La distribución y evolución de las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en las principales áreas españolas monitorizadas se muestra en la Tabla 2.4.1. La gran mayoría de los casos se obtuvieron de los Institutos de Medicina Legal de las distintas áreas monitorizadas (antiguos Institutos Anatómico Forenses), aunque algunos proceden de médicos forenses agrupados en otras entidades o de 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, 98,6% en 2002, 99,4% en 2003, 99,6% en 2004 y 100,0% en 2005.

En la tabla 2.4.2. se muestran las características generales de una muestra de fallecidos en 2003, 2004, y 2005, procedentes de un área geográfica parecida, pero no idéntica cada año. Del conjunto de fallecidos de la muestra, un 14,7% en 2003, un 16,1% en 2004 y un 13,7% en 2005 fueron mujeres, frente a un 11,7% en 2002. Su edad media fue de 35,3 años en 2003, 37,0 años en 2004 y 36,1 años en 2005 (frente a 34,7 años en 2002). La mayoría de los que tenían información sobre el estado civil estaban solteros (68-69%). Un 12,1% en 2003, un 8,8% en 2004 y un 5,7% en 2005 presentaban evidencias de suicidio. Un 53,3% en 2003, un 43,0% en 2004 y un 51,7% en 2005 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). Un 42,7% en 2003, un 40,6% en 2004 y un 42,8% en 2005 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 también muy elevada (Tabla 2.4.2).

Como en años anteriores, en 2003, 2004 y 2005 en la mayor parte de los fallecidos se encontraron varias drogas, predominando los opioides y la cocaína (o los metabolitos de estas sustancias). De hecho, entre los casos con análisis toxicológico disponibles en 2005 un 78,2% fueron positivos a opioides, 69,2% a cocaína, un 53,0% a benzodiazepinas, un 33,0% a alcohol, y un 20,9% a cannabis. El resto de las drogas tuvieron una presencia inferior al 5%. (Figura 2.4.1, Tabla 2.4.3).

En 2003 en un 7,5% de las muertes registradas se detectó sólo cocaína y en 2004 y 2005 en un 6,8%. Además, se detectó cocaína sola o en asociación con una sustancia psicoactiva distinta de los opioides en un 16,4% de los casos en 2003, en un 15,0% en 2004 y en un 20,6% en 2005 (en un 6,8% sólo cocaína, en un 13,8% cocaína en asociación con otra sustancia no opioide). A título comparativo, la pro-

Tabla 2.4.1. Evolución de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas¹ en varias zonas de España según año de defunción, 1990-2005.

	Número de muertos															Tasa*	
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		2005
Comunidad Autónoma del País Vasco							85	55	60	46	37	39	34	35	31	53	25,4
Provincia Álava							8	3	3	0	3	3	4	1	2	4	14,0
Provincia Guipúzcoa							18	16	23	15	15	6	15	8	14	15	22,3
Provincia Vizcaya							59	36	34	31	19	30	15	26	15	34	30,3
Ciudad de Bilbao ²	23	25	40	26	32	39	34	20	20	17	12	19	6	12	9	20	57,1
Comunidad Autónoma de Galicia							64	65	68	66	57	35	56	38	45	52	19,3
Provincia La Coruña							26	26	27	32	26	15	24	15	22	26	23,7
Provincia Lugo							6	5	8	5	2	2	4	0	2	7	19,6
Provincia Orense							5	5	2	4	6	6	6	5	2	4	11,8
Provincia Pontevedra							27	29	31	25	23	12	22	18	19	15	16,6
Región de Murcia									21	20	-	15	17	32	32	22	18,4
Comunidad Autónoma de Castilla y León															29	31	11,2
Provincia Ávila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	6,1
Provincia Burgos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	6	17,2
Provincia León	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	6	12,3
Ciudad Ponferrada ²	-	1	5	6	3	4	1	2	4	3	1	0	4	5	0	1	16,1
Provincia Palencia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	2	11,5
Provincia Salamanca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	5	14,5
Provincia Segovia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	1	6,8
Provincia Soria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0,0
Provincia Valladolid	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	7	14,1
Ciudad Valladolid ²	-	9	14	8	20	11	15	15	12	13	13	6	7	4	7	4	12,6
Provincia Zamora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	15,1
Provincia Sevilla														51	41	-	-
Ciudad de Sevilla ²	11	26	20	23	17	21	40	-	-	-	-	28	28	34	27	-	-
Provincia Málaga															15	-	-
Ciudad de Málaga ²	-	20	20	15	9	7	12	-	-	-	-	8	11	9	11	-	-
Provincia Granada														23	19	-	-
Ciudad de Granada ²	-	28	29	19	14	22	9	-	-	-	-	12	11	11	10	-	-
Ciudad Palma Mallorca ²	22	27	40	33	39	39	39	51	38	42	40	41	44	32	48	40	119,8
Ciudad Madrid ²	227	285	255	179	146	132	140	122	98	90	106	93	83	108	80	68	23,1
Ciudad Getafe ²	-	3	5	1	3	3	2	3	0	2	2	3	1	2	3	2	13,2
Ciudad Leganés ²	-	7	0	5	8	4	2	2	1	1	1	6	1	1	2	0	0,0
Ciudad Majadahonda ²	-	5	4	1	2	2	1	2	0	1	4	2	3	0	4	0	0,0
Ciudad de Barcelona ² 132	159	160	151	125	150	148	130	113	121	101	89	74	85	73	77	77	51,2
Ciudad de Valencia ²	38	50	74	47	52	35	32	25	23	15	19	23	26	19	11	38	51,5
Ciudad Zaragoza ²	24	34	9	18	16	18	27	24	17	16	16	16	12	-	-	7	11,4
Ciudad Pamplona ²	-	18	13	9	10	12	9	6	7	5	12	7	21	8	9	5	27,2
Ciudad Las Palmas ²	-	1	14	13	7	4	7	-	-	7	4	5	4	-	-	5	14,1
Ciudad Sta Cruz Tenerife ²	4	6	-	-	-	-	-	-	-	3	3	3	5	-	-	6	31,8
Ciudad de Badajoz ²	1	3	2	3	2	1	4	4	2	2	3	4	0	1	0	3	22,5
Ciudad de Cáceres ²	-	2	3	0	0	0	4	-	3	0	1	4	0	0	4	0	0,0
Estimación seis ciudades	455	579	558	444	388	395	421	339	306	291	284	268	229	270	212	237	

* Tasa por millón de habitantes (2004).

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

2. En realidad se incluyen los fallecidos en el partido judicial cuya cabeza es el municipio de la ciudad citada. La demarcación geográfica de las grandes ciudades coincide generalmente con la del partido judicial; sin embargo, cuando se trata de poblaciones de menor tamaño el partido judicial puede incluir la ciudad y algunos municipios de áreas cercanas.

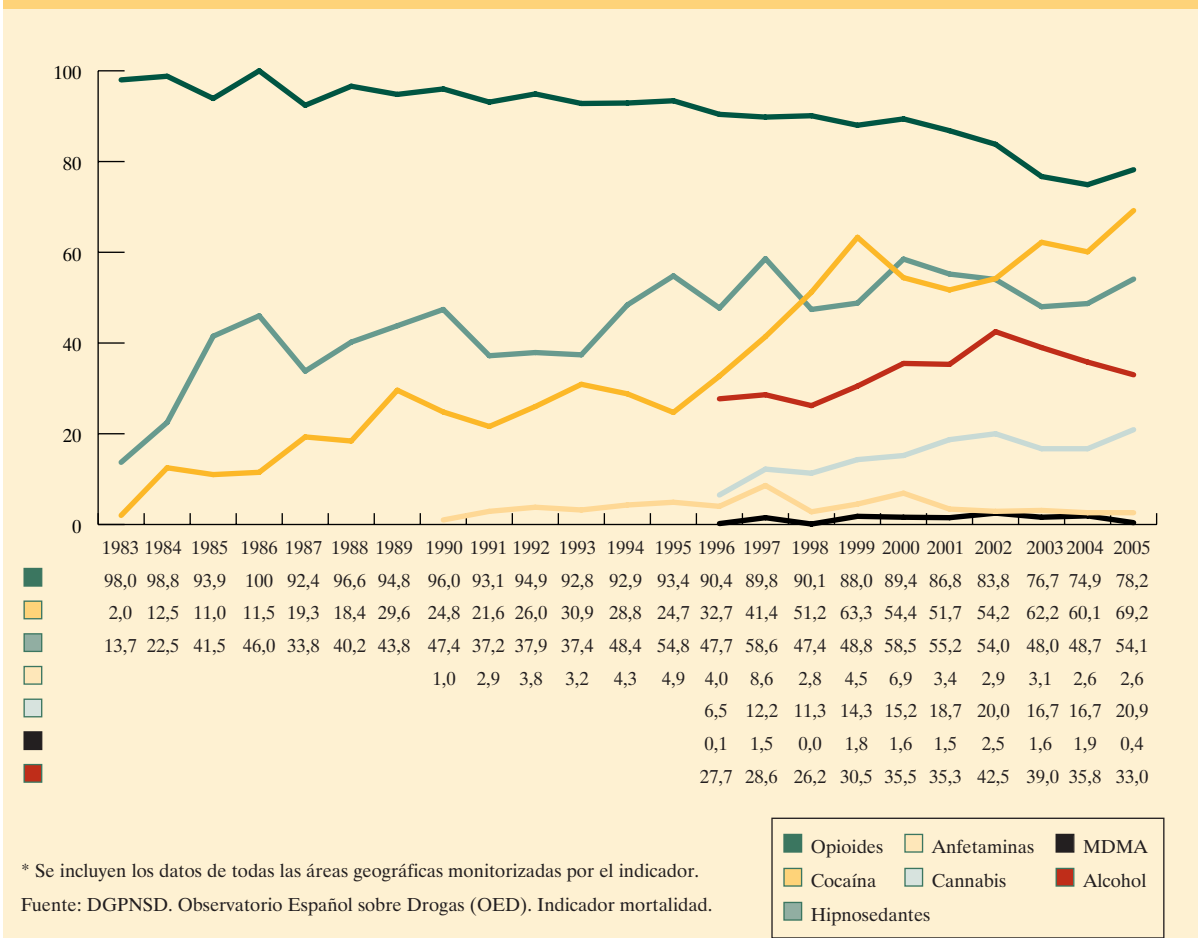
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador mortalidad.

Tabla 2.4.2. Características generales de una muestra de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 2003-2005.

	2003	2004	2005
Tamaño de la muestra (n)	493	468	455
Mujeres (%)	14,7	16,1	13,7
Edad media (años)	35,3	37,0	36,1
Grupo de edad (años)			
15-19	0,8	1,3	1,4
20-24	6,7	4,1	6,2
25-29	14,6	11,9	11,2
30-34	22,6	20,5	20,0
35-39	28,2	27,9	28,9
40-44	16,9	19,2	20,7
>=45	10,2	15,1	11,6
Estado civil (%)			
Soltero	69,4	68,9	68,7
Casado	19,0	15,6	16,4
Separado/Divorciado	10,5	14,4	13,7
Viudo	1,0	1,1	1,1
Procedencia del cadáver (%)			
Domicilio	54,5	55,2	58,1
Hotel-Pensión	5,3	5,1	6,2
Calle	18,5	17,4	13,5
Local público	1,8	1,3	2,5
Hospital	10,6	9,5	6,4
Cárcel	1,1	3,5	4,8
Otra	8,2	8,1	8,5
Evidencias de consumo reciente (%)	85,6	92,6	94,4
Evidencias de suicidio (%)	12,1	8,8	5,7
Signos recientes venopunción (%)	53,3	43,0	51,7
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)	35,4	32,6	35,5
Anticuerpos frente a VIH (%)	42,7	40,6	42,8
Se detectaron drogas en análisis toxicológicos (%)	99,4	99,6	100,0

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*, 1983-2005.

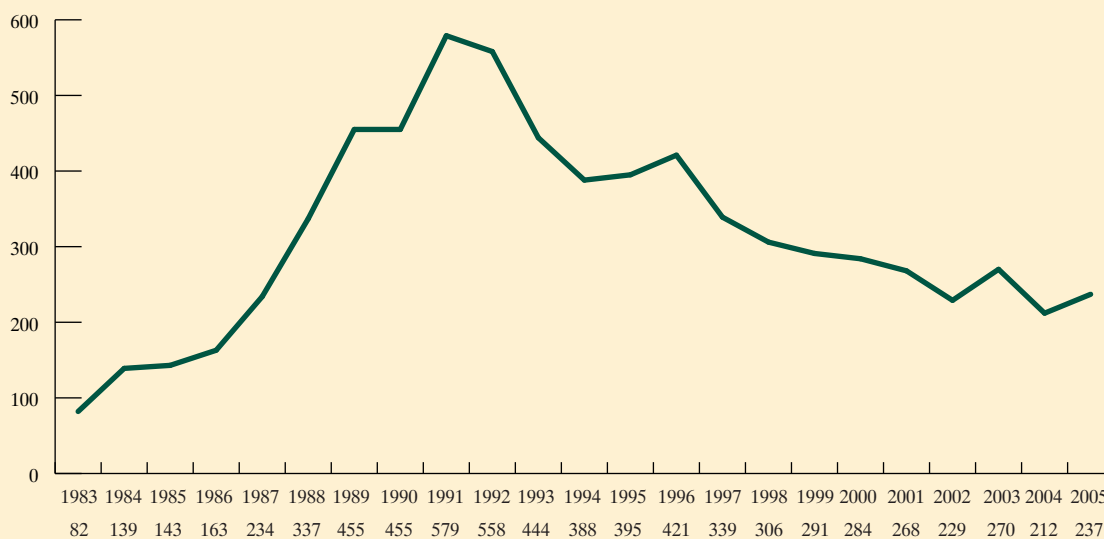


porción de muertes en que se detectaba sólo cocaína en 1983-1989 no llegaba al 1%. Las cifras de muertes por cocaína, sin embargo, pueden no representar adecuadamente la realidad porque una proporción importante (y desconocida) de las mismas pueden no llegar a ser objeto de investigación judicial y forense.

Aunque se detectó cannabis en una proporción de muertes relativamente elevada, nada permite suponer que esta droga haya contribuido a la muerte. Como en años anteriores, la proporción de muertes en que se detectan estimulantes distintos de la cocaína es muy baja.

Se aprecian algunas diferencias geográficas importantes en cuanto a las tasas de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas con la definición del indicador citada anteriormente. Así, por ejemplo, la ciudad de Palma de Mallorca (119,8 muertes/millón de habitantes) muestra una tasa de muertes extraordinariamente alta en relación al resto de las áreas monitorizadas. Esta situación probablemente se relaciona con el gran predominio de la vía inyectada para consumir la heroína en esta ciudad, y también al peso de los extranjeros que no se incluyen en el denominador. Otras áreas con tasas de mortalidad altas fueron de la ciudad de Bilbao (57,1/millón), Valencia (51,5/millón), Barcelona (51,2/millón), y Madrid (23,1/millón). Otras ciudades pequeñas muestran también tasas altas, pero hay que ser cuidadosos a la hora de interpretar sus datos porque al tratarse de áreas de poca población el número de muertes puede cambiar bruscamente de un año a otro (Tabla 2.4.1).

Figura 2.4.2. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de drogas psicoactivas en seis grandes ciudades españolas* (números absolutos), 1983-2005.



* Las muertes corresponden al conjunto de los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza. Para Sevilla son estimados los datos del período 1997-2000 y de 2005, y para Zaragoza los del período 2003-2004. Hasta 1995 sólo se recogían las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína.

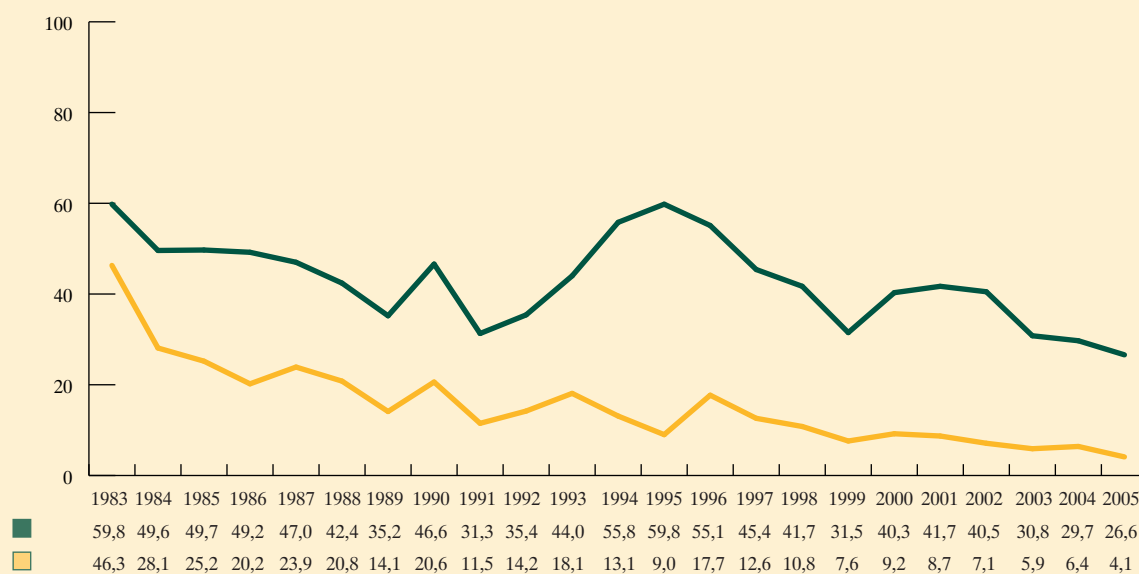
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador mortalidad.

Si se observa la evolución del número de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en las distintas áreas monitorizadas durante el período 1990-2005, se puede apreciar que en la mayoría ha disminuido bastante, siendo en este sentido la ciudad de Palma una excepción (22 muertes en 1991, 39 en 1995, 40 en 2000, 48 en 2004 y 40 en 2005). No obstante, en los últimos años el ritmo de descenso se ha ralentizado mucho, e incluso en varias áreas el número parece bastante estabilizado (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) descendió en el período 1996-2004 (90,4% en 1996, 83,8% en 2002, y 74,9% en 2004). Sin embargo, ha vuelto a aumentar en 2005 (78,2% en 2005), lo que hay que atribuir seguramente a la exclusión de las muertes en que se detectan exclusivamente hipnosedantes. Por otra parte, y seguramente por el aumento de la tendencia al policonsumo, ha disminuido de forma mucho más acentuada, la proporción de muertes en que se detectan exclusivamente opioides, pasando de 21,6% en el período 1983-1989 a 9,1% en 1998-2001, a 6,4% en 2004 y 4,1% en 2005 (Figura 2.4.3). Por otra parte, la edad media de los fallecidos aumentó progresivamente entre 1983 y 2004, pasando de 25,1 años en 1983 a 33,9 años en 2001, y 37,0 años en 2004. En cambio, en 2005 se aprecia un cierto descenso (36,1 años), que puede ser debido también a la exclusión de los fallecidos en que se detectan sólo hipnosedantes.

Por lo que respecta a la metadona, en 2005 su presencia aislada en las muertes directamente relacionadas con drogas seguía siendo escasa (0,6% de las muertes), aunque se llegaba a detectar en el 36,5% de las muertes. Además en un 14,9% de los casos se detectó metadona y no otro opioide (Tabla 2.4.4).

Figura 2.4.3. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan sólo opiáceos u opiáceos sin cocaína (%). España*, 1983-2005.



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

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

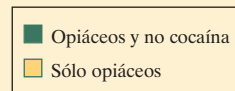


Tabla 2.4.3. Drogas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras biológicas de una muestra de fallecidos por reacción aguda a drogas psicoactivas. España, 2003-2005.

	2003		2004		2005	
	N	%	N	%	Nº	%
Opiáceos	376	76,7%	349	74,9%	356	78,2%
Cocaína	305	62,2%	280	60,1%	315	69,2%
Barbitúricos	1	0,2%	2	0,4%	5	1,1%
Benzodiazepinas	234	47,8%	225	48,3%	241	53,0%
Anfetaminas	15	3,1%	12	2,6%	12	2,6%
MDMA y derivados	8	1,6%	9	1,9%	2	0,4%
Cannabis	82	16,7%	78	16,7%	95	20,9%
Alucinógenos	2	0,4%	5	1,1%	0	0,0%
S. Volátiles	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
Alcohol	191	39,0%	167	35,8%	150	33,0%
Casos analizados	490	100,0%	466	100,0%	455	100,0%

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

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 a partir de 1996 (Figura 2.4.1). Igualmente 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 6,8% en 2005) como la proporción en que se detecta cocaína y no opioides (que pasó de 1,2% en el período 1983-1989 a 7,9% en 2001, 15,0% en 2004 y 20,6% en 2005) (Figura 2.4.4).

La proporción de muertes en que se detectan hipnosedantes o sus metabolitos, mayoritariamente benzodiazepinas, ha seguido una tendencia ligeramente ascendente, aunque en los últimos años parece haberse estabilizado (33,8% en 1987, 47,7% en 1996, 58,5% en 2000, 55,2% en 2001, 48,7% en 2004 y 54,1% en 2005). Por su parte, la proporción en que se detecta cannabis aumentó hasta 2002 y después da la impresión de que también se ha estabilizado (6,5% en 1996, 20,0% en 2002, 16,7% en 2004 y 20,9% en 2005). La presencia de anfetaminas o éxtasis es muy escasa y no se aprecian tendencias claras (Tabla 2.4.3, Figura 2.4.1).

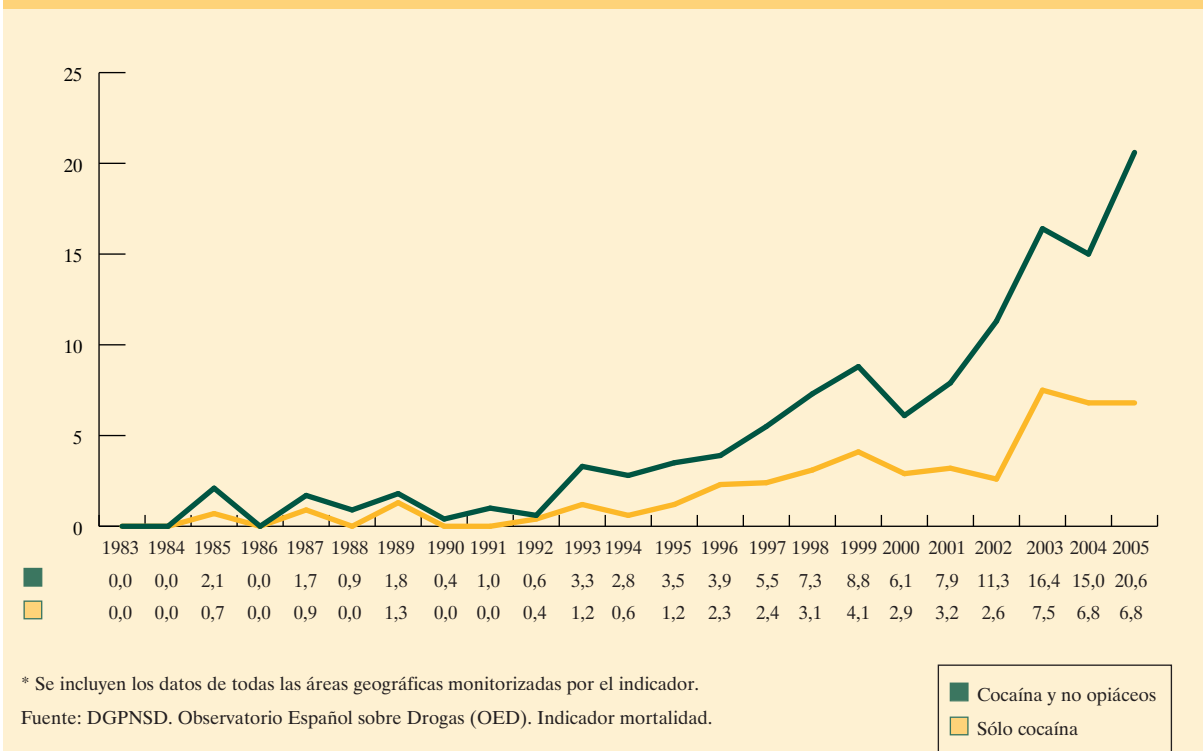
Por su parte, la proporción de muertos por reacción aguda a drogas en que el forense aprecia signos recientes de venopunción ha pasado de 89,6% en 1996 a 75,3% en 1999, 55,2% en 2001, 53,3% en 2003, 43,0% en 2004 y 51,7% en 2005. La validez de este indicador probablemente no es elevada, pero el repunte de 2005 seguramente hay que interpretarlo también como un efecto de la exclusión de los fallecidos con presencia exclusiva de hipnosedantes. 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), que muestra una ligera tendencia descendente, como cabe esperar de la evolución de la epidemia de VIH entre los inyectadores de drogas en España. De hecho, ha pasado de 52,3% en 1996 a 48,1% en 1999, 47,1% en 2000, 42,7% en 2003, 40,6% en 2004 y 42,8% en 2005). 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.

Tabla 2.4.4. Presencia de metadona en las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en España (%), 1996-2005.

Año	% de muertes en que se detecta sólo metadona	% de muertes en que se detecta metadona	% de muertes en que se detecta metadona y no otro opiáceo
1996	1,5		
1997	0,9		
1998	0,9		
1999	0,4		
2000	1,2		
2001	2,7		
2002	1,8		
2003	1,3	48,3	17,2
2004	0,5	44,4	12,9
2005	0,6	36,5	14,9

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

Figura 2.4.4. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta sólo cocaína o cocaína sin opiáceos (%). España*, 1983-2005.



Estimación del número de muertes relacionadas con el consumo de drogas ilegales en el conjunto de España, 1983-2004

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 rutinarias 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 (DRDI), 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 poco o bastante después del consumo, y están causadas directamente por problemas o patologías debidos al uso de drogas, como accidentes, infecciones por VIH, hepatitis u otras enfermedades crónicas.

Las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de drogas ilegales (IRDI) son imposibles de estimar en el estado actual de conocimientos, ya que las estadísticas rutinarias de causas de muerte están englobadas en categorías varias (hepatitis B o C, cirrosis hepáticas no alcohólicas, accidentes, etc.) y se desconoce qué proporción puede atribuirse a drogas ilegales, salvo en el caso de las muertes por VIH, donde dicha proporción puede estimarse a partir del Registro Nacional de Sida.

Por otra parte, en España las muertes DRDI no se pueden obtener directamente de las estadísticas de causas de muerte obtenidas del registro general de mortalidad (RGM), publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) bajo el nombre de Defunciones según Causa de Muerte, porque los estudios previos indican que las subestiman de forma importante. Esta subestimación ha podido

detectarse porque en un área amplia funciona desde 1983 un registro especial de mortalidad (REM) promovido por el Plan Nacional sobre Drogas y basado en informes forenses y toxicológicos, que se considera que ofrece información de mayor calidad que el RGM. 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 REM 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 REM registró en esa área 1,28 (1999) y 1,44 (2000) veces más muertes que el RGM (Brugal et al. *Med Clin (Barc)* 2004; 123(2):775-777). 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 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 DRDI y las muertes por infección por VIH relacionadas con la inyección de drogas (VIH-ID) (Figura 2.4.5 y Tabla 2.4.5). 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 DRDI para el conjunto de España (Figura 2.4.5) se procedió de forma diferente dependiendo del período considerado:

1. Para 1983-1993 se extrapolaron los datos de 6 ciudades (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao) obtenidos del REM (Sánchez J. et al. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49:54-60) al conjunto de España, asumiendo la hipótesis de que ambas áreas tenían la misma tasa de mortalidad.
2. Para 1994-2004 se multiplicó el número anual de muertes incluidas en una selección de categorías seleccionadas relacionadas con drogas del RGM por un índice de subestimación de este registro. Las categorías seleccionadas fueron las propuestas por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (292, 304.0, 304.2-9, 305.2-3, 305.5-7, 305-9, E850.0, E854.1-2 y E855.2 para CIE-9, y F11-F12, F14-F16, F19, X42, X62 e Y12 para CIE-10) (The DRD-Standard, versión 3.0 EMCDDA Scientific Report. EMCDDA/P1/2002, www.emcdda.eu.int), añadiendo E858.9 (CIE-9) o X44 (CIE-10) para adaptarse al contexto español.

Para obtener el índice de subestimación del RGM se dividió el número de muertes por reacción aguda a drogas psicoactivas extraídas del REM entre las muertes de la selección del RGM, en un área con datos de ambos registros, que cubre aproximadamente el 44% de la población española. Las muertes incluidas en el REM son muertes judiciales por uso no médico e intencional de drogas psicoactivas, en cuyos informes forenses y toxicológicos hay análisis toxicológicos post mortem 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. Entre 1994 y 2001 este índice fue sucesivamente 1,64, 1,51, 1,90,

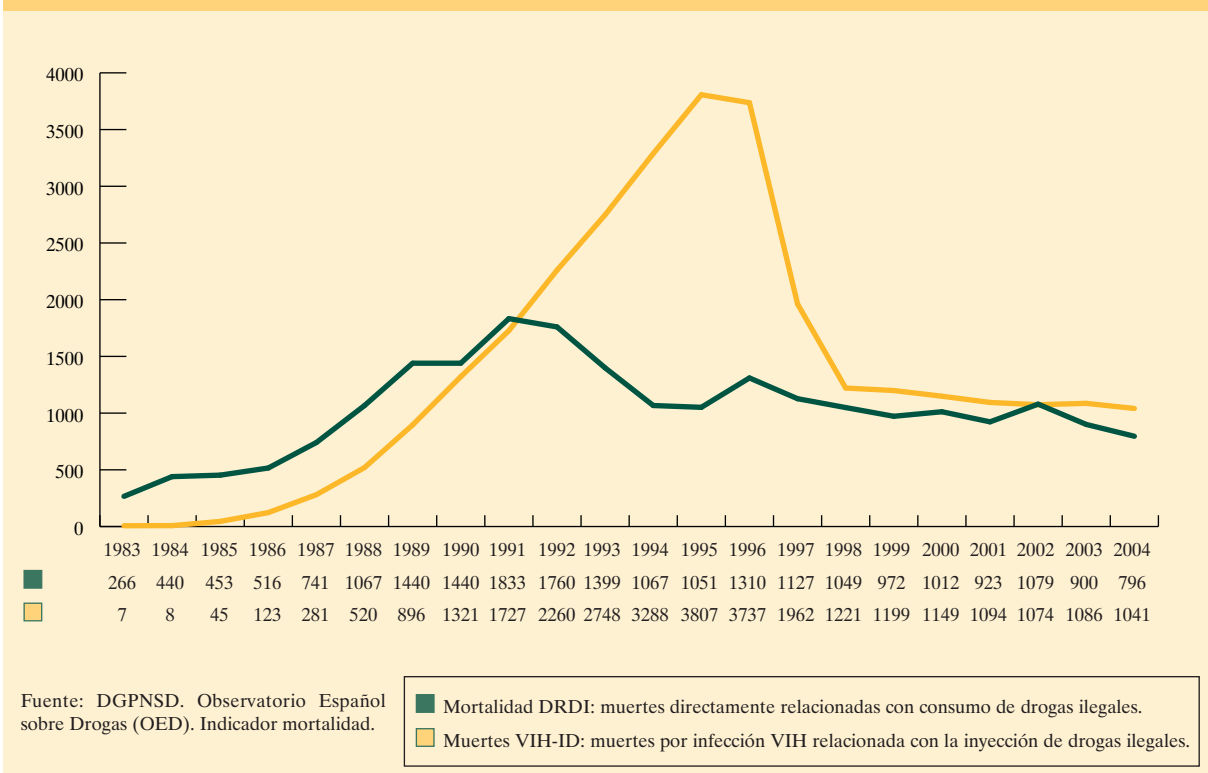
1,59, 1,52, 1,28, 1,44 y 1,38 (Brugal et al. Med Clin (Barc) 2004; 123(2):775-777, DGPNSD, Informe OED 2004, 2005). Para 2002 se calculó por el mismo procedimiento que años anteriores y fue de 1,48. Para 2003 y 2004 se estimó en 1,40. Para 2003 fue de 1,40 y para 2004 de 1,17.

Al hacer la estimación de las muertes para el conjunto de España con este procedimiento se asume que el nivel de subestimación del RGM en las áreas utilizadas para calcular el índice es similar al del resto de España.

Las muertes VIH-ID se estimaron multiplicando el número anual de muertes en las categorías CIE-9 y CIE-10 del RGM donde se han ido codificando las muertes relacionadas con VIH por una estimación de la proporción de casos de sida diagnosticados durante el período atribuible a la inyección de drogas (0,65). Las categorías del RGM consideradas variaron a lo largo del período: 279.1, 279.3, 279.8 y 279.9 de CIE-9 hasta 1989, 279.5 (sida), 279.6 (complejo relacionado con el sida) y 759.8 (infección por el VIH) de CIE-9 entre 1990 y 1998, y B20-B24 y R75 (códigos específicos de VIH/sida), D84.9, D89.8 y D89.9 (códigos integrados dentro de los trastornos de la inmunidad) de CIE-10 a partir de 1999 (<http://www.isciii.es/htdocs/pdf/mortalidad.pdf>).

Se calcularon las tasas de mortalidad DRDI y VIH-ID por cien mil habitantes, utilizando para el cálculo de las tasas las poblaciones a 1 de julio de 2004 obtenidas de las Proyecciones basadas en el Censo de Población de 2001, escenario 1 (www.ine.es/inebase). Finalmente, se calculó la proporción de mortalidad atribuible para DRDI y VIH-ID, que permite evaluar el peso de estas causas de muerte con respecto a la mortalidad por todas las causas, obteniendo también esta última a partir del RGM (www.ine.es/inebase).

Figura 2.4.5. Evolución de las muertes directamente relacionadas con drogas ilegales (DRDI o sobredosis) y de las muertes relacionadas con VIH en inyectadores de drogas (VIH-ID) (números absolutos). España, 1983-2004.



Los resultados indican que en 2004 se produjeron en España al menos 1836 muertes relacionadas con uso de drogas ilegales (43,1 por millón de habitantes). De estas muertes se estima que 796 (18,7/millón de habitantes) estuvieron directamente relacionadas con estas drogas ilegales (DRDI), y 1041 (24,4/millón de habitantes) fueron muertes por infección VIH en inyectores de drogas (VIH-ID).

La gran mayoría de las muertes relacionadas con drogas ilegales se produjeron en el grupo 15-49 años, donde se observó una tasa 71,5 por millón de habitantes (121,4/millón en varones y 23,2/millón en mujeres), y una proporción de mortalidad atribuible al consumo de drogas de 6,8% (7,9% en varones y 3,9% en mujeres). Por grupos de edad quinquenales el mayor impacto de esta mortalidad se alcanzó en el grupo de 35-39 años, con una tasa de 137,0/millón de habitantes y una proporción de mortalidad atribuible de 12,3%. Como se indicó, globalmente la tasa de mortalidad VIH-ID superó a la DRDI, pero entre los más jóvenes la segunda fue muy superior a la primera (26,4/millón frente a 11,2/millón en los fallecidos de 15-34 años), con diferencias aún mayores entre los varones de esa edad (47,0/millón frente a 16,7/millón). (Tabla 2.4.5).

Se ha realizado una segunda estimación de la mortalidad DRDI para el conjunto de España utilizando sólo información del REM del Plan Nacional sobre Drogas. Para ello se ha calculado la tasa de mortalidad DRDI a partir de los datos del REM en el área cubierta por este indicador en 2004 (18.559.661 habitantes, 45,4% de la población española) y se ha aplicado al conjunto de la población española. En este caso la tasa de mortalidad DRDI fue de 22,4/millón de habitantes (superior a la obtenida cuando se combina la información del REM y del RGM), con lo que se obtienen 913 muertes DRDI para 2004. Este segundo método, sin embargo, probablemente sobreestima el número real de muertes DRDI en relación al primero, por dos razones: a) porque en el REM los partidos judiciales de las capitales de provincia a veces incluyen el municipio de la capital y algunos municipios pequeños de los alrededores, y no siempre se dispone de información precisa para excluir las muertes de estos últimos, y b), porque el área cubierta por el REM incluye una mayor proporción de población urbana (donde presumiblemente las tasas de mortalidad DRDI son mayores) que el conjunto de la población española.

Por otra parte a la hora de evaluar los resultados hay que tener en cuenta que las cifras de muertes DRDI obtenidas con cualquiera de los dos métodos pueden estar subestimadas porque no recogen las muertes relacionadas con las drogas ilegales 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 DRDI puede estar aumentando porque se sabe que en los últimos años han aumentado considerablemente los problemas por cocaína.

En cuanto a la evolución temporal de la mortalidad relacionada con el uso de drogas ilegales se observa que el máximo impacto se produjo en 1996, descendiendo luego considerablemente. El descenso afectó principalmente a la mortalidad VIH-ID, que cayó abruptamente entre 1996 y 1998, años en que se instauró la terapia antirretroviral de alta actividad (TARGA) de forma generalizada. La mortalidad DRDI alcanzó su máximo en 1991 (cuando se estima que se produjeron 1833 muertes) y ha descendido después lentamente (1310 muertes en 1996, 900 en 2003 y 796 en 2004) (Figura 2.4.5). A la reducción del impacto del uso de las drogas ilegales en la mortalidad podrían haber contribuido sobre todo, por una parte, la efectividad de la TARGA que provocó una fuerte disminución de la mortalidad VIH-ID, y por otra, la sustitución del consumo de heroína inyectada por heroína fumada o metadona oral y la reducción del número de usuarios de heroína, que contribuyeron a disminuir tanto la mortalidad VIH-ID como DRDI.

Tabla 2.4.5. Estimación de las muertes directamente relacionadas con el uso de drogas ilegales (DRDI) y de las muertes por VIH relacionadas con la inyección de drogas (VIH-ID). España, 2004.

	Número			Tasa por millón habitantes ^c			Mortalidad proporcional (%) ^d		
	DRDI ^a	VIH-ID ^b	DRDI+VIH-ID	DRDI	VIH-ID	DRDI+VIH-ID	DRDI	VIH-ID	DRDI+VIH-ID
Hombres									
15-19 años	6	0	6	5,1	0,0	5,1	0,9	0,0	0,9
20-24 años	43	4	47	29,7	2,7	32,3	3,8	0,3	4,1
25-29 años	96	18	114	54,1	10,2	64,3	6,2	1,2	7,3
30-34 años	144	81	225	81,2	45,4	126,7	7,6	4,3	11,9
15-34 años	289	103	392	47,0	16,7	63,7	5,5	2,0	7,5
35-39 años	171	225	396	99,1	130,2	229,3	6,0	7,9	14,0
40-44 años	127	243	370	77,6	149,1	226,7	3,5	6,8	10,3
45-49 años	46	128	174	31,4	88,0	119,4	0,9	2,5	3,4
15-49 años	633	699	1332	57,7	63,7	121,4	3,8	4,1	7,9
50-54 años	19	52	71	14,6	40,4	55,0	0,3	0,8	1,1
55-59 años	9	27	36	7,7	21,8	29,5	0,1	0,3	0,4
60-64 años	4	23	27	3,4	22,4	25,7	0,0	0,2	0,2
15-64 años	665	801	1465	45,8	55,1	100,9	1,5	1,8	3,3
Todas las edades	676	847	1523	32,3	40,4	72,7	0,3	0,4	0,8
Mujeres									
15-19 años	5	1	6	3,9	1,1	5,0	1,8	0,5	2,3
20-24 años	5	3	7	3,1	1,7	4,8	1,3	0,7	2,0
25-29 años	15	7	22	8,1	3,5	11,6	3,0	1,3	4,3
30-34 años	19	28	47	10,0	15,0	25,0	2,6	3,9	6,6
15-34 años	43	38	82	6,7	5,9	12,6	2,3	2,1	4,4
35-39 años	26	59	84	14,5	32,9	47,4	2,4	5,5	7,9
40-44 años	22	54	76	13,6	32,8	46,4	1,4	3,3	4,7
45-49 años	5	16	20	3,2	10,8	14,0	0,2	0,7	0,9
15-49 años	96	166	263	8,5	14,7	23,2	1,4	2,5	3,9
50-54 años	4	7	10	2,8	5,2	8,0	0,1	0,2	0,4
55-59 años	6	3	9	5,0	2,8	7,8	0,2	0,1	0,2
60-64 años	1	5	6	1,2	4,7	5,9	0,0	0,1	0,1
15-64 años	107	181	287	7,2	12,3	19,5	0,6	1,0	1,6
Todas las edades	120	194	313	5,5	8,9	14,4	0,1	0,1	0,2
Ambos sexos									
15-19 años	11	1	12	4,5	0,6	5,1	1,1	0,1	1,3
20-24 años	48	7	55	16,1	2,2	18,3	3,2	0,4	3,6
25-29 años	111	25	136	30,5	6,8	37,3	5,4	1,2	6,6
30-34 años	163	109	271	44,7	29,8	74,5	6,3	4,2	10,5
15-34 años	333	141	474	26,4	11,2	37,5	4,7	2,0	6,7
35-39 años	197	283	480	56,2	80,8	137,0	5,1	7,3	12,3
40-44 años	149	297	446	45,5	90,7	136,2	2,9	5,7	8,6
45-49 años	50	144	194	17,4	49,5	66,9	0,7	1,9	2,6
15-49 años	729	865	1594	32,7	38,8	71,5	3,1	3,7	6,8
50-54 años	22	59	81	8,7	23,0	31,7	0,2	0,6	0,9
55-59 años	15	30	45	6,4	12,5	18,9	0,1	0,2	0,3
60-64 años	5	28	33	2,3	13,9	16,2	0,0	0,2	0,2
15-64 años	771	982	1753	26,4	33,5	59,9	1,2	1,6	2,8
Todas las edades	796	1041	1836	18,7	24,4	43,1	0,2	0,3	0,5

a: Muertes estimadas, seleccionando del Registro General de Mortalidad (RGM) del Instituto Nacional de Estadística (INE) los códigos CIE-10 F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, e Y12, y multiplicando la cifra obtenida por el índice de subestimación del RGM (1,172)

b: Muertes estimadas seleccionando los códigos CIE-10, B20-B24, R75, D84.9, D89.8 y D89.9 del Registro General de Mortalidad (RGM) del INE, y multiplicando la cifra obtenida por la proporción de fallecidos que se estima corresponde a inyectadores de drogas (0,65).

c: Las poblaciones utilizadas para el cálculo de las tasas fueron las poblaciones a 1 de julio de 2004 obtenidas de las Proyecciones basadas en el Censo de Población de 2001, escenario 1. INE

d: Mortalidad proporcional=(muertes por una causa/muertes por todas las causas)*100

Mortalidad por accidentes de tráfico en consumidores de drogas, 1998-2004

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 2004 se investigaron 1.349 conductores y 264 peatones. Las características de estas muertes se muestran en las tablas 2.4.6-2.4.11.

Alrededor del 43% de los accidentes tuvieron lugar en fin de semana o días festivos. En la mayoría de los casos el fallecimiento, tanto de conductores como de peatones atropellados, ocurrió en el lugar del accidente (más del 85%). El resto recibió tratamiento hospitalario, falleciendo a las pocas horas. La mayor parte de los conductores fallecidos fueron hombres (90,6%), al igual que los peatones atropellados (73,8%).

Entre los conductores fallecidos en accidente de tráfico el grupo mayoritario tenía entre 21 y 30 años (Figura 2.4.6), mientras que entre los peatones atropellados predominaban ampliamente los mayores de 61 años (Figura 2.4.8), en ambos casos sin diferencia de sexo.

Entre los conductores fallecidos en accidentes de tráfico se obtuvo resultado positivo a cualquiera de los tóxicos investigados (alcohol etílico, drogas y psicofármacos/medicamentos) en un total de 568 casos (42%) y entre los peatones muertos por atropello en un total de 100 casos (37,7%) (Tablas 2.4.7 y 2.4.10). En ambos casos el alcohol etílico fue el tóxico más detectado (Tablas 2.4.8 y 2.4.11). Los resultados de alcoholemias positivas en varones conductores supusieron un 37,8% respecto al total de varones fallecidos y un 19% entre las mujeres. En cuanto a las alcoholemias positivas en los conductores fallecidos por grupo de edad, la proporción más elevada se observó en el grupo de 31-40 años (Figura 2.4.7). Por lo que respecta a los peatones fallecidos la mayor proporción de alcoholemias positivas se observó en el grupo de 41-50 años (Figura 2.4.9).

La asociación de alcohol con algunas drogas y/psicofármacos/medicamentos se detectó en un 7,6% de los casos de conductores fallecidos (Tabla 2.4.7). La droga más frecuentemente asociada al consumo de alcohol fue la cocaína que se detectó en 68 casos (5% del total), seguida del cannabis (1,8%) y de los derivados de amfetamina (0,7%).

Entre los casos de alcoholemias negativas o menores de 0,3 g/l se encontraron 81 conductores fallecidos (6,0%) en los que los resultados de los análisis toxicológicos fueron positivos en relación con alguna droga y/o psicofármaco/medicamento. Entre las drogas apareció de nuevo en primer lugar la cocaína con 41 casos, lo que supuso el 3% respecto del total de conductores fallecidos, seguida del cannabis (1,4%).

Tabla 2.4.6. Características generales de los conductores de vehículos fallecidos en accidente de tráfico con análisis toxicológicos (número y porcentaje). España, 1998-2004.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Número de análisis	1.090	1.191	1.363	1.447	1.441	1.621	1.349
Sexo (%)							
Hombres	91,5	91,7	91,3	90,5	89,6	90,1	90,6
Mujeres	8,5	8,3	8,6	9,4	10,3	9,8	9,3
Procedencia del cadáver (%)							
Vía pública		86	86,2	87,2	90,9	88,2	85,5
Hospital		14	13,8	11,1	9,1	11,7	9,1

FUENTE: Instituto Nacional de Toxicología.

Entre los psicofármacos detectados en conductores fallecidos, tanto asociados al consumo de alcohol o como consumo único, destacó la presencia de las benzodiazepinas en 39 casos (2,8%). Entre los peatones muertos por atropello con alcoholemia negativa la presencia de otras drogas o psicofármacos fue minoritaria, encontrándose tan sólo en el 4,1% del total de casos analizados (264).

Tabla 2.4.7. 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, 1999-2004.

Sustancias consumidas	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alcohol etílico (solo)	378	31,7	492	36	529	36,5	443	30,7	502	30,9	384	28,5
Alcohol y otras drogas	52	4,3	48	3,5	58	4	77	5,3	83	5,1	80	5,8
Alcohol y psicofármacos/medicamentos	11	0,9	16	1,1	20	1,4	15	1,04	15	0,9	16	1,2
Alcohol, otras drogas y psicofármacos	5	0,4	6	0,4	7	0,4	5	0,3	6	0,3	7	0,5
Otras drogas distintas al alcohol	33	2,7	47	3,45	42	2,9	41	2,8	43	2,6	53	3,9
Drogas (no alcohol) y psicofármacos	18	1,5	12	0,8	9	0,6	7	0,4	16	0,9	6	0,4
Psicofármacos/medicamentos	20	1,6	29	2,1	28	1,9	25	1,7	27	1,6	22	1,6
Subtotal análisis positivos	517	43,4	650	47,7	693	47,8	613	42,5	692	42,7	568	42
Análisis con result. negativos*	674	56,6	713	52,3	754	52,1	828	57,5	929	57,3	781	58
Total cadáveres analizados	1.191		1.363		1.447		1.441		1.621		1.349	

* Aquellos en los que no se identificó ni alcohol y otras drogas ni psicofármacos/medicamentos. FUENTE: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 2.4.8. Distribución de una muestra de conductores de vehículos fallecidos en accidente de tráfico según tipo de sustancias psicoactivas detectadas en los análisis toxicológicos. España, 1999-2004.

Sustancias consumidas	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alcohol etílico	446	37,4	562	41,2	614	42,4	540	37,4	606	37,4	487	36,1
Opiáceos*	29	2,4	31	2,3	17	1,1	19	1,3	16	1	8	0,6
Cocaína	62	5,2	65	4,8	60	4,1	76	5,3	110	6,8	68	5,0
Anfetamina	6	0,5	6	0,4	7	0,5	7	0,5	11	0,7	6	0,4
MDMA y derivados	5	0,4	12	0,9	16	1,1	6	0,4	6	0,4	4	0,3
Cánnabis	28	2,5	39	2,9	43	3,0	56	3,9	46	2,8	29	2,2
Barbitúricos	1	0,1			2							
Benzodiazepinas	41	3,4	50	3,6	44	3,0	40	2,8	50	3,1	17	1,3
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	4	0,0
Total Análisis	1191		1363		1447		1441		1621		1349	

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

Tabla 2.4.9. Características generales de los peatones fallecidos en accidente de tráfico con análisis toxicológicos (número y porcentaje). España, 1998-2004.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Número de análisis	155	229	250	288	262	295	264
Sexo (%)							
Hombres	74,80%	91,70%	80,40%	80,20%	75,90%	75,90%	73,80%
Mujeres	25,20%	8,30%	19,60%	19,70%	24,10%	24,10%	26,10%
Procedencia del cadáver (%)							
Vía pública		71,20%	74,80%	80,50%	61,80%	79,60%	54,50%
Hospital		28,80%	25,20%	19,40%	38,10%	20,30%	39,00%

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

FUENTE: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 2.4.10. 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, 1999-2004.

Sustancias consumidas	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alcohol etílico (solo)	79	34,5	94	37,6	101	35,1	97	37,0	93	31,5	89	33,7
Alcohol y otras drogas	2	0,8	4	1,6	10	3,5	6	2,2	11	3,7	5	1,8
Otras drogas (solo)	8	3,5	6	2,4	9	3,1	4	1,5	5	1,6	6	2,2
Alguna sustancia (subtotales)	89	39,0	104	41,6	120	41,7	107	40,8	109	37,0	100	37,7
Ninguna	140		146	58,4	168	58,3	155	59,2	186	63,0	164	62,1
Total	229		250		288		262		295		264	

FUENTE: Instituto Nacional de Toxicología.

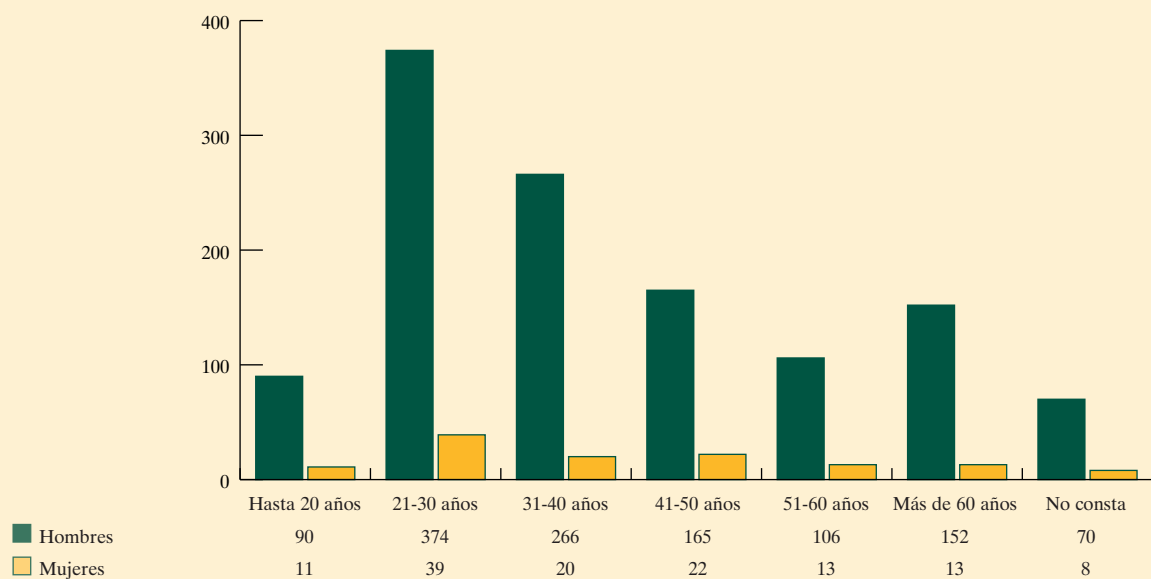
Tabla 2.4.11. Distribución de una muestra de peatones atropellados en accidente de tráfico según tipo de sustancia psicoactiva detectada en los análisis toxicológicos (número y porcentaje). España, 1999-2004.

Sustancias consumidas	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alcohol etílico	81	35,4	98	39,2	101	35,1	103	39,3	104	35,25	94	35,5
Opiáceos*	6	2,6	3	1,2	10	3,5	3	1,1	3	1,0	1	0,37
Cocaína	7	3,1	6	2,4	10	3,5	6	2,3	11	3,7	5	1,9
Cannabis	2	0,9	2	0,8	5	1,7	4	1,5	5	1,7	6	2,3
MDMA											1	0,37
Total Análisis	229		250		288		262		295		264	

*En este grupo se ha incluido también la metadona.

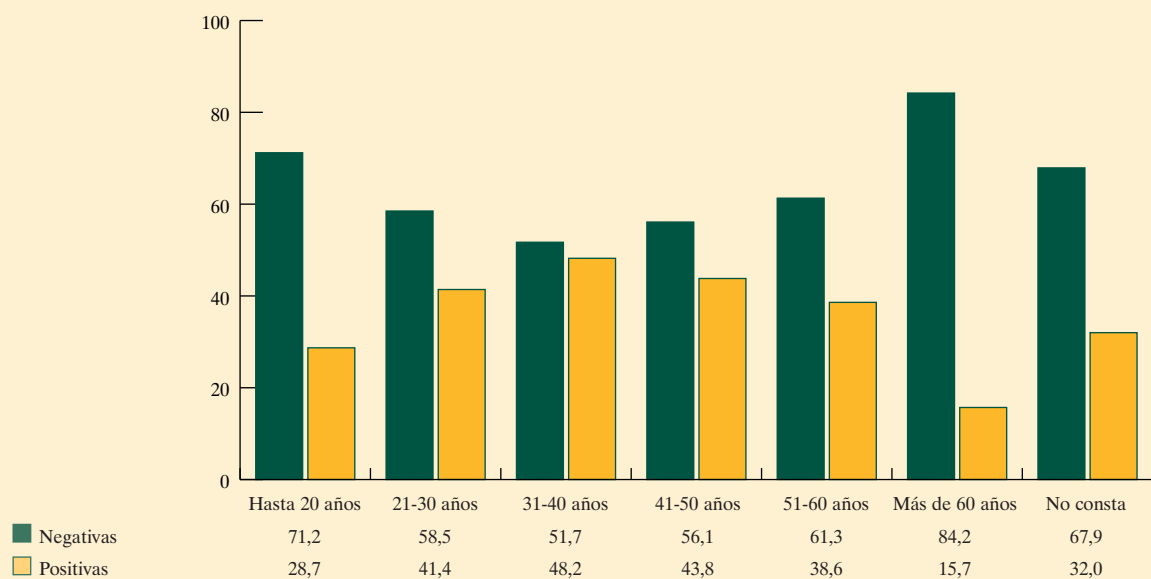
FUENTE: Instituto Nacional de Toxicología

Figura 2.4.6. Distribución de los conductores de vehículos fallecidos en accidentes de tráfico con análisis toxicológicos, por grupos de edad y sexo. España, 2004.



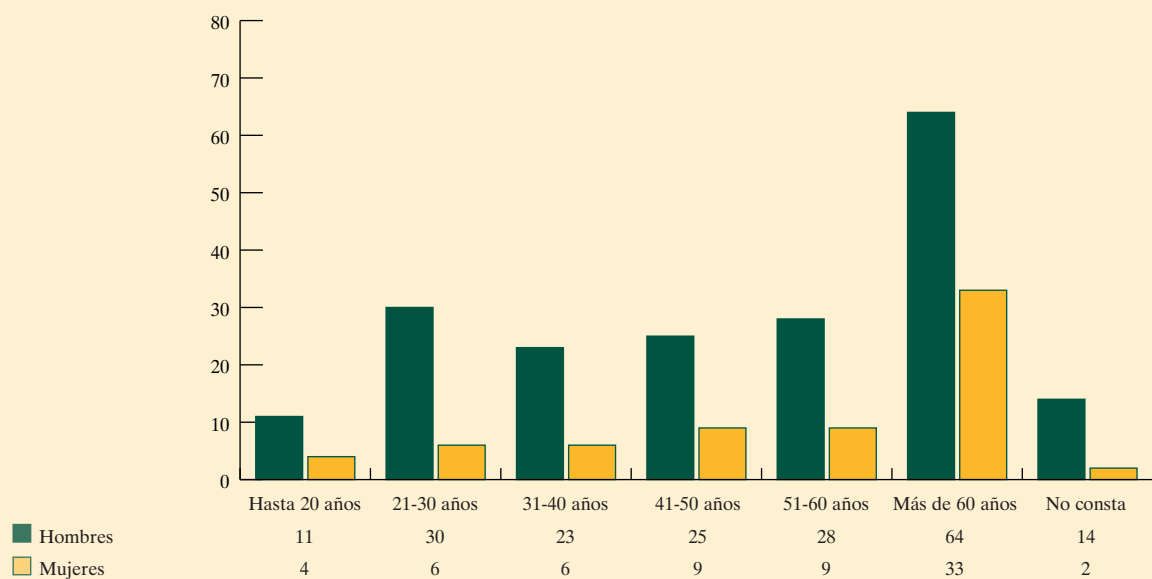
Fuente: Ministerio de Justicia. Instituto Nacional de Toxicología.

Figura 2.4.7. Porcentajes de alcoholemias positivas y negativas en los conductores de vehículos fallecidos en accidentes de tráfico con análisis toxicológicos, por grupo de edad. España, 2004.



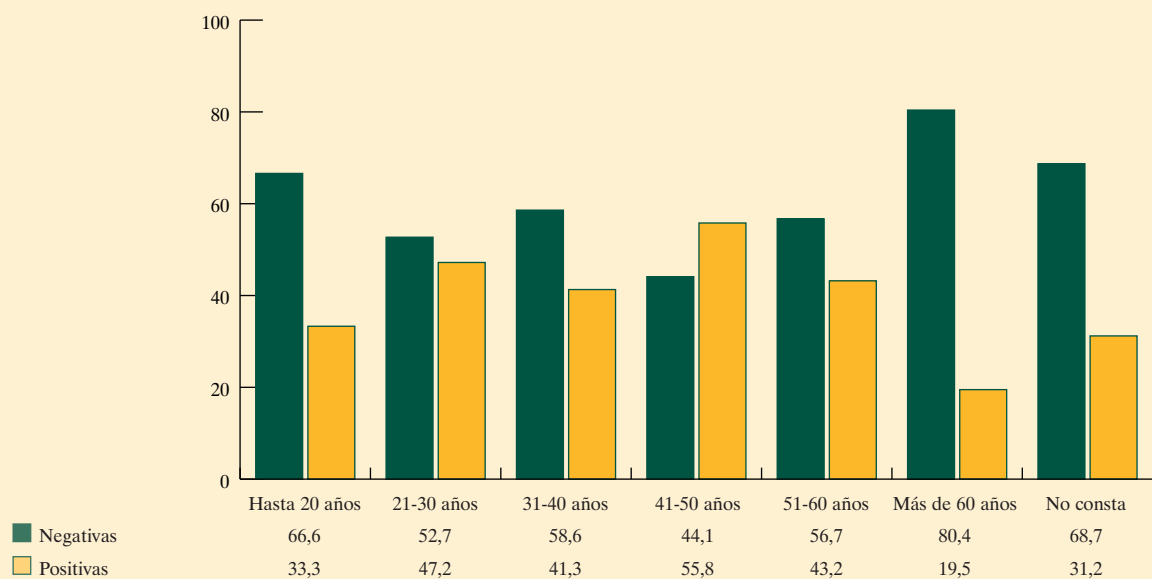
Fuente: Ministerio de Justicia. Instituto Nacional de Toxicología.

Figura 2.4.8. Distribución de peatones fallecidos en accidente de tráfico en los que se han realizado análisis toxicológicos, por grupos de edad y sexo. España, 2004.



Fuente: Ministerio de Justicia. Instituto Nacional de Toxicología.

Figura 2.4.9. Porcentajes de alcoholemias positivas y negativas en los peatones fallecidos en accidente de tráfico con análisis toxicológicos, por grupo de edad. España, 2004.



Fuente: Ministerio de Justicia. Instituto Nacional de Toxicología.

2.5. DILIGENCIAS Y DENUNCIAS POR CONDUCIR CON TASAS DE ALCOHOLEMIA SUPERIORES AL LÍMITE LEGAL, 1997-2006

Las diligencias y denuncias por conducir con tasas de alcoholemia superiores al límite legal registradas en el año 2006 en el conjunto de España, exceptuando el País Vasco y Cataluña, ascendieron a 13.659 y 81.024, respectivamente. Entre 1997 y 2005 se observó un proceso tendente al incremento de las denuncias y a la disminución de las diligencias. En 2006 el número de denuncias continuó subiendo y además se apreció un cambio de sentido en la variación del número de diligencias que aumentaron con respecto al año anterior, por lo que, en conjunto, el número de actuaciones con resultado positivo a la prueba de alcoholemia sufrió el incremento más importante desde 1997, como se puede apreciar en la figura 2.5.1.

La mayor parte de las diligencias y de las denuncias se produjeron en los controles de alcoholemia, y en segundo lugar 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.

Al igual que el año anterior, Andalucía, la Comunidad Valenciana y Galicia fueron las Comunidades donde se produjo un mayor número de diligencias y denuncias por alcoholemias superiores al límite legal, seguidas por Canarias (tabla 2.5.1) . El mayor número de negativas a realizar la prueba se produjo en Andalucía, Canarias y Galicia (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, 1997-2006.

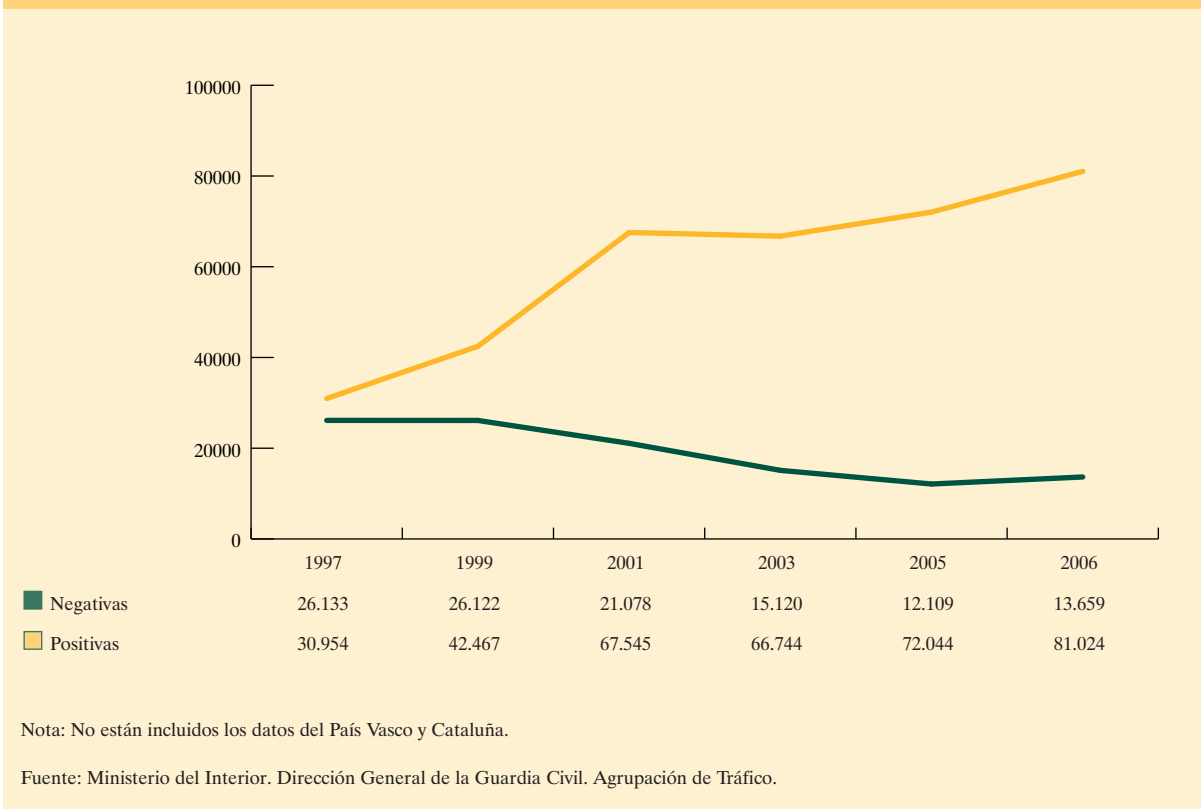
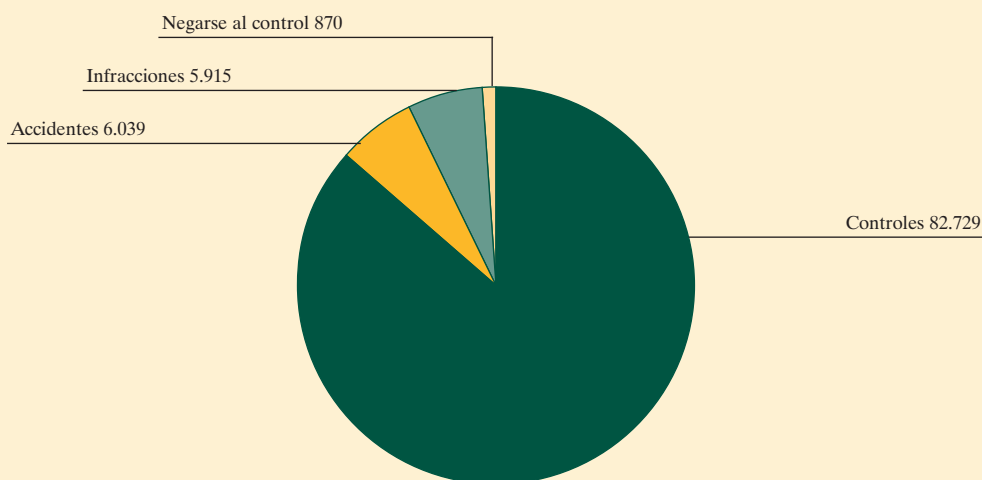


Tabla 2.5.1. Número de diligencias y denuncias por alcoholemias superiores al límite legal. España, 2006

	Origen de la diligencia o denuncia			Total diligencias	Total denuncias	Total denuncias/diligencias
	Accidentes	Infracciones	Controles			
Andalucía	1.155	871	20.228	4.041	18.213	22.254
Aragón	234	356	2.232	315	2.507	2.822
Asturias	238	266	3.324	578	3.250	3.828
Baleares	242	103	2.154	549	1.950	2.499
Canarias	339	73	11.161	418	11.155	11.573
Cantabria	150	261	1.485	345	1.551	1.896
Castilla-La Mancha	457	354	5.564	1.197	5.178	6.375
Castilla y León	450	494	4.976	787	5.133	5.920
Comunidad Valenciana	844	612	12.263	1.709	12.010	13.719
Extremadura	160	204	1.304	492	1.176	1.668
Galicia	659	1.243	10.577	1.540	10.939	12.479
Rioja	39	95	664	238	560	798
Madrid	734	473	3.746	953	4.000	4.953
Murcia	290	442	1.900	402	2.230	2.632
Navarra	48	68	1.151	95	1.172	1.267
Total	6.039	5.915	82.729	13.659	81.024	94.683

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

Figura 2.5.2. Distribución de las diligencias y denuncias relacionadas con las pruebas de alcoholemia, según origen (números absolutos). España, 2006.



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 2.5.2. Número de diligencias y denuncias por negativa a la prueba de alcoholemia. España, 2006

	Número de diligencias	Número de denuncias	Total
Andalucía	84	91	175
Aragón	11	40	51
Asturias	9	11	20
Baleares	9	0	9
Canarias	20	139	159
Cantabria	21	6	27
Castilla-La Mancha	12	23	35
Castilla y León	27	55	82
Comunidad Valenciana	49	40	89
Extremadura	6	11	17
Galicia	34	70	104
Rioja	5	1	6
Madrid	28	26	54
Murcia	10	10	20
Navarra	7	15	22
Total	332	538	870

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

2.6. ENCUESTA ESTATAL A PERSONAS ADMITIDAS A TRATAMIENTO POR HEROÍNA O COCAÍNA, 2003-2004

Introducción

En 1996 se realizó la primera encuesta sobre personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de heroína, con la finalidad de ampliar la información facilitada por el indicador “admisiones a tratamiento” del Plan Nacional sobre Drogas.

En 2003-2004 la DGPNSD desarrolló, en colaboración con las comunidades autónomas, una nueva encuesta a personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína, para dar continuidad a la labor iniciada en 1996 y disponer de un instrumento que nos permita conocer la evolución del perfil, los patrones de consumo y las conductas de riesgo de estos grupos de consumidores problemáticos.

Objetivos

- Conocer las características sociodemográficas de los consumidores de heroína y cocaína admitidos a tratamiento.
- Conocer el grado de integración social de esta población y la prevalencia de algunos problemas sociales.
- Conocer los patrones de consumo de las principales sustancias psicoactivas (frecuencia de consumo, vía de administración, etc)

- Conocer la prevalencia de algunos problemas de salud frecuentes en esta población, en especial la infección VIH.
- Conocer la prevalencia de las principales prácticas de riesgo para la infección VIH y otras infecciones (compartir jeringas, prácticas sexuales sin protección).
- Conocer las relaciones y apoyo social de los consumidores.
- Conocer el grado de utilización de los distintos servicios sanitarios y sociales.
- Conocer la prevalencia de problemas relacionados con el consumo de drogas en la familia o pareja.
- Evaluar los cambios producidos en el perfil de las personas admitidas a tratamiento por heroína con respecto a la encuesta de 1996.

Metodología

Encuesta transversal a una muestra de personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de heroína, cocaína o ambas drogas en los centros que notificaron al indicador tratamiento en todas las comunidades autónomas, salvo País Vasco y Navarra, durante los años 2003-2004

La muestra estuvo integrada por 2610 personas. La selección de los entrevistados se realizó mediante un muestreo sistemático, según el orden de admisión a tratamiento (uno de cada X pacientes admitidos por heroína o cocaína).

La recogida de la información se realizó cumplimentando un cuestionario mediante entrevista cara a cara en los centros de tratamiento. El cuestionario estaba constituido en su mayor parte por preguntas cerradas y precodificadas. La mayoría de las preguntas se referían a los 12 meses o a los 30 días previos a la admisión a tratamiento, que en adelante a veces son denominados “último año” y “último mes”. Las entrevistas fueron realizadas generalmente por los profesionales de los centros incluidos en la muestra.

Para corregir el efecto de la distribución desproporcional según comunidad autónoma sobre la estimación de parámetros a nivel nacional, ha sido necesario ponderar por comunidad autónoma y sustancia principal que motivó la admisión.

Principales resultados

■ Características sociodemográficas

Existía un predominio de varones (cuatro de cada cinco encuestados), tanto entre los admitidos por heroína como por cocaína. La edad media fue más alta entre los admitidos por heroína que entre los admitidos por cocaína. Casi la mitad de los admitidos por heroína habían estado desempleados en último mes, mientras que los admitidos por cocaína se encontraban con más frecuencia en situación laboral activa y obtenían el dinero del trabajo propio. En general los admitidos por cocaína tenían una mayor independencia y autonomía económica derivada de una mejor integración social.

Un porcentaje importante obtuvo sus ingresos en el último año de actividades ilegales, aunque la mayoría los obtuvo del trabajo propio o de la ayuda familiar. En los admitidos por cocaína tenía una mayor importancia el trabajo en la obtención de ingresos, dependiendo menos de la familia, pareja y ayudas sociales. Sin embargo, este grupo en un porcentaje elevado refería conseguir ingresos de la venta de drogas.

Muchos de los encuestados, sobre todo los admitidos por heroína habían sido detenidos o habían estado en prisión (tabla 2.6.1).

Tabla 2.6.1. Características sociodemográficas de los participantes según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento (%). España, 2003-2004.

	Total	Heroína	Cocaína	Ambas
Nº de admisiones	2610	1225	773	604
Sexo (% de hombres)	80,3	79,3	84,3	77,5
Edad media (DE)	32,7 (7,1)	33,5 (6,7)	30,1 (7,5)	34,4 (6,5)
Nacionalidad Española	94,5	93,3	95,9	95,4
Estado civil				
Soltero	65,5	68,2	62,2	64,2
Casado	18,4	16,0	24,1	15,7
Separado/divorciado	15,3	15,0	13,2	18,9
Viudo	0,8	0,7	0,5	1,2
Máximo nivel de estudios completados				
Sin estudios	10,0	10,9	5,7	13,0
Estudios primarios	32	31,8	26,1	39,9
Estudios secundarios	52,7	52,1	62,5	41,9
Estudios superiores	5,3	5,1	5,5	5,2
Situación laboral¹				
Trabajando	41,6	34,0	62,0	31,3
Parado	42,5	47,2	25,3	54,7
Otros	15,9	18,8	12,7	14,0
Obtención de dinero¹				
Trabajo	72,0	60,6	88,9	61,8
Dinero de padres	38,4	40,5	33,9	39,6
Dinero de pareja	20,8	21,9	18,1	21,5
Desempleo / ayuda social	21,5	24,4	15,2	23,6
Robo / venta de objetos robados	19,4	20,7	12,6	25,5
Prostitución	3,8	4,4	2,3	4,5
Pasar drogas	17,5	16,4	18,3	18,5
Pedir en la calle	13,3	17,6	4,5	15,7

1. Referido a los 12 meses previos a la admisión a tratamiento.

Consumo de heroína y cocaína

HEROÍNA

Primer consumo e inicio del consumo habitual. Un 75,6% de los encuestados habían consumido heroína alguna vez en la vida. La edad media de inicio del consumo fue de 20,5 años (tabla 2.6.2). El grupo de edad en el que se inició más frecuentemente el consumo fue el de 15-19 años. Las vías iniciales de consumo más utilizadas fueron: fumada en chinos o plata (53,1%), esnifada (24,2%), e inyectada (19,6%).

A los tres meses de probar la heroína el 39,1% consumía heroína diariamente, porcentaje que alcanzaba el 64,7% al año del primer consumo. Las vías de administración más frecuentes cuando comenzaron a consumir heroína habitualmente fueron la pulmonar (60,8%) y la parenteral (26,7%). Existían algunas diferencias geográficas en la vía de administración utilizada como vía de consumo habitual. El consumo por vía pulmonar predominaba en casi todas las comunidades autónomas, persistiendo todavía una utilización frecuente de la vía parenteral en Madrid, Aragón, Baleares y Cataluña. En esta última comunidad era relativamente frecuente también el consumo de heroína por vía esnifada.

Cambios en la vía de administración. Se consideró que se había producido un cambio de la vía principal de administración cuando un participante había cambiado de vía más frecuente de administración de una droga y la nueva vía se había mantenido al menos durante un mes. La tercera parte de los consumidores refería haber cambiado alguna vez de vía de administración habitual de la heroína. El cambio de vía más frecuentemente realizado fue de inyectada a fumada en chinos (42% de todos los cambios de vía de administración). Sin embargo también fue frecuente el cambio de fumada en chinos a inyectada (29,9%).

Periodos de abstinencia. Un 71,4% de los consumidores de heroína había tenido algún periodo de abstinencia (la mayoría entre 1 y 3). La mediana de duración del último periodo de abstinencia fue de un año. El 57,9% de los consumidores de heroína que había tenido algún periodo de abstinencia, refería haber logrado el último periodo de abstinencia con ayuda de profesionales (algún centro) y 28,3% haberlo conseguido por sí mismo. Un 11,4% había pasado el último periodo de abstinencia en la cárcel.

Consumo en el último mes. El 60,1% de los encuestados refería haber consumido heroína en el último mes (tabla 2.6.2). De éstos, casi un 80% había consumido a diario en ese período. El tipo de heroína consumida más frecuentemente fue la heroína marrón (74,0%), y las vías de administración utilizadas con más frecuencia para consumir la heroína durante el último mes fueron la pulmonar (60,0%) y la inyectada (19,4%).

Un 46,5% de los consumidores de heroína había consumido en el último mes heroína mezclada con cocaína en la misma dosis. Un 17,3% había consumido heroína mezclada con otras drogas diferentes de la cocaína en polvo, de las cuáles la más frecuente fue el crack.

COCAÍNA

Cocaína en polvo. Un 91,5% refería haber consumido cocaína en polvo alguna vez en su vida, un 63,9% en el último año, y casi la mitad en el último mes. La edad media de inicio de consumo fue de 19,8 años (tabla 2.6.2). La vías más frecuentes de consumo en el último mes fueron la esnifada (63,6%), la inyectada (21,5 %) y la fumada (13,8 %). Un 32,7% de los sujetos que habían consumido cocaína en ese mes, referían haberla consumido mezclada con heroína.

Cocaína en base (crack). Un 64,7% de los encuestados había consumido cocaína en forma de base alguna vez en la vida, casi la mitad en el último año, y algo más de un tercio en el último mes. La edad de inicio del consumo fue de 24,2 años. El consumo de cocaína base fue mucho más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína que en los admitidos a tratamiento por cocaína (tabla 2.6.2).

Las formas más frecuentes de consumo fueron “en forma de chinos” (papel de aluminio) y de “basuco” (pipa). El consumo de cocaína base en forma de chinos fue especialmente frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína y el consumo en forma de basuco entre los admitidos a tratamiento por cocaína. El 66,8% referían haber tenido que preparar ellos mismos la base a partir de clorhidrato de cocaína, siendo el álcali más frecuentemente utilizado para hacerlo el amoniaco.

■ Consumo de otras drogas (tabla 2.6.2)

Tabaco y alcohol. El 94,9% refería haber consumido tabaco y un 70,6% alcohol en el último mes. El consumo de tabaco fue más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína y el de alcohol entre los admitidos por cocaína.

Hipnosedantes. Un 68,1% había consumido tranquilizantes o pastillas para dormir (hipnosedantes) alguna vez en su vida y un 40,5% en el último mes. El consumo de fue más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína que entre los admitidos por cocaína. La edad media de inicio de consumo fue de 22,6 años.

Tabla 2.6.2. Consumo de drogas de los participantes según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento (porcentajes y medias). España, 2003-2004.

	Total	Heroína	Cocaína	Ambas
Nº de admisiones	2610	1225	773	604
Tabaco y alcohol				
Tabaco	94,9	97,1	90,1	96,9
Alcohol	70,6	65,2	82,6	66,3
Heroína				
Consumo alguna vez en la vida	75,6	100,0	17,7	100,0
Edad media de primer consumo (DE)	20,5(5,4)	20,4(5,3)	20,3(4,8)	20,8(5,8)
Consumo alguna vez en el mes previo	60,1	83,6	4,6	84,0
Cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína)				
Consumo alguna vez en la vida	91,5	87,2	100,0	100,0
Edad media de primer consumo (DE)	19,9(5,3)	19,5(4,9)	20,3(5,7)	20,0(5,3)
Consumo alguna vez en el año previo	63,9	50,2	93,8	53,0
Consumo alguna vez en el mes previo	48,7	31,6	83,1	39,5
Inyección de cocaína en polvo en el mes previo	13,2	16,3	4,4	19,1
Cocaína en base (crack)				
Consumo alguna vez en la vida	64,7	74,5	33,0	85,3
Edad media de primer consumo (DE)	24,2(6,7)	24,0(6,7)	23,6(6,7)	24,9(6,9)
Consumo alguna vez en el año previo	48,0	53,2	21,3	71,3
Consumo alguna vez en el mes previo	36,8	38,6	15,5	60,7
Inyección de cocaína base en el mes previo	6,3	9,0	1,8	6,8
Hipnosedantes				
Consumo alguna vez en la vida	68,1	79,3	43,6	76,5
Edad media de primer consumo (DE)	22,6(7,1)	22,7(7,1)	23,1(7,4)	22,5(6,9)
Consumo alguna vez en el mes previo	40,5	46,8	25,6	46,5
Opioides distintos de la heroína				
Consumo alguna vez en la vida	36,1	47,9	8,3	47,4
Edad media de primer consumo (DE)	23,1(6,5)	23,1(6,4)	20,3(5,5)	23,5(6,6)
Consumo alguna vez en el mes previo	11,5	14,9	2,4	15,3
Cannabis				
Consumo alguna vez en la vida	90,1	92,7	85,7	90,2
Edad media de primer consumo (DE)	15,7(3,4)	15,5(3,1)	16,1(3,4)	15,8(4,1)
Consumo alguna vez en el mes previo	53,4	55,2	48,8	55,3
Éxtasis u otras drogas de diseño				
Consumo alguna vez en la vida	44,6	41,2	55,9	37,4
Edad media de primer consumo (DE)	20,8(5,9)	20,7(5,6)	20,2(6,1)	21,9(6,3)
Consumo alguna vez en el mes previo	7,2	4,9	12,4	5,1
Anfetaminas				
Consumo alguna vez en la vida	52,4	54,9	51,9	47,2
Edad media de primer consumo (DE)	19,1(4,4)	18,8(4,1)	19,3(4,8)	19,4(4,5)
Consumo alguna vez en el mes previo	6,4	6,1	7,6	4,7
LSD				
Consumo alguna vez en la vida	52,2	55,9	48,8	49
Edad media de primer consumo (DE)	18,2(3,7)	18,1(3,5)	18,4(3,5)	18,3(4,1)
Consumo alguna vez en el mes previo	5,4	4,7	5,2	6,4
Inhalables volátiles				
Consumo alguna vez en la vida	17,3	17,8	14	20,8
Edad media de primer consumo (DE)	16,5(4,8)	16,1(4,5)	17,7(5,4)	16,1(4,7)
Consumo alguna vez en el mes previo	2,2	1,7	2,4	3,1

Otros opioides. Un 36,1% había consumido otros opioides alguna vez en su vida, y un 11,5% en el último mes. El consumo de otros opioides se observó sobre todo en el grupo de admitidos a tratamiento por heroína. La edad media de inicio de consumo fue de 23,1 años.

Cannabis. El 90,1% había consumido cannabis alguna vez en su vida, el 53,4% en el último mes. La edad media de inicio del consumo fue de 15,7 años. No se encuentran diferencias en el consumo de cannabis durante el último mes en función de la droga que ha motivado la admisión a tratamiento.

Éxtasis o drogas de diseño. Un 44,6% había consumido éxtasis o drogas de diseño alguna vez en su vida, pero solo un 7,2% refería haberlas consumido en el último mes. La frecuencia de consumo de estas drogas era mayor entre los admitidos a tratamiento por cocaína. La edad media de inicio en el consumo fue de 20,8 años.

Anfetaminas. Un 52,4% había consumido anfetaminas alguna vez en la vida, un 6,4% en el último mes. La edad media de inicio en el consumo fue de 19,1 años.

LSD. Un 52,2% había consumido LSD alguna vez en la vida, pero solamente un 5,4% en el último mes. La edad media de inicio de consumo fue de 18,2 años.

Inhalables volátiles. Un 17,3% había consumido inhalables volátiles alguna vez en la vida, y un 2,2% en el último mes. La edad media de inicio en el consumo fue 16,5 años.

■ Conductas de riesgo e infección VIH

Hábitos de inyección. El 43,3% de los encuestados se había inyectado alguna vez en la vida y un 17,7% en el último mes. La edad media a la que se inyectaron por primera vez fue a los 21,3 años. Las drogas más frecuentemente inyectadas en el último mes fueron: heroína sola, heroína mezclada con cocaína en la misma dosis o cocaína sola. El 73% de las personas que se habían inyectado en el último mes habían reutilizado alguna vez sus jeringuillas, por término medio 3 veces cada jeringuilla.

El 57,5% de los sujetos que se habían inyectado drogas en el último mes, habían obtenido las jeringuillas de forma gratuita. El lugar del que obtuvieron de forma gratuita estas jeringuillas con mayor frecuencia fue el autobús de intercambio.

Compartir jeringuillas. Entre los consumidores que se habían inyectado en último año (23,4% de los encuestados), un 21,4% había utilizado una jeringuilla previamente utilizada por otros y un 22,3% había pasado jeringas utilizadas a otros. Aunque la utilización de la vía parenteral fue menos frecuente entre los admitidos a tratamiento por cocaína, determinadas conductas de riesgo como pasar jeringuillas utilizadas y repartir droga disuelta en la jeringuilla, fueron habituales en este colectivo.

Conductas sexuales. Un 41,3 % de los participantes refirieron haber tenido más de una pareja sexual en el último año, sin embargo, la utilización sistemática de preservativo en las relaciones sexuales esporádicas y con la pareja estable fue muy baja. Algo más de la mitad de los encuestados no había conseguido ningún preservativo de forma gratuita en el último año.

Infección por VIH. Un 72,2% de los participantes se habían realizado la prueba para detectar anticuerpos frente a VIH con anterioridad a la admisión a tratamiento. Los admitidos a tratamiento por heroína se habían realizado esta serología con mucha mayor frecuencia que los admitidos por cocaína. La mayor parte de los inyectores se habían realizado una serología antes del tratamiento, independientemente de las drogas consumidas.

Un 12,9% de todos los participantes dijo que era VIH positivo, proporción que asciende al 17,9% si esta proporción se calcula sobre los participantes que conocían su estado serológico. La prevalencia real debe estar entre las dos cifras (seguramente más cerca de la primera que de la segunda), porque entre los que desconocen su estado serológico es probable que predominen los consumidores de he-

roína y cocaína con menos conductas de riesgo para la infección por VIH. Por otra parte, puede haber algunos de los que dicen que son VIH negativos que se hayan positivizado desde que le hicieron la última prueba. La positividad autorreferida frente a VIH fue mucho mayor entre los admitidos a tratamiento por heroína que entre los admitidos por cocaína, y entre los que se habían inyectado alguna vez en la vida que entre los que no se habían inyectado nunca (tabla 2.6.3).

Los seropositivos refirieron haber comunicado el problema en primer lugar a la pareja sexual y a la madre, que fueron también las personas que les prestaron más ayuda en relación con este problema. Un 1,3% de los encuestados tomaba fármacos para la tuberculosis. Las comunidades autónomas donde se encontró una mayor seroprevalencia de VIH fueron: Madrid, Comunidad Valenciana, Cataluña, Andalucía y Aragón.

■ Entorno social

Relaciones y apoyo social. El consumo de drogas en el entorno social cercano de los entrevistados (hermanos, pareja o convivientes) era bastante frecuente (tabla 2.6.4). La persona elegida mayoritariamente por los sujetos para hablar clara y sinceramente de los problemas con las drogas y de otros problemas personales era la pareja.

Conflictos sociales. Un 63,3% de los encuestados había sido detenido alguna vez en la vida y casi una tercera parte había estado en prisión (tabla 2.6.4). La primera detención se había producido, por término medio, a los 21 años. Aunque la conflictividad social era mucho mayor entre los admitidos a tratamiento por heroína, el porcentaje de detenidos y/o de sujetos que habían estado en prisión era también alto entre los admitidos por cocaína.

■ Utilización de recursos sanitarios

Uso de servicios sanitarios y sociales generales. Un 41,9% de los encuestados había acudido alguna vez a un servicio médico de urgencias durante el último año por cualquier motivo, y un 10,3% por sobredosis (tabla 2.6.4). La droga consumida en las 48 horas anteriores a la sobredosis por una mayor proporción de personas fue la cocaína en polvo (58,5%), seguida por la heroína (42,6%) y la cocaína base (24,5%). La vía de administración utilizada más frecuentemente en los casos de sobredosis fue la vía intranasal (esnifada), seguida de la parenteral. En la mayor parte de los casos la sobredosis fue atendida en un centro hospitalario.

El 18,5% de los encuestados había estado ingresado en un hospital al menos una vez durante el último año. Por otra parte, un 15,3% había acudido a hablar con el asistente social en el mismo periodo.

Mientras que los admitidos a tratamiento por cocaína acudieron en mayor proporción que los admitidos por heroína a los servicios de urgencias, sucedió lo contrario con los ingresos hospitalarios y la utilización de recursos sociales.

Tratamientos previos por abuso o dependencia de heroína. Un 73,7% de los admitidos a tratamiento por heroína y un 78,5% de los admitidos por heroína+cocaína habían realizado tratamientos previos para dejar la heroína o a causa de la dependencia de esta droga en centros ambulatorios o centros con internamiento (Tabla 2.6.4). La mayor parte de estos tratamientos se realizaron en centros ambulatorios, comunidades terapéuticas, o granjas. En casi la mitad de los casos (48,4%) el último tratamiento realizado incluyó mantenimiento con metadona u otros opioides, y el tratamiento concluyó de forma satisfactoria con el alta del paciente en el 20% de los casos.

Los tratamientos previos por abuso o dependencia de cocaína fueron mucho más infrecuentes. Entre los admitidos a tratamiento por cocaína, un 29,5% había realizado previamente algún tratamiento,

Tabla 2.6.3. Conductas de riesgo e infección VIH entre los participantes, según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento (porcentajes). España, 2003-2004.

	Total	Heroína	Cocaína	Ambas
Nº de admisiones	2610	1225	773	604
Conductas de inyección				
Inyección alguna vez en la vida	43,3	59,4	9,0	54,5
Inyección en el año previo	23,4	33,0	4,8	27,8
Inyección en el mes previo	17,7	25,2	3,8	20,5
Reutilización de jeringuillas *	73,0	75,7	64,9	68,9
Obtención de alguna jeringuilla gratis *	57,5	56,9	38,9	63,3
Uso de jeringuillas ya usadas por otros**	21,4	21,3	16,9	22,7
Pasó jeringuilla utilizada a otros**	22,3	23,2	28,3	19,0
Cogió droga disuelta de una jeringuilla utilizada por otros**	16,6	18,3	20,4	11,6
Repartió droga disuelta de una jeringuilla usada por el mismo**	18,9	20,4	24,8	14,1
Conductas sexuales				
Relaciones vaginales o anales en el año previo	72,7	70,8	77,8	70,5
Pareja sexual estable	58,1	53,1	68,6	54,6
Uso sistemático del preservativo en relaciones vaginales/anales con pareja estable	10,7	10,7	11,9	9,3
Uso sistemático del preservativo en relaciones vaginales/anales con parejas esporádicas	30,2	29,1	28,4	35
Más de una pareja sexual en el año previo	41,3	39,8	46,0	38,7
Infección VIH en todos los participantes				
Se ha realizado la prueba del SIDA alguna vez en la vida	72,2	82,3	45,8	85,6
Serología VIH positiva entre los que conocían su estado serológico	17,9	19,3	7,0	23,0
Infección VIH en inyectores ***				
Se ha realizado la prueba del SIDA alguna vez en la vida	91,2	90,8	92,1	91,7
Serología VIH positiva entre los que conocían su estado serológico	29,4	27,9	20,0	34,9
* Porcentajes calculados sobre los inyectadores en el último mes				
** Porcentajes calculados sobre los inyectadores en el último año				
*** Porcentajes calculados sobre los inyectadores alguna vez en la vida				

siendo la proporción similar (30,1%) entre los admitidos por heroína+cocaína. La mayor parte de estos tratamientos tuvieron lugar, al igual que entre los admitidos a tratamiento por heroína, en centros ambulatorios, comunidades terapéuticas o granjas. El último tratamiento concluyó de forma satisfactoria con el alta del paciente en un 14,1% de los casos.

Un 44,6% de los pacientes con algún tratamiento previo por heroína y un 41,8% de los que tenían alguno por cocaína, habían hecho el último en el centro en que se realizó la encuesta. Los motivos más frecuentes por los que habían acudido a dicho tratamiento fueron los problemas familiares (34,6%) y de salud (22,8%).

■ Comparación de las características de los admitidos a tratamiento por heroína en 1996 y en 2003-2004

En este apartado se comparan los resultados de la encuesta de 1996, dirigida a admitidos a tratamiento por heroína, con los admitidos a tratamiento por heroína o por heroína+cocaína en la encuesta de 2003-2004. Por tanto, quedan excluidos de la comparación los sujetos admitidos a tratamiento por cocaína, independientemente de que hubieran consumido heroína en algún momento de su vida o en los últimos 30 días. Los principales resultados de la encuesta de 1996 aparecieron publicados en el Informe nº 1 del Observatorio Español sobre Drogas (DGPNSD, 1998).

Tabla 2.6.4. Entorno social, conflictividad y uso de recursos sanitarios entre los participantes, según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento (porcentajes). España, 2003-2004.

	Total	Heroína	Cocaína	Ambas
Nº de admisiones	2610	1225	773	604
Drogas en el entorno social en los últimos 12 meses				
Uso de heroína por hermanos*	11,1	11,9	4,7	17,7
Uso de cocaína por hermanos*	21,8	19,4	25,3	22,2
Inyección de drogas por hermanos*	5,2	5,4	1,8	8,3
Uso de heroína por la pareja*	15,7	23,9	2,1	21,5
Uso de cocaína por la pareja*	24,7	25,8	23,3	25,1
Inyección de drogas por pareja*	5,3	7,9	1,2	6,9
Uso de heroína por convivientes*	8,0	10,5	3,1	10,7
Uso de cocaína por convivientes*	13,9	12,3	15,6	14,4
Inyección de drogas por convivientes*	3,9	5,5	1,7	4,0
El participante ha salido con consumidores de heroína	55,0	64,9	28,4	67,6
El participante ha salido con consumidores de cocaína	73,0	64,7	90,7	68,6
Conflictividad social				
Ha sido detenido alguna vez en la vida	63,3	70,3	40,5	78,1
Ha estado alguna vez en prisión	32,1	40,2	11,4	41,7
Utilización de recursos sanitarios en los últimos 12 meses				
Ha acudido a servicios médicos de urgencias	41,9	41,1	44,8	40,1
Ha acudido a servicios médicos de urgencias por sobredosis	10,3	8,9	15,4	6,8
Ha sido ingresado en un hospital	18,5	19,4	15,8	19,4
Ha acudido a un asistente social	15,3	15,5	10,6	20,9
Tratamientos previos por abuso o dependencia de drogas				
<i>Heroína</i>				
Algún tratamiento previo por heroína	54,8	73,7	6,2	78,5
Acabó satisfactoriamente el último tratamiento**	20,0	21,3	28,9	16,8
Realizó parte del último tratamiento en el centro actual**	44,6	46,5	31,4	42,6
<i>Cocaína</i>				
Algún tratamiento previo por cocaína	20,9	10,9	29,5	30,1
Acabó satisfactoriamente el último tratamiento**	14,1	14,3	16,6	10,9
Realizó parte del último tratamiento en el centro actual**	41,8	50,4	36,9	43,4
*Porcentajes calculados sobre el total de participantes con hermanos, con pareja estable o con convivientes diferentes de la pareja o hermanos para cada uno de los grupos.				
** Porcentaje calculado sobre los participantes que habían hecho un tratamiento anterior del abuso o la dependencia de esa droga.				

En 2003-2004 los admitidos por heroína seguían siendo mayoritariamente hombres al igual que en 1996. Se observa un aumento de la edad media de admisión a tratamiento (29,1 años en 1996 y 34 años en 2003-2004), y cambios sociodemográficos positivos en algunos indicadores (menor tasa de paro, menor dependencia de otros para conseguir dinero, disminución de la proporción de personas que obtenía dinero procedente de actividades delictivas) (tabla 2.6.5).

Se observa también una disminución del uso de la vía parenteral para administrarse la heroína, un aumento del uso de la vía pulmonar, y un descenso de la frecuencia de consumo de heroína en el último mes. Con respecto a 1996, en 2003-2004 se había extendido el consumo de cocaína en forma de base (crack), afectando a una proporción importante de los admitidos a tratamiento por heroína de todas las comunidades autónomas. Las comunidades donde la cocaína base estaba más extendida eran Ceuta (78,1% la habían consumido en el mes anterior a la admisión), Andalucía (59,3%), Extremadura (48,5%), y Canarias (53,2%), como en 1996. Además, en 2003-2004 se observaron proporciones elevadas de consumo de cocaína base en Castilla y León (52,7%), Castilla-La Mancha

(49,2%) y Madrid (58%). Al igual que en 1996, en 2003-2004 la vía de administración más frecuente de la cocaína base era la fumada “en chinos”, y la mayoría de los consumidores seguían obteniendo ellos mismos esta sustancia a partir de clorhidrato de cocaína, utilizando el amoníaco como álcali.

En 2003-2004 el consumo de cocaína en polvo entre los admitidos a tratamiento por heroína se había reducido discretamente con respecto a 1996, y la vía de administración preferente de esta droga era, como en 1996, la parenteral. Además, seguía siendo muy frecuente el consumo de cocaína en polvo mezclada con heroína en la misma dosis.

El consumo de alcohol y cannabis no había experimentado cambios relevantes desde 1996. El consumo del resto de drogas mostró en líneas generales una tendencia ligeramente descendente.

Entre 1996 y 2003-2004 se produjo una disminución del uso de la vía parenteral entre los admitidos a tratamiento por heroína, especialmente en lo relativo al uso reciente de esta vía. Entre los que utilizaron esta última vía durante el último año disminuyó la prevalencia de usar jeringas previamente usadas por otros, desde un 34% en 1996 hasta un 21,7% en 2003-2004.

En consonancia con estas modificaciones, se observa una discreta disminución de la prevalencia autoinformada de infección VIH en los admitidos a tratamiento por heroína, pasando de un 22,7% en 1996 a un 20,5% en 2003-2004 (porcentajes calculados respecto al total de pacientes con serología conocida). Esta tendencia descendente también se observa en el grupo de los que se habían inyectado alguna vez en la vida, entre los que la prevalencia pasó de un 32% en 1996 a un 30,1% en 2003- 2004.

Entre los admitidos a tratamiento por heroína en 2003-2004 seguía siendo muy frecuente el consumo de otras drogas distintas a heroína, como en 1996, y no se habían producido cambios relevantes en la conflictividad social y en la utilización de recursos sanitarios.

3

Oferta y control de la oferta de drogas

3.1. DEMANDA DIRECTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, 1996-2006

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 2006 la muestra estuvo compuesta por 8000 hogares, 884 establecimientos de hostelería/restauración y 402 establecimientos de restauración social (establecimientos de enseñanza, sanidad, centros de mayores, etc.). Los datos se recogen 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 2006 sigue una tendencia a la baja reiniciada en 2005, tras dos años de incrementos, y se sitúa en 3.863,34 millones de litros, lo que supone un 1% menos que el año anterior (Tabla 3.1.1 y Tabla 3.1.2).

De igual modo, continúa el descenso progresivo del consumo per cápita observado en los últimos años, pasando de 99,8 litros en 1996 a 90,1 litros en 2006 (Figura 3.1.1).

El descenso en 2006 de las compras de bebidas alcohólicas en su conjunto, se debe únicamente al descenso de las mismas en el sector de la hostelería (-0,61) ya que en el sector doméstico y en el de las instituciones sociales se incrementaron las compras, en un 3,5% y un 6,5%, respectivamente (Tabla 3.1.1).

Por tipo de bebida, en 2006, el único descenso de las compras corresponde a las del vino (-5,2%), que descienden tanto en los hogares (-0,8%) como en la hostelería (-8,5%), mientras que se incrementan en las instituciones sociales (4,6%). En cambio, el consumo global de cerveza crece un 3%, muy notablemente en el ámbito doméstico (6,4%) y en el de las instituciones sociales (8,4%) y más modestamente en la hostelería (1,7%). De igual modo, crecen las ventas de los licores: un 3,4%, globalmente, un 6,7% en el ámbito doméstico, un 2,4% en la hostelería y un 19,7% en el ámbito de las instituciones sociales. También se ha incrementado globalmente en 2006 la venta de sidra, debido al aumento de la demanda de los hogares (5,2%) y de la hostelería-restauración (2,0) (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 (65,59%), y el vino (27,61%). La sidra, los licores y otras bebidas tuvieron un volumen de compras bastante menor (Figura 3.1.3.).

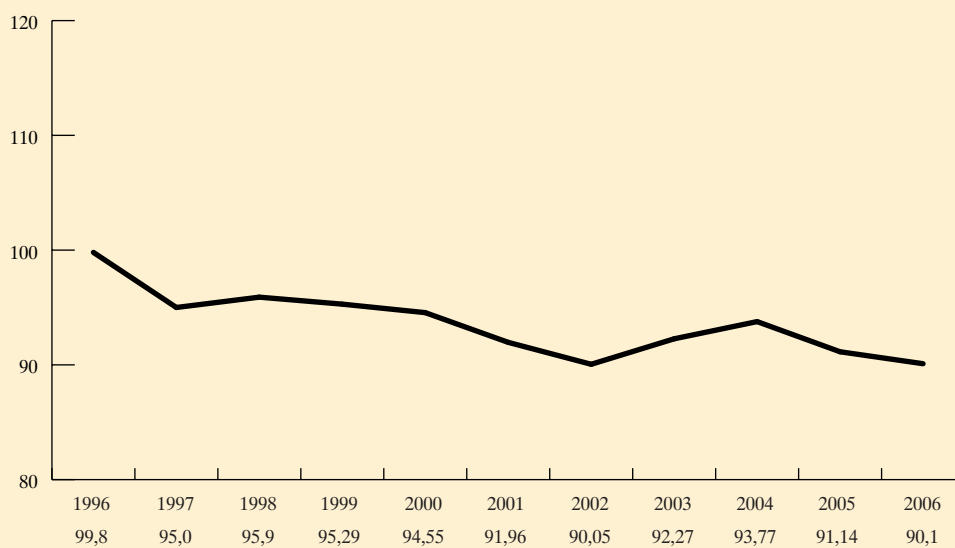
Tabla 3.1.1. Volumen de las compras de bebidas alcohólicas registradas en España (excepto Ceuta y Mellilla) según ámbito de consumo, 2001-2006.

	VINOS		CERVEZAS		OTRAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS (LICORES)		SIDRA		TOTAL BEBIDAS ALCOHÓLICAS	
	Millones de litros ^a	Variación interanual %	Millones de litros ^a	Variación interanual %	Millones de litros ^a	Variación interanual %	Millones de litros ^a	Variación interanual %	Millones de litros ^a	Variación interanual %
Hogares										
2001	538,91	-6,4	530,93	3,6	43,03	-3,3	14,62	-2,8	1.127,49	-1,7
2002	523,51	-2,9	546,52	2,9	44,81	4,1	15,57	6,5	1.130,41	0,3
2003	502,78	-4,0	620,68	13,6	43,21	-3,6	15,02	-3,5	1.181,79	4,5
2004	483,34	-3,9	654,61	5,5	40,92	-5,3	14,25	-5,1	1.193,12	1,0
2005	472,11	-2,3	649,02	-0,9	43,38	6,0	12,20	-14,4	1.176,70	-1,4
2006	468,35	-0,8	690,77	6,4	46,27	6,7	12,84	5,2	1.218,23	3,5
Hostelería										
2001	686,92	-5,4	1.653,89	-1,5	158,67	6,4	65,04	5,2	2.564,52	-0,5
2002	668,86	-2,6	1.637,63	-1,0	136,06	-14,2	64,66	-0,6	2.507,21	-0,6
2003	646,22	-3,4	1.729,76	5,6	151,36	11,2	58,83	-9,0	2.586,17	0,8
2004	707,18	9,4	1.834,51	6,1	153,70	1,5	56,29	-4,3	2.751,68	1,7
2005	662,94	-6,3	1.844,49	0,5	144,75	-5,8	54,52	-3,1	2.706,70	-1,6
2006	606,41	-8,5	1.876,34	1,7	148,19	2,4	58,53	2,0	2.689,47	-0,6
Instituciones										
2001	7,68	-14,1	6,72	-45,0	0,42	-58,4	0,18	0,0	15,00	-32,9
2002	6,91	-10,0	7,61	13,2	0,39	-7,1	0,14	-22,2	15,05	0,3
2003	7,83	13,3	4,94	-35,1	0,52	33,3	0,25	78,6	13,54	-10,0
2004	7,26	-7,3	6,80	37,7	0,46	-11,5	0,26	4,0	14,78	9,2
2005	9,52	31,1	8,71	28,1	0,61	32,6	0,26	0,0	19,10	29,2
2006	9,96	4,6	9,44	8,4	0,73	19,7	0,22	-15,4	20,35	6,5
Total										
2001	1.233,52	-5,9	2.191,54	-0,5	202,13	3,8	79,84	3,6	3.707,03	-2,1
2002	1.199,28	-2,8	2.191,76	0,0	181,26	-10,3	80,37	0,7	3.652,67	-1,5
2003	1.156,83	-3,5	2.355,39	7,5	195,19	7,7	74,1	-7,8	3.781,51	3,5
2004	1.197,78	3,5	2.495,92	6,0	195,08	-0,1	70,80	-4,5	3.959,58	4,7
2005	1.144,57	-4,4	2.502,22	0,3	188,74	-3,2	66,98	-5,4	3.902,51	-1,4
2006	1.084,72	-5,2	2.576,55	3,0	195,19	3,4	71,59	6,9	3.928,05	0,7
Total per capita										
2001	30,6	-6,4	54,4	-1,0	5,01	2,2	2,0	4,2	91,96	-2,6
2002	29,6	-3,4	54,0	-0,6	4,5	-10,8	2,0	0,0	90,05	-2,1
2003	28,2	-4,5	57,5	6,4	4,8	6,5	1,8	-8,6	92,27	2,5
2004	28,4	0,5	59,1	2,9	4,6	-2,9	1,7	-7,2	93,77	1,6
2005	26,7	-5,8	58,5	-1,1	4,4	-4,5	1,6	-7,1	91,14	-2,8
2006	24,9	-6,8	59,1	1,1	4,5	2,0	1,6	2,6	90,10	-1,1

a: En las filas correspondientes a Total per cápita el volumen de compras se expresa en litros per cápita.

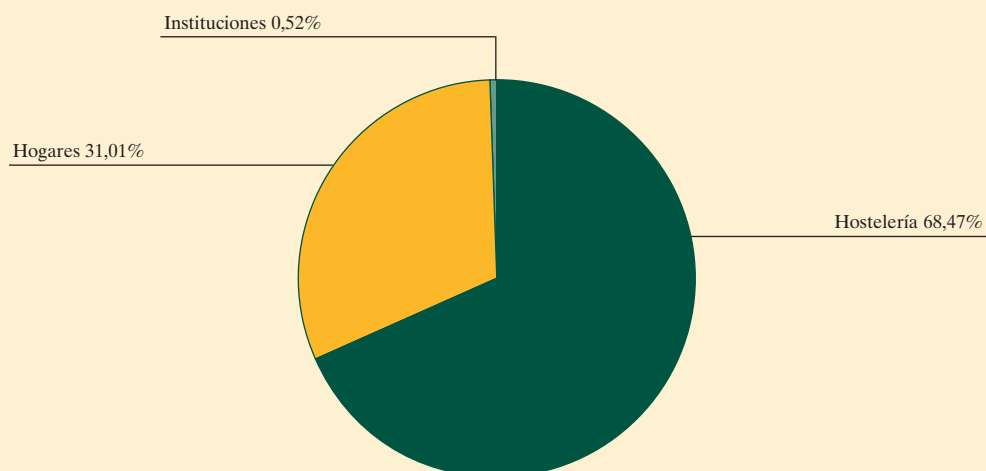
Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de Consumo Alimentario.

Figura 3.1.1. Evolución del volumen de compras de bebidas alcohólicas (litros *per capita*). España, 1996-2006.



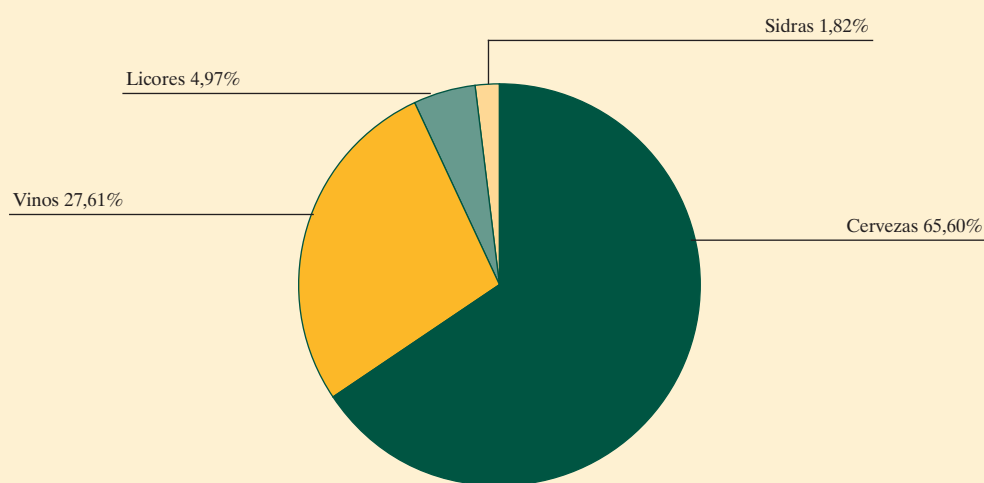
Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de Consumo Alimentario.

Figura 3.1.2. Distribución del volumen de compras de bebidas alcohólicas, en litros, según el ámbito de consumo (porcentajes). España, 2006.



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

Figura 3.1.3. Distribución del volumen de compras de bebidas alcohólicas, en litros, según tipo de bebida (porcentajes). España, 2006.



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, 1996-2006.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Vinos	1.298,2	1.392,4	1.414,7	1.371,7	1.310,5	1.233,52	1.199,28	1.156,83	1.197,78	1.157,45	1.084,72
Cervezas	2.365,9	2.132,2	2.153,6	2.196,6	2.203,0	2.191,54	2.191,76	2.355,39	2.495,92	2.502,22	2.576,55
Sidra	56,1	69,9	71,3	77	77,03	79,84	80,37	74,1	70,8	66,98	71,59
Licores y otras bebidas alcohólicas	205,6	178,5	173,9	163,9	194,7	202,13	181,26	195,19	195,08	188,74	195,19
Total bebidas alcohólicas	3.925,8	3.925,8	3.773	3.809,1	3.785,3	3.707,03	3.652,67	3.781,51	3.959,58	3.915,39	3.928,05

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

El descenso del volumen de compras de bebidas alcohólicas en 2006 respecto del año anterior se ha producido en un contexto general de aumento del gasto en consumo alimentario en los hogares que ha crecido en un 5,7%; incremento del que no están ajenas algunas bebidas alcohólicas; ya que entre los seis productos que han tenido un mayor incremento de cantidades compradas en 2006 con respecto al 2005 se encuentran las bebidas espirituosas (6,7%), las cervezas (6,4%) y los vinos de calidad (4%). Esto parece indicar que se está produciendo un proceso doble de desplazamiento en el consumo de alcohol; de una parte desde el ámbito de la hostelería/restauración hacia el ámbito doméstico, y, de otra parte, del consumo de vinos corrientes (vinos de mesa) hacia el consumo de vinos de mayor calidad con denominación de origen.

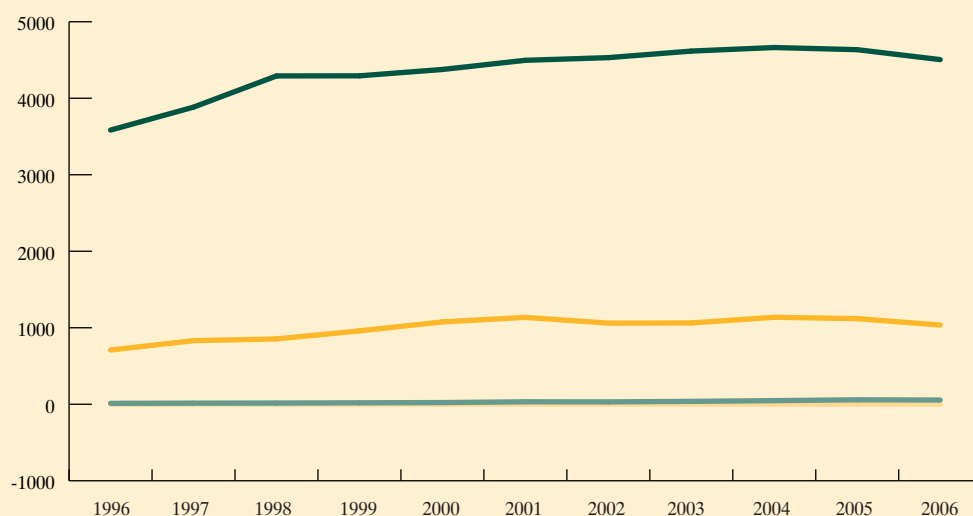
3.2. VENTAS DE TABACO, 1996-2006

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) entre el año 1996 y 2006.

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 solo están relacionadas con el volumen de las unidades vendidas, sino también con los impuestos que en distintos momentos históricos ha soportado el tabaco.

Figura 3.2.1. Evolución de las ventas de tabacos, por tipo de labor. España¹, 1996-2006.



■ Cigarrillos (millones de cajetillas)	3.583,8	3.883,7	4.291,8	4.293,1	4.376,0	4.496,0	4.530,8	4.616,6	4.663,0	4.634,9	4.504,9
■ Cigarros (millones de unidades)	708,9	831,4	853,9	959,5	1.076,4	1.135,4	1.060,2	1.062,6	1.137,0	1.119,0	1.035,5
■ Picadura de liar (millones de unidades)	12,0	14,4	15,6	18,9	22,2	32,2	31,0	37,8	47,5	58,3	55,4
■ Picadura de pipa (millones de unidades)	2,1	2,2	2,3	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6	2,4	2,3

1. Península y Baleares.

Variación 1996-2006: Cigarrillos: +25,7%, Cigarros: +46,1%, Picadura liar: +362,2%, Picadura pipa: +9,5%

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

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 muy superiores a los del resto de las labores. De los 4698,9 millones de euros de ingresos por venta de tabacos en 1996, el 94,2% correspondió a los cigarrillos, porcentaje que seguía prácticamente invariable en 2006, año en que se ingresaron por este concepto 10.764,7 millones de euros. Tras las ventas de cigarrillos se situaron las de cigarros puros, cuya cuota de participación en los ingresos fue del 5,3% en 1996 y en 2006 del 3,9%. Por su parte, las ventas de picadura de liar y de pipa ocupan un lugar residual, dado que, en conjunto, han venido suponiendo desde 1996 no más del 1,8 % de los ingresos (Tabla 3.2.2).

Entre 1996 y 2006 ha aumentado el volumen de ventas de los distintos tipos de labor medido 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 25,7%, las de cigarros lo hicieron un 46,1 % y las ventas de picadura de liar un (362,2%). Por su parte las ventas de picadura de pipa solo aumentaron un 9,5%.

El incremento de las ventas de cigarrillos entre 1996 y 2006 ha sido general en todas las Comunidades Autónomas, excepto en Extremadura donde se redujeron un 3,2% y en Castilla-León donde lo hicieron

Tabla 3.2.1. Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España*, 1996-2006.

Tipo de labor	1996	1997	1999	2001	2003	2005	2006	Variación 2006/1996 (%)	Variación 2006/2005 (%)
Cigarrillos	4.426,320	5.568,870	7.074,520	8.173,160	9.526,070	10.243,642	10.153,788	129,4	-0,9
Cigarros	251,216	305,656	370,057	425,479	435,900	457,235	422,712	68,3	-7,6
Picadura de liar	16,600	22,021	30,982	64,855	108,999	182,526	180,220	985,7	-1,3
Picadura de pipa	4,820	5,289	6,178	6,930	7,724	8,107	7,987	65,7	-1,5
Total	4.698,956	5.901,836	7.481,738	8.670,424	10.078,693	10.891,511	10.764,707	129,1	-1,2

* Península y Baleares.

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 (%). España, 1996-2006.

Tipo de labor	1996	1997	1999	2001	2003	2005	2006
Cigarrillos	94,2	94,4	94,6	94,3	94,5	94,1	94,3
Cigarros	5,3	5,2	4,9	4,9	4,3	4,2	3,9
Picadura de liar	0,4	0,4	0,4	0,7	1,1	1,7	1,7
Picadura de pipa	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100	100	100	100	100	100	100

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

ron un 5,7% (Tabla 3.2.3) No obstante, el crecimiento ha sido desigual. Así, en Baleares (45,1%), Navarra (67,5%), País Vasco (63%), Cataluña (42,7%), Andalucía (35,1%), Murcia (30%) y Galicia (45,7%) las ventas aumentaron por encima de la media nacional (25,7%), en tanto que en el resto de las comunidades los aumentos se situaron por debajo de la media, oscilando entre el 0,5% (Madrid) y el 21,6% (Comunidad Valenciana). Algunas de las Comunidades Autónomas donde más han crecido las ventas se corresponden con zonas de expansión turística y/o zonas que tradicionalmente tenían importantes niveles de contrabando.

No obstante lo anterior, y como efecto inmediato de la entrada en vigor de la “Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del Tabaco”, en el año 2006 se aprecia un descenso en las ventas de cigarrillos, respecto de 2005, del 2,8%; lo que, en términos de ventas por habitante (de entre 15 y 64 años), supone una minoración de 6,4 cajetillas por persona (Tabla 3.2.4.). El descenso en las ventas de cigarrillos producido entre 2005 y 2006, tanto en términos absolutos como por habitante, afecta a prácticamente todas las Comunidades Autónomas ya que sólo han crecido en La Rioja y en Castilla León, y, aun en estos casos, muy moderadamente (Tablas 3.2.3 y 3.2.4)

También han descendido en 2006 las ventas por habitante de los cigarros (-3 unidades), descenso que esa preciable en todas las Comunidades Autónomas, excepto en Asturias y Galicia.

Tabla 3.2.3. Evolución del volumen de ventas de cigarrillos por comunidad autónoma (millones de cajetillas). España*, 1996-2006.

Comunidad autónoma	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	Variación 2006/1996 (%)	Variación 2006/2005 (%)
Andalucía	608,7	744,5	784,6	829,9	851,9	843,5	822,5	35,1	-2,5
Aragón	123,4	142,4	136,4	135,2	137,3	133,7	130,7	5,9	-2,2
Asturias	86,9	108,4	108,2	108,3	104,5	101,0	98,6	13,4	-2,4
Islas Baleares	122,5	144,5	187,4	190,6	199,9	196,2	177,8	45,1	-9,4
Cantabria	53,7	63,1	60,4	61,0	59,9	58,0	56,8	5,8	-2,1
Castilla y León	241,2	260,9	243,1	244,2	189,4	226,1	227,4	-5,7	0,6
Castilla-La Mancha	167,7	193,0	185,6	187,3	236,6	189,4	189,1	12,8	-0,1
Cataluña	601,4	705,3	731,5	775,7	865,4	888,7	858,5	42,7	-3,4
C. Valenciana	465,3	533,3	559,4	581,5	594,2	589,5	565,8	21,6	-4,0
Extremadura	110,4	125,8	118,5	115,2	109,8	107,3	106,8	-3,2	-0,4
Galicia	155,4	220,9	226,6	235,1	232,3	226,9	226,4	45,7	-0,2
Madrid	530,0	616,9	600,3	608,4	570,7	547,7	532,5	0,5	-2,8
Murcia	114,0	133,9	136,2	143,1	148,9	149,0	148,2	30,0	-0,6
Navarra	56,0	67,2	65,8	73,2	91,4	95,5	93,8	67,5	-1,8
País Vasco	148,8	201,4	203,7	213,4	242,9	255,6	242,6	63,0	-5,1
La Rioja	25,1	30,2	28,0	28,6	28,1	26,9	27,4	9,2	1,8
Total	3583,8	4291,8	4376,0	4530,8	4663,1	4.634,9	4.504,8	25,7	-2,8

* Península y Baleares.

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

Mucho más moderado es el descenso global de las ventas por habitante de picadura de liar (-0,1 bolsitas) del que son responsables los descensos producidos en tan solo cuatro Comunidades Autónomas (Andalucía, Baleares, Comunidad Valenciana y Murcia). Por su parte, las ventas por habitante de picadura de pipas se han mantenido estables. (Tabla 3.2.4.)

Tabla 3.2.4. Ventas anuales de tabaco per cápita según tipo de labor y comunidad autónoma*. Variación 2006/2005.

	Cigarrillos (cajetillas)			Cigarros (unidades)			Picadura de liar (bolsas)			Picadura de pipa (bolsas)		
	2006	2005	Variación 2006/2005	2006	2005	Variación 2006/2005	2006	2005	Variación 2006/2005	2006	2005	Variación 2006/2005
Andalucía	151,5	157,1	-5,6	20,8	22,7	-2,0	1,5	1,6	-0,1	0,1	0,1	0,0
Aragón	154,7	159,3	-4,6	45,8	49,5	-3,7	0,8	0,9	0,0	0,1	0,1	0,0
Asturias	135,5	138,5	-3,0	46,0	44,8	1,2	0,4	0,3	0,0	0,1	0,1	0,0
Baleares	249,4	281,3	-31,9	41,1	49,1	-8,0	10,9	13,5	-2,6	0,3	0,3	0,0
Cantabria	145,8	149,9	-4,2	50,1	51,2	-1,1	1,2	1,2	0,0	0,1	0,1	0,0
C. y León	138,3	137,5	0,8	55,3	56,6	-1,3	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
C.-La Mancha	147,9	150,9	-3,0	32,4	35,3	-2,9	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Cataluña	177,4	186,2	-8,8	45,1	51,7	-6,6	3,0	3,0	0,0	0,1	0,1	0,0
C.Valenciana	177,4	186,2	-8,8	45,1	51,7	-6,6	3,0	3,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Extremadura	148,2	149,8	-1,5	33,8	34,1	-0,3	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
Galicia	122,3	122,6	-0,3	29,0	28,8	0,2	0,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Madrid	124,7	129,9	-5,2	21,1	23,0	-1,9	0,3	0,3	0,0	0,1	0,1	0,0
Murcia	158,2	162,3	-4,1	22,5	24,9	-2,4	1,2	1,3	-0,1	0,1	0,1	0,0
Navarra	230,3	236,6	-6,2	94,3	109,4	-15,2	4,2	3,9	0,2	0,1	0,2	0,0
País Vasco	165,1	173,5	-8,4	82,6	88,9	-6,3	2,2	2,2	0,1	0,1	0,1	0,0
La Rioja	131,7	131,3	0,4	72,4	75,8	-3,4	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Media nacional	155,3	161,7	-6,4	35,7	38,7	-3,0	1,9	2,0	-0,1	0,1	0,1	0,0

* Península y Baleares.

Nota: para el cálculo de las tasas *per capita* se ha utilizado la población de 15-64 años.

CONCLUSIONES

Los cigarrillos representan un 94,3% de los ingresos globales por la venta de tabaco, seguidos de los cigarros con una cuota del 3,9% de los ingresos. Entre 1996 y 2006 las ventas de cigarrillos crecieron globalmente un 25,7%, frente al 46,1% de los cigarros y el 362,2 % de la picadura de liar. A la hora de interpretar el significado de estas cifras ascendentes hay que tener en cuenta la proporción de las ventas que se dirige a los turistas y transeúntes de otros países y, sobre todo, la reducción progresiva de las ventas procedentes del contrabando, que ha ocurrido en los últimos años hasta prácticamente su total extinción, con el consiguiente ascenso paralelo de las ventas legales.

Tras la entrada en vigor el día 1 de enero de 2006 de la “Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del Tabaco” se ha producido una contracción de la venta de cigarrillos tanto en términos absolutos como por habitante, reducción que es apreciable en todas las Comunidades Autónomas, excepto en La Rioja y Castilla y León.

También ha descendido en 2006 la venta por habitante de cigarrillos, excepto en Asturias y Galicia

Por lo que respecta a las ventas de picadura de liar y de pipa, éstas, en 2006, prácticamente mantienen el mismo nivel que el correspondiente a 2005.

3.3. NÚMERO DE DECOMISOS Y CANTIDADES DE DROGAS DECOMISADAS, 1996-2006

El número de decomisos de drogas psicoactivas y las cantidades de drogas decomisadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de drogas en el mercado, siempre que se tenga en cuenta que su evolución suele estar afectada por diversos factores, tales como la mayor o menor actividad de los servicios de control de la oferta y la proporción de droga que se dirige al mercado exterior, así como la ocurrencia de grandes decomisos, que puede dar lugar a fluctuaciones interanuales importantes.

Según el Ministerio del Interior, en 2006 se produjeron en España algunos cambios en las cantidades de drogas decomisadas con respecto al año anterior. La cantidad de heroína decomisada aumentó con respecto a 2005, pasando de 174 Kg a 472 Kg, rompiendo la tendencia al descenso que se venía observando en los últimos cinco años (Tabla 3.3.1 y Figura 3.3.5). También aumentó la cantidad de cocaína decomisada, aunque en este caso de forma mucho más moderada. Por el contrario descendió notablemente la cantidad de hachís decomisada, y en menor medida la de MDMA (Tabla 3.3.1.).

Por lo que respecta al número de decomisos, en 2006 se ha incrementado notablemente en relación con años anteriores el número de decomisos globales. Por drogas, también se aprecian en 2006 incrementos del número de decomisos, respecto del año anterior, en cada una de ellas, con excepción de los opiáceos a los que correspondieron 7354 en 2005 y 7039 en 2006 (Figura 3.3.1)

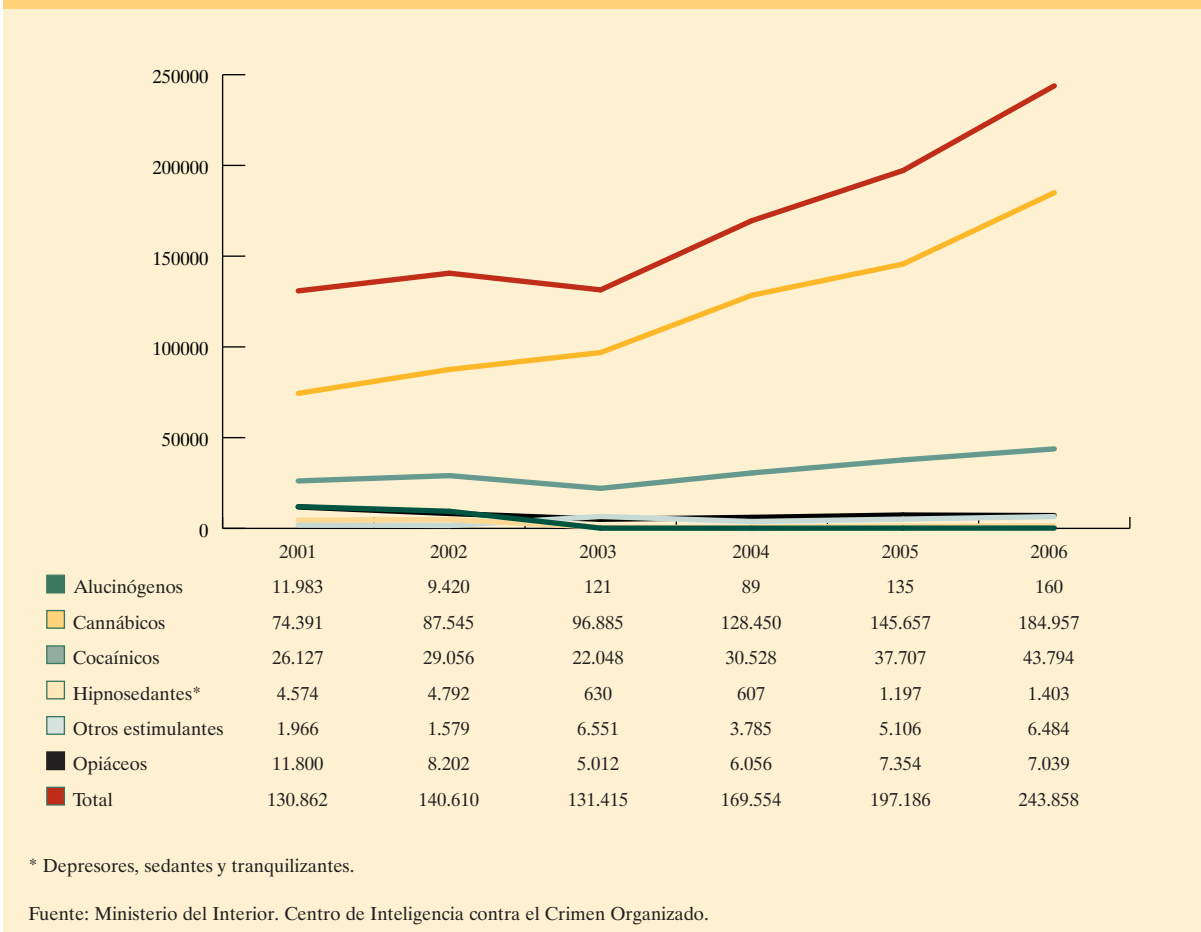
En general, en los últimos años se aprecia un aumento tanto del número de decomisos de cocaínicos como de las cantidades de este tipo de drogas decomisadas. El número de decomisos ha aumentado bastante entre 2001 y 2006 (figura 3.3.1). Además, aunque se aprecian algunos altibajos interanuales, en el período 2001-2006 aumentó sensiblemente la cantidad de cocaína decomisada (figura 3.3.2).

Tabla 3.3.1. Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Heroína (Kg)	485	631	275	242	271	174	472
Cocaína (Kg)	6.165	33.681	17.660	49.279	33.135	48.429	49.650
Hachís (Kg)	474.505	514.181	564.816	727.313	794.437	669.704	459.267
MDMA (pastillas)	891.564	860.165	1.396.591	771.875	796.833	572.871	481.583

Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 3.3.1. Evolución del número de decomisos de sustancias psicoactivas. España, 2001-2006.



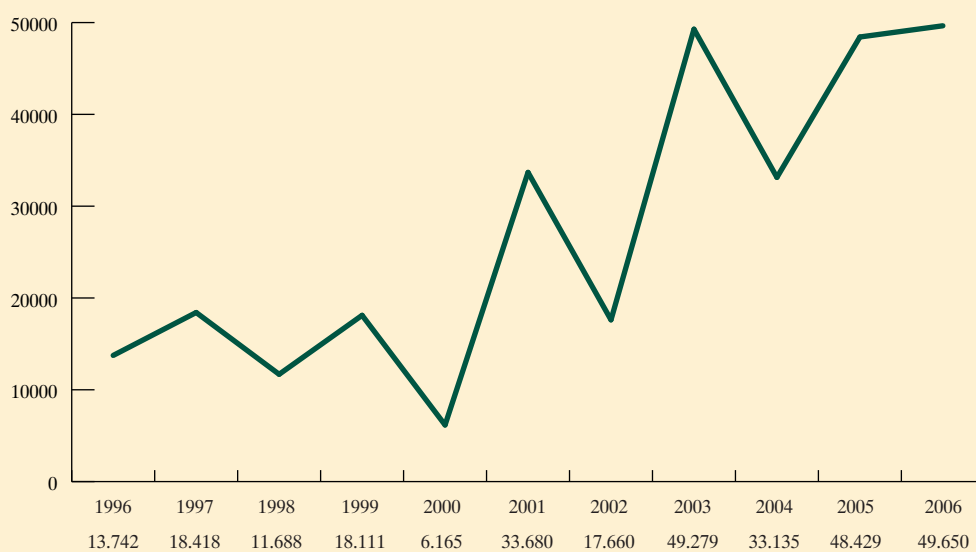
El cannabis fue la droga de la que se decomisó una mayor cantidad en 2006 (459267 Kg de hachís) y también la que generó un mayor número de decomisos (184957). Tanto la cantidad como el número de decomisos han aumentado de forma muy importante en el período 2001-2006 (figuras 3.3.1 y 3.3.3).

El número de decomisos de alucinógenos ha aumentado ligeramente en 2006 con respecto de los dos años anteriores, si bien sigue manteniéndose en un nivel bajo desde 2003, año en que experimentó un descenso notabilísimo (figura 3.3.1).

La cantidad de heroína incautada en 2006 (472 Kg) ha aumentado notablemente con respecto a 2005 (174 Kg), mientras que el número de decomisos de opiáceos ha descendido algo. Tomando una referencia a más largo plazo, se observa que el número de decomisos de opiáceos ha aumentado algo desde 2003, año en que alcanzó su punto más bajo, y las cantidades de heroína decomisadas que mantuvieron una tendencia descendente entre 2001 y 2005 han vuelto a aumentar en 2006 (figuras 3.3.4 y 3.3.1).

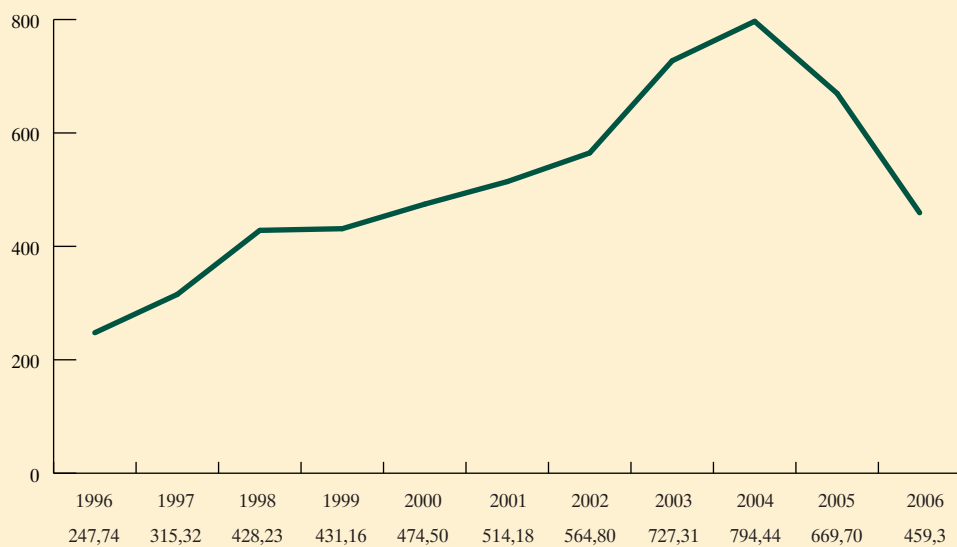
En los últimos trece años la cantidad de éxtasis (MDMA) decomisada ha seguido una evolución peculiar: aumentó entre 1992 y 1995, descendió entre 1995 y 1998, volvió a aumentar entre 1998 y 2002, y descendió de nuevo entre 2002 y 2006 (figura 3.3.5).

Figura 3.3.2. Evolución de la cantidad de cocaína decomisada en España (kilogramos), 1996-2006.



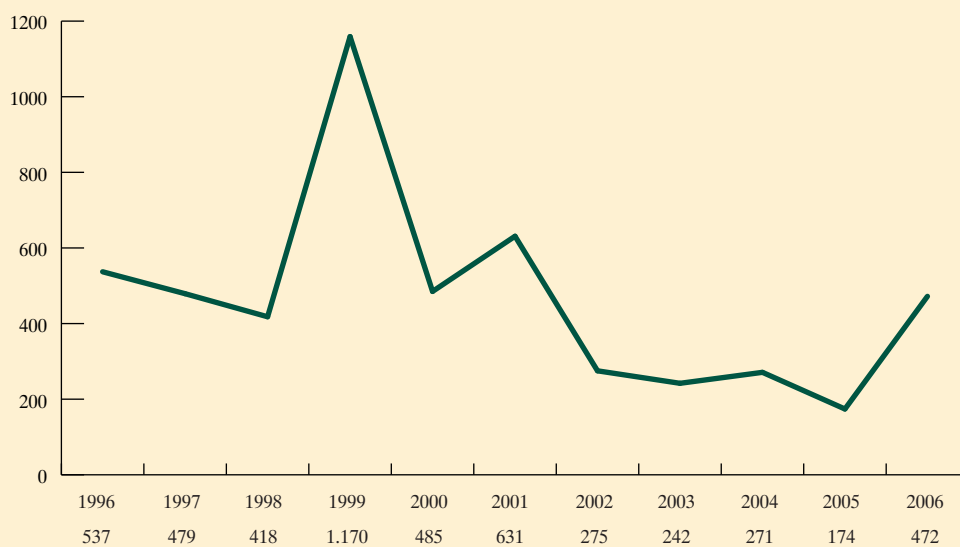
Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 3.3.3. Evolución de la cantidad de hachís decomisado en España (miles de kilogramos), 1996-2006.



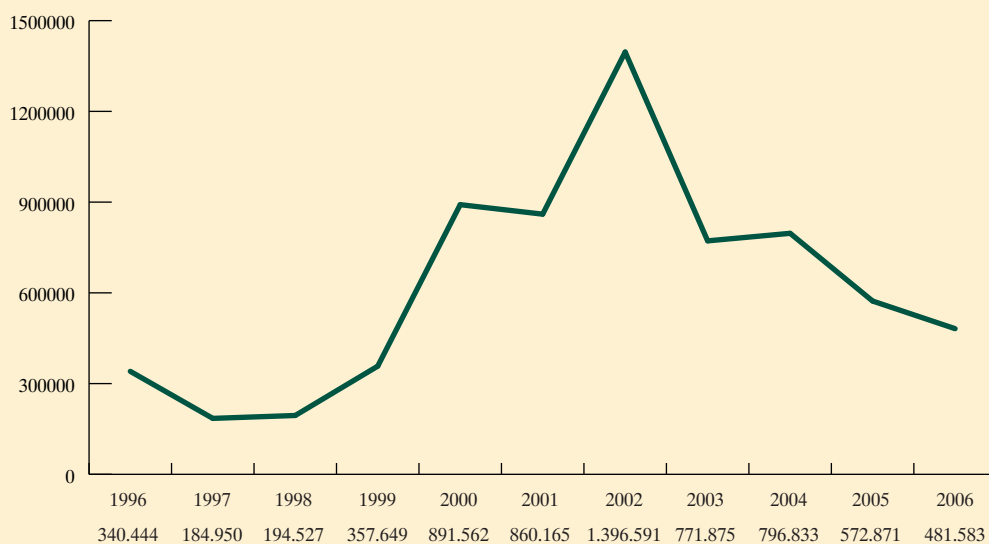
Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 3.3.4. Evolución de la cantidad de heroína decomisada en España (kilogramos), 1996-2006.



Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 3.3.5. Evolución de la cantidad de MDMA decomisado en España (nº de pastillas), 1996-2006.



Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Si se observan las tendencias a medio y largo plazo, más allá 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.

3.4. PRECIO Y PUREZA DE LAS DROGAS DECOMISADAS, 1996-2006

Los datos de este apartado se refieren a precios y purezas medias estimadas para el conjunto de España, aplicables a las principales drogas en cada nivel de transacción (Kilogramo, gramo y dosis). Los datos para el período 1996-2000 proceden directamente de la Oficina Central Nacional de Estupefacientes (OCNE), que es desde 1996 el organismo encargado oficialmente de estimar el precio y la pureza final de las drogas decomisadas para el conjunto de España. En cambio, para el período 2001-2006 proceden de una compilación de los datos de la OCNE efectuada por el Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO) en el “Informe sobre precios y purezas de las drogas”.

Los precios de las drogas se determinan a partir de investigaciones de la Policía Nacional o la Guardia Civil (observaciones telefónicas, precios propuestos o pagados), información de confidentes y actuaciones en materia de la Ley de Seguridad Ciudadana. Por su parte la información sobre la pureza se obtiene de los informes emitidos por los laboratorios de la Dirección General de Farmacia u organismos provinciales competentes, tras el análisis químico realizado a cada uno de los alijos decomisados. Las unidades de la Policía o de la Guardia civil de ámbito provincial obtienen semestralmente los valores medios de los precios y las purezas de las drogas en su provincia (dividiendo la suma de todos los precios y purezas conocidos por el número de ellos) y los notifican a las Jefaturas Superiores del Cuerpo Nacional de Policía o a las Jefaturas de Zona de la Guardia Civil, que coinciden con las demarcaciones de las comunidades autónomas. Finalmente, la OCNE, en base a todos los informes regionales, elabora la tabla oficial de precios y purezas mediante una media aritmética, eliminando previamente de la base de cálculo aquellos precios que se distancian considerablemente de la banda conformada por el resto de los precios disponibles.

Analizando la evolución del precio de las distintas drogas a medio plazo se puede observar que ha ascendido bastante el precio del LSD, que ha pasado de 6,6 euros la unidad en 1997 a 11,2 euros en 2006, y que ha descendido de forma importante el precio del éxtasis, pasando de 18 euros en 1996 a 9,8 euros en 2006 (Figura 3.4.1). Si se considera el precio de los decomisos del nivel del gramo, también ha disminuido de forma importante el precio de la heroína, pasando de 75,1 euros en 1996 a 70,2 euros en 1999, 64,1 euros en 2004 y 62,4 euros en 2006 (Figura 3.4.2); sin embargo, si se consideran los decomisos del nivel de dosis, se puede observar que el precio a lo largo del período 1996-2006 se ha mantenido bastante estable (Tabla 3.4.1). Con algunas fluctuaciones puntuales, el precio de la cocaína se ha mantenido relativamente estable, tanto a en los decomisos a nivel de gramo como de dosis, en el período 1996-2006 (Tabla 3.4.1 y Figura 3.4.2). El precio del cannabis ha sufrido un aumento muy ligero a lo largo del período. Finalmente, el precio de los fármacos anfetamínicos experimentó aumentos notables en 1998 y 2000 y luego se ha mantenido relativamente estable o con una ligera tendencia ascendente, y el precio de las anfetaminas en polvo (speed) aumentó hasta 2002, descendió de forma notable en 2003, y luego se ha mantenido relativamente estable (Figura 3.4.1).

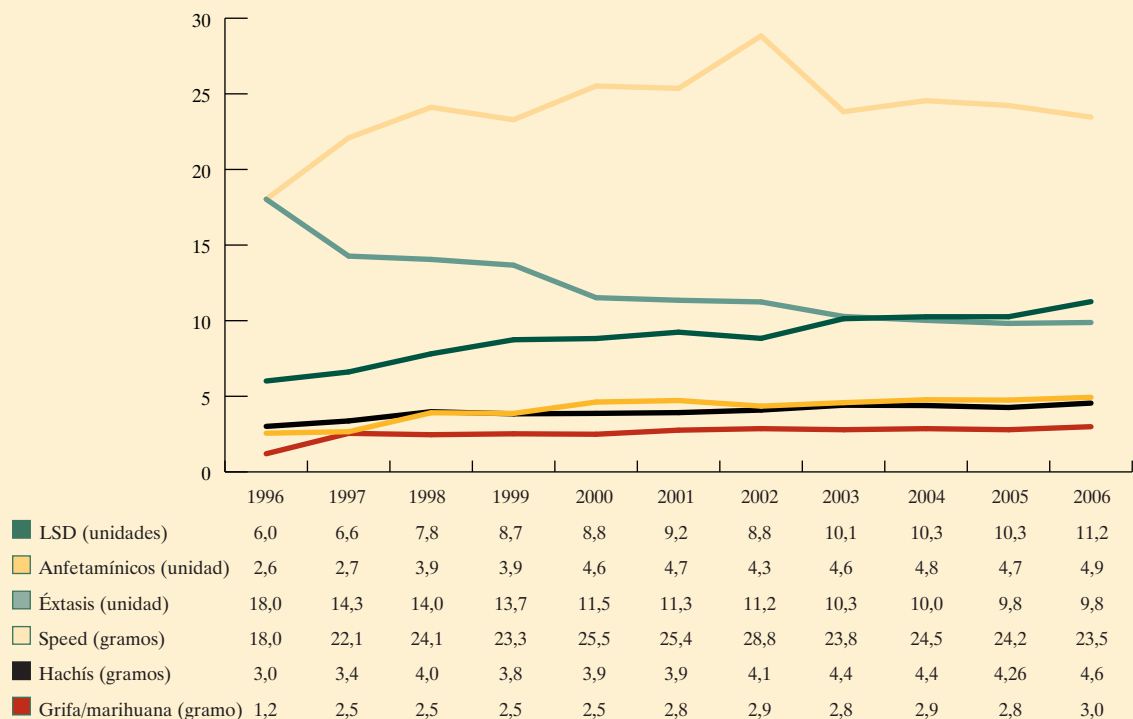
Por lo que respecta a las purezas medias de la heroína y la cocaína decomisadas, se puede observar que a lo largo de todo el período 1996-2006 las purezas de los grandes decomisos (nivel de kilogramo) fueron bastante mayores que las purezas de los decomisos del nivel de gramo o de dosis. De hecho, en 2006 la pureza de los grandes decomisos de heroína fue de un 48%, de los decomisos del nivel de gramo de 32% y de los de nivel de dosis 23%, y para la cocaína las cifras fueron, respectivamente, 73%, 54% y 46%. Por lo que respecta a la evolución temporal, la pureza de los decomisos de heroína del nivel de dosis y del nivel de gramo experimentó un aumento notable en 1998 y luego se ha mantenido relativamente estable, sin embargo, la pureza de los grandes decomisos (nivel de kilogramo) descendió en el año 2000 y desde entonces se ha mantenido relativamente estable. En cuanto a la cocaína, la pureza de los decomisos del nivel de dosis o de gramo aumentó en 1998-1999 y luego se ha mantenido relativamente estable, y la pureza de los grandes decomisos se ha mantenido bastante estable a lo largo del período 1996-2006 (Tabla 3.4.1).

Tabla 3.4.1. Precios y purezas medias de sustancias psicoactivas en el mercado ilícito. España 1996-2006.

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
LSD												
Unidad	Precio (euros)	6,0	6,6	7,8	8,7	8,8	9,2	8,8	10,1	10,3	10,3	11,2
Fármaco anfetamínico												
Unidad	Precio (euros)	2,6	2,7	3,9	3,9	4,6	4,7	4,4	4,6	4,8	4,7	4,9
Éxtasis												
Unidad	Peso (mg.)	300	300	300	300	300	300	300	300	300	275	250
	Precio (euros)	18,0	14,3	14,1	13,7	11,5	11,4	11,2	10,3	10,0	9,8	9,8
Speed												
Dosis	Peso (mg.)	300	300	300	300	300	300	300	300	300	275	250
	Precio (euros)	6,0	7,1	8,1	7,8	8,4	8,6	8,7	8,7	8,8	9,1	9,0
Gramo	Precio (euros)	18,0	22,1	24,1	23,3	25,5	25,4	28,8	23,8	24,6	24,2	23,5
Kilogramo	Precio (euros)	12.020	20.284	17.955	17.474	16.184	17.479	17.395	17.617	17.389	17.780	17.771
Otros fármacos												
Unidad	Precio (euros)	3,0	2,7	3,3	3,3	3,2	3,3	2,9	3,3	3,6	3,6	3,6
Resina de Hachís												
Gramo	Precio (euros)	3,0	3,4	4,0	3,8	3,9	3,9	4,1	4,4	4,4	4,3	4,6
Kilogramo	Precio (euros)	1.532	1.454	1.503	1.518	1.456	1.495	1.407	1.361	1.337	1.297	1.283
Aceite de hachís												
Gramo	Precio (euros)	21,0	8,4	10,5	12,2	11,6	12,1	12,3	10,8	10,1	10,1	10,8
Kilogramo	Precio (euros)	7.813	2.945	3.005	3.110	2.684	2.740	2.516	2.322	2.077	2.166	2.040
Grifa/marihuana												
Gramo	Precio (euros)	1,2	2,5	2,5	2,5	2,5	2,8	2,9	2,8	2,9	2,8	3,0
Kilogramo	Precio (euros)	270	1.352	1.232	1.127	1.064	1.094	1.106	1.065	843	816	796
Heroína												
Dosis	Peso (mg)	60		86	87	85	101	108	105	102	114	106
	Pureza %	10		24	25	25	26	26	22	22	24	23
	Precio (euros)	9,6	9,5	9,5	9,2	10,2	9,2	9,5	9,8	9,6	9,9	10,1
Gramo	Pureza %	26	27	32	33	32	34	34	32	29	30	32
	Precio (euros)	75,1	77,2	73,5	70,2	66,4	64,0	64,5	66,0	64,1	63,7	62,4
Kilogramo	Pureza %	62	55	66	63	64	51	51	49	48	48	48
	Precio (euros)	51.086	47.780	40.418	42.747	38.738	41.966	43.740	42.845	37.320	37.193	37.756
Cocaína												
Dosis	Peso (mg)	100		181	192	160	185	175	177	187	189	197
	Pureza %	25	32	39	44	45	44	43	40	41,5	42,5	46
	Precio (euros)	8,4	12,3	13,4	12,1	11,7	13,6	13,2	13,9	13,2	13,3	14,1
Gramo	Pureza %	42	46	51	55	53	52	50	51	50	53	54
	Precio (euros)	55,0	59,2	60,9	59,1	57,2	59,7	58,3	61,9	61,9	60,6	60,7
Kilogramo	Pureza %	73	72	73	76	74	73	71	74	75	74,5	73
	Precio (euros)	30.051	31.854	35.159	36.211	33.358	34.640	34.570	34.364	33.653	32.758	33.365

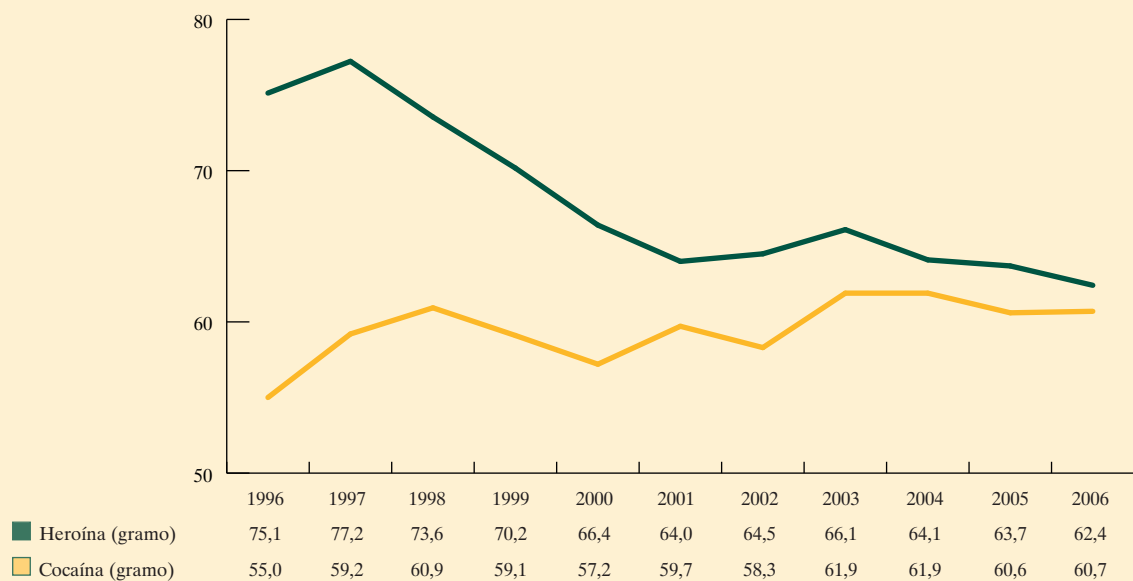
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO) y Oficina Central Nacional de Estupefacientes (OCNE) de la Comisaría General de la Policía Judicial.

Figura 3.4.1. Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (Euros). España, 1996-2006.



Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO) y Oficina Central Nacional de Estupefacientes (OCNE) de la Comisaría General de Policía Judicial.

Figura 3.4.2. Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (Euros). España, 1996-2006.



Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO) y Oficina Central Nacional de Estupefacientes (OCNE) de la Comisaría General de Policía Judicial.

Un aspecto interesante que se puede considerar es el grado de dilución (“adulteración”) que sufre la droga a lo largo de la cadena de distribución. Como indicadores del grado de dilución en diferentes eslabones de la cadena pueden utilizarse la razón de pureza Kg/pureza gramo, y pureza gramo/pureza dosis. En 2006 para heroína la razón Kg/dosis fue 2,09, la razón Kg/g 1,50 y la razón gramo/dosis 1,39, mientras que para cocaína las cifras fueron 1,59, 1,35 y 1,17, respectivamente. La cocaína sufre, pues, un menor grado de dilución a lo largo de la cadena de distribución que la heroína. Si se observa la evolución temporal de estas razones a lo largo del período 1996-2006, se observa que para heroína ha disminuido progresivamente la razón de pureza Kg/g, pasando de 2,38 en 1996 a 2,0 en 2000, 1,69 en 2004 y 1,50 en 2006, mientras que la razón g/dosis disminuyó hasta 1998 y después se ha mantenido prácticamente estable (Tabla 3.4.2). Se puede concluir, por lo tanto, que en los últimos años ha disminuido el grado de dilución que sufre la heroína en la cadena de distribución, y que este cambio se ha producido fundamentalmente entre los eslabones de Kg y gramo.

En cuanto a la cocaína, se observa que la razón Kg/g disminuyó hasta 1999, aumentó luego ligeramente hasta 2004, y volvió a disminuir posteriormente, para situarse en 2006 en valores parecidos a los de 1999-2000. Por lo que respecta a la razón g/dosis, disminuyó hasta 2002, volvió a aumentar ligeramente en el período 2003-2005, y de nuevo disminuyó en 2006 para situarse en niveles parecidos a los de 2002. Globalmente, se puede concluir que el grado de dilución de la cocaína disminuyó a lo largo del período 1996- 2006, siendo mayor la disminución en el escalón g/dosis que en el escalón Kg/g (Tabla 3.4.2).

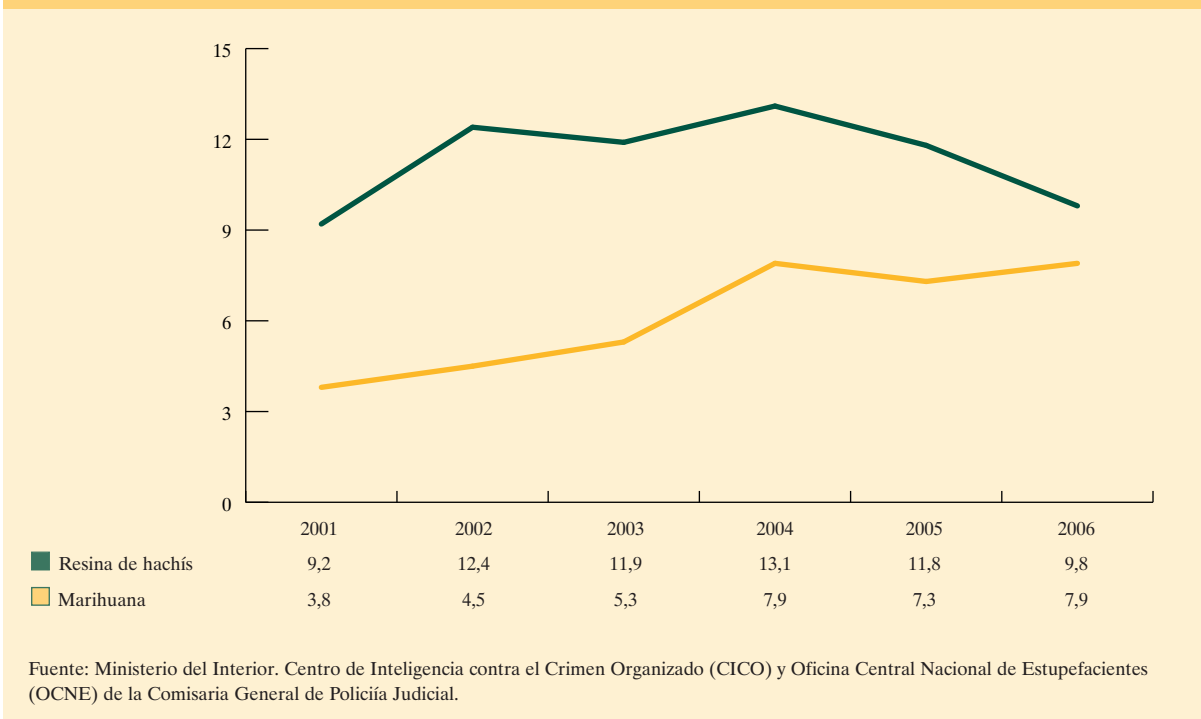
Existen también datos sobre la concentración media de tetrahidrocannabinol (THC) en las muestras de resina de hachís y de marihuana analizadas por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Esta concentración generalmente no depende del traficante sino de las características de las cosechas. En el período 2001-2006, la concentración de THC en la marihuana aumentó, pasando de 3,8% en 2001 a 7,9% en 2006, mientras que la concentración de THC en la resina de hachís aumentó entre 2001 y 2004, pasando de 9,2% a 13,1% y descendió posteriormente hasta 9,8% en 2006 (Figura 3.4.3). La concentración de THC no influye en el precio final del hachís.

Tabla 3.4.2 Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 1996-2006.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Decomisos de heroína											
Razón Kg/dosis	6,20		2,75	2,52	2,56	1,96	2,04	2,13	2,23	2,00	2,09
Razón Kg/gramo	2,38	2,04	2,06	1,91	2,00	1,50	1,56	1,53	1,69	1,60	1,50
Razón g/dosis	2,60		1,33	1,32	1,28	1,31	1,31	1,39	1,32	1,25	1,39
Decomisos de cocaína											
Razón Kg/dosis	2,92	2,25	1,87	1,73	1,64	1,65	1,65	1,85	1,81	1,75	1,59
Razón Kg/gramo	1,74	1,57	1,43	1,38	1,40	1,39	1,42	1,45	1,50	1,41	1,35
Razón g/dosis	1,68	1,44	1,31	1,25	1,18	1,18	1,16	1,28	1,20	1,25	1,17

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO) y Oficina Central Nacional de Estupefacientes (OCNE) de la Comisaría General de la Policía Judicial.

Figura 3.4.3. Concentración media de tetrahidrocannabinol (THC) en la resina de hachís y la marihuana circulante en España (porcentajes). España, 2001-2006.



3.5. DETENCIONES POR TRÁFICO DE DROGAS Y DENUNCIAS POR CONSUMO Y/O TENENCIA ILÍCITA DE DROGAS, 1997-2006

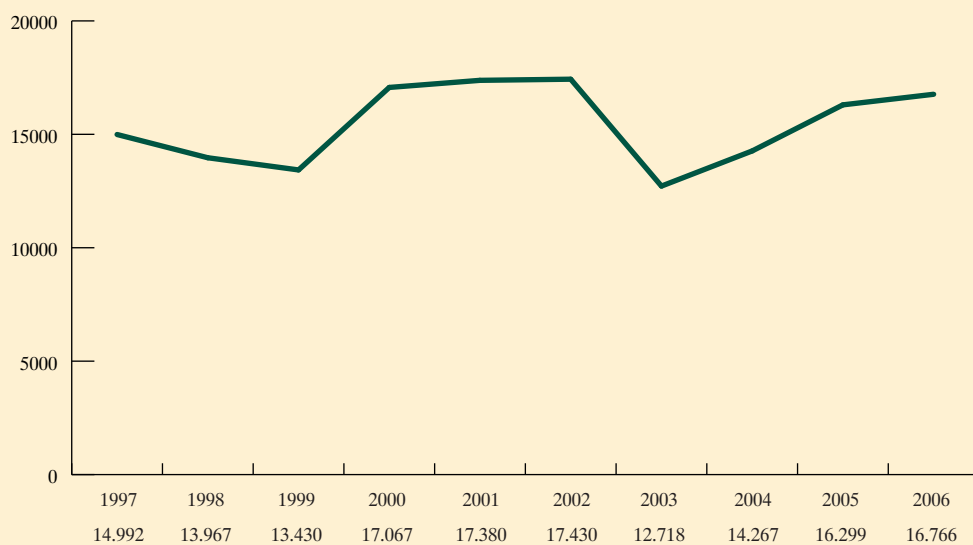
En el 2006 se registraron 16766 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 16299 en 2005. Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 218656 frente a 173096 en 2005.

Con ligeras variaciones, el número de detenciones ha seguido una tendencia bastante estable en el período 1997-2006 (figura 3.5.1) Por el contrario, el número de denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas muestra una tendencia notablemente ascendente, como se puede apreciar en la figura 3.5.2.

En 2006 la mayor parte, tanto de las detenciones como de las denuncias, estuvieron relacionados con los derivados del cánnabis (47,4% y 77,3%, respectivamente) o con los cocaínicos (33,7% y 16,9%, respectivamente) (figura 3.5.3.). Tanto los detenidos como los denunciados eran en una gran mayoría varones. Por lo que respecta a la edad, la mayor parte de los detenidos tenían entre 19 y 40 años. Esto sucede también con los denunciados, aunque en este caso hay una gran concentración de los casos en el grupo 19-25 años (figuras 3.5.4 y 3.5.5).

En 2006 las comunidades autónomas con más detenciones fueron Andalucía (26,7%), Madrid (14,0%) y la Comunidad Valenciana (11,6%). Andalucía fue también la comunidad donde se produjo también un mayor número de denuncias por consumo o posesión ilícita de drogas, seguida por la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid (Tabla 3.5.3.). Esta distribución refleja en cierta forma el volumen poblacional de las distintas comunidades, por lo que para tener una idea más certera de la intensidad de estos fenómenos en cada comunidad habría que calcular tasas poblacionales.

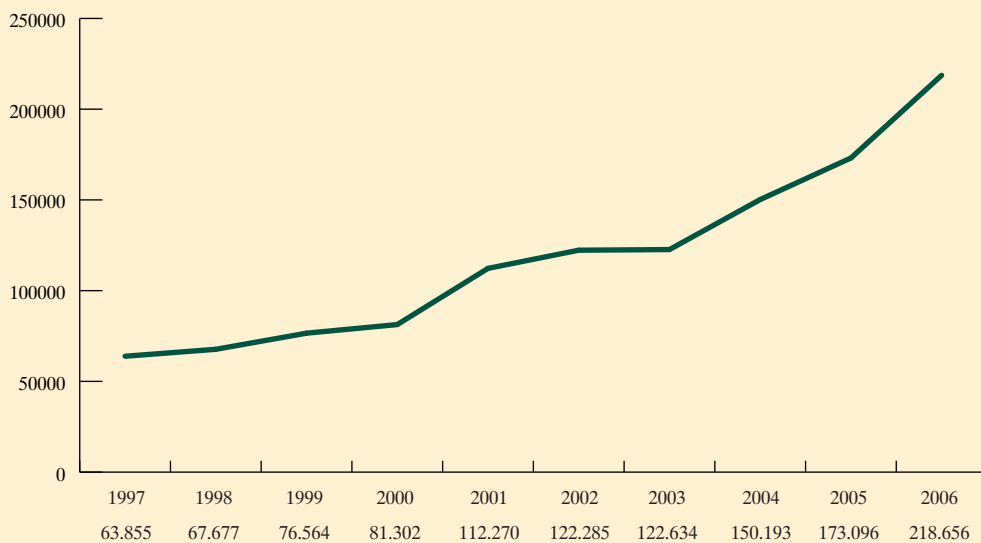
Figura 3.5.1. Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 1997-2006.



Nota: Estas cifras no coinciden con la suma de detenciones de la tabla 3.5.1 ni con las N de la figura 3.5.3, porque una misma persona puede ser detenida por tráfico de varias drogas y a la hora de clasificarla por sustancia se ha contado más de una vez.

Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

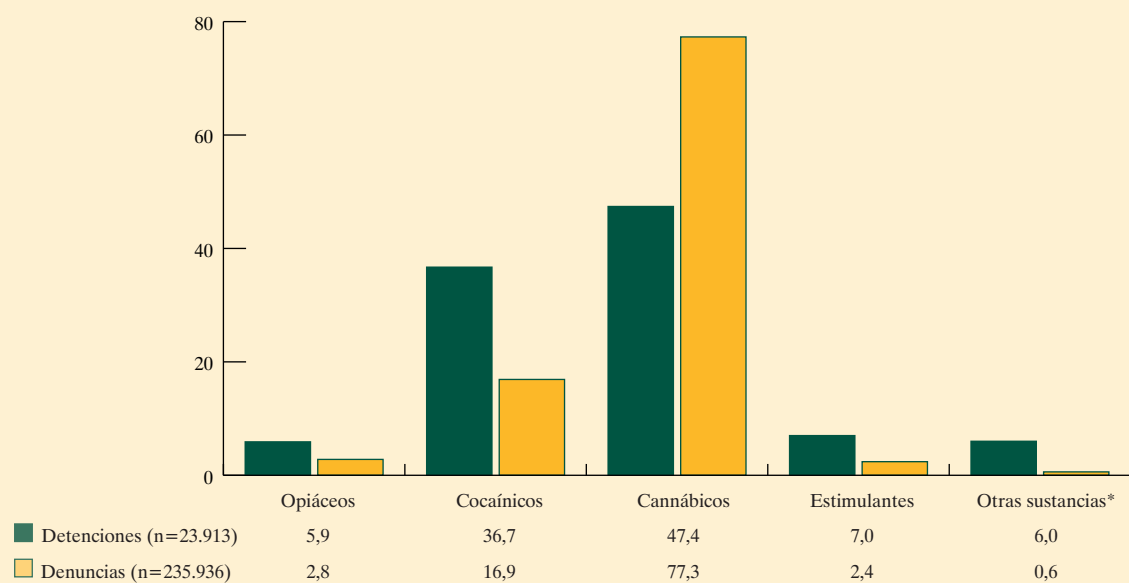
Figura 3.5.2. Denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas en lugar público (números absolutos). España, 1997-2006.



Nota: Estas cifras no coinciden con la suma de denuncias de la tabla 3.5.2 ni con las N de la figura 3.5.3, porque una misma persona puede haber sido denunciada por consumo o tenencia ilícita de varias drogas y al clasificarla por sustancia se ha contado más de una vez.

Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

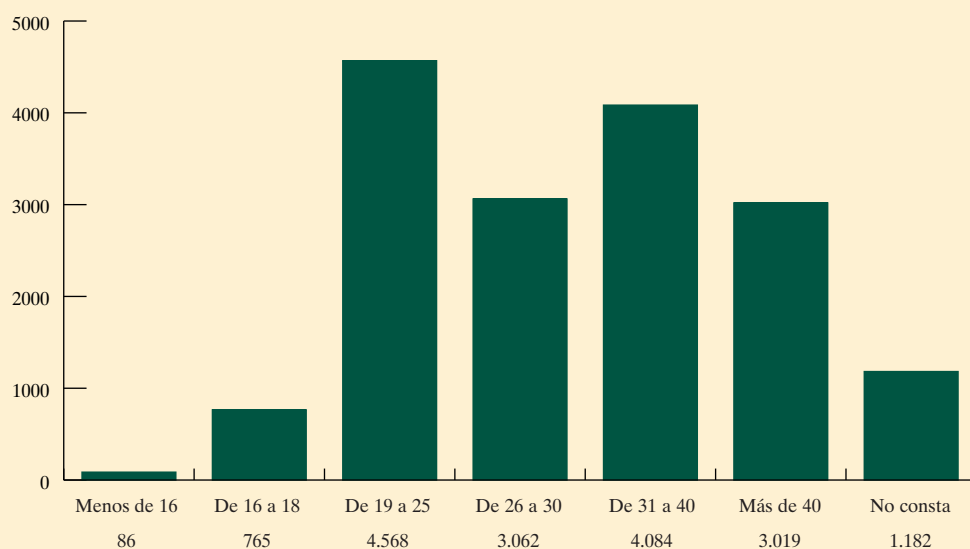
Figura 3.5.3. Distribución por tipo de sustancias de las detenciones y de las denuncias (porcentajes). España, 2006.



* Depresores, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos y otros.

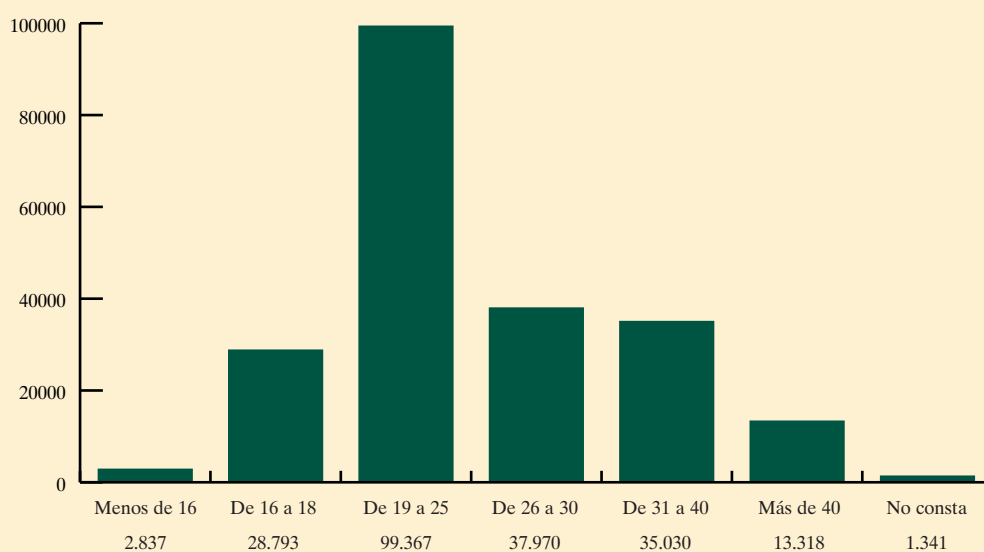
Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 3.5.4. Distribución por grupos de edad de los detenidos por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2006.



Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 3.5.5. Distribución por grupos de edad de los denunciados por consumo o tenencia ilícita de drogas (números absolutos). España, 2006.



Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 3.5.1. Evolución de las detenciones por familias de drogas (números absolutos). España, 2001- 2006.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alucinógenos	114	54	77	52	119	68
Cannábicos	8.495	8.989	8.769	9.941	10.704	10.383
Cocaínicos	5.268	4.920	4.997	6.453	7.718	8.031
Hipnosedantes ¹	864	430	330	390	645	594
Otros estimulantes	2.121	1.904	1.273	1.427	1.720	1.543
Opiáceos	2.011	1.259	1.236	1.486	1.561	1.284
Otras sustancias bajo control nacional.	21	26	53	19	19	2
Otras sustancias no clasificadas	6	0	20	7	7	2
Total detenidos ²	17.380	17.430	12.718	14.267	16.299	16.766

1. Depresores, sedantes o tranquilizantes

2. El total no coincide con la suma de detenciones por familias de drogas porque un mismo detenido pudo serlo por varias sustancias.

Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 3.5.2. Evolución de las denuncias por familias de drogas (números absolutos). España 2002-2006.

	2002	2003	2004	2005	2006
Cannábicos	81.949	92.322	124.268	141.464	180.877
Cocaínicos	25.905	19.766	27.493	34.156	39.586
Opiáceos	5.916	4.622	5.591	7.255	6.643
Otros estimulantes		5.878	3.017	4.272	5.607
Hipnosedantes ¹	7.883	444	416	874	1.086
Alucinógenos		86	71	90	120
Otras sustancias bajo control nacional	632 ³	23	15	14	11
Otras sustancias no clasificadas		108	1	0	0
Total denunciados ²	122.285	122.634	150.193	173.096	218.656

1. Depresores, sedantes y tranquilizantes.

2. A partir de 2003 un mismo denunciado puede ser lo por varias sustancias, por lo que el número de denunciados no coincide con la suma total de denuncias por las distintas familias de sustancias.

3. En 2003 las denuncias motivadas por "Otras sustancias bajo control nacional" y "Otras sustancias no clasificadas" se presentan agregadas.

Fuente: Ministerio del Interior .Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 3.5.3. Detenidos por tráfico de drogas y denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, por comunidad autónoma (números absolutos y %). España, 2006.

	Detenidos	% sobre el total	Denunciados	% sobre el total
Andalucía	4.473	26,7	62.895	28,8
Aragón	452	2,7	6.183	2,8
Cantabria	331	2,0	3.155	1,4
Castilla-La Mancha	434	2,6	8.580	3,9
Castilla y León	588	3,5	10.560	4,8
Cataluña	1.091	6,5	13.490	6,2
Ceuta	576	3,4	656	0,3
Extremadura	210	1,3	5.300	2,4
Galicia	771	4,6	8.440	3,9
Islas Baleares	622	3,7	9.353	4,3
Islas Canarias	1.660	9,9	17.556	8,0
La Rioja	87	0,5	942	0,4
Madrid	2.343	14,0	26.342	12,0
Melilla	119	0,7	1.554	0,7
Navarra	204	1,2	3.270	1,5
País Vasco	103	0,6	529	0,2
Principado de Asturias	300	1,8	3.245	1,5
Región de Murcia	452	2,7	5.461	2,5
Valencia	1.950	11,6	31.145	14,2
Total	16.766	100	218.656	100

Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Bibliografía

1. Alvarez-Requejo A, Suelves JM, Brugal MT, Correa JF. Monitoring treatment demand for drug abuse in Spain: perspective over a decade. *Eur.Addict.Res.* 1999;5:179-84.
2. Barrio G, Rodriguez-Arenas MA, De la Fuente L, Royuela L, Grupo de Trabajo para el Estudio de las Urgencias por Psicoestimulantes. Urgencias en consumidores de cocaína en varios hospitales españoles: primeras evidencias de complicaciones agudas por consumo de crack. *Med.Clin.(Barc.)* 1998;111:49-55.
3. Brugal M.T, Barrio G, Royuela L, Bravo M.J., De la Fuente L, Regidor E. Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. *Med Clin (Barc)* 2004;123:775-7.
4. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO).Secretaría de Estado de Seguridad. Estadística anual sobre drogas 2006. Madrid: Ministerio del Interior, 2007.
http://www.mir.es/SES/CICO/Analisis_y_Prospectiva_estadisticas_informes/Estadisticas_Anuales_Sobre_Drogas/
5. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO).Secretaria de Estado de Seguridad. Informe sobre precios y purezas de las drogas. Informe de situación: año 2007. Madrid: Ministerio del Interior, 2007.
6. Centro Nacional de Epidemiología.Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia epidemiológica del Sida en España. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización a 30 de junio de 2007. Informe Semestral nº 1, Año 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp.
7. Centro Nacional de Epidemiología.Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de la epidemia del VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CC.AA. Período 2003-2006. Actualización 30 junio 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_nuevos_diagnosticos.jsp.
8. Centro Nacional de Epidemiología.Instituto de Salud Carlos III. Proyecto EPI-VIH. Evolución de la prevalencia de VIH en pacientes de once centros de enfermedades de transmisión sexual y/o de diagnóstico del VIH, 1991-2004. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_VIH.jsp.
9. Comisionado para el Mercado de Tabacos. El mercado de tabaco. Estadísticas. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda, 2008.
<http://www.cmtabacos.es/wwwcmt/paginas/ES/mercadoEstadisticas.tmpl>.

10. De la Fuente L, Brugal M.T, Ballesta R, Barrio, G., Bravo M.J., Domingo-Salvany A, Silva T, Ambrós M, and Grupo del Proyecto Itínere. Metodología y características basales de una cohorte de consumidores de heroína captada en tres ciudades españolas (Proyecto *Itínere*). *Revista Española de Salud Pública*. 2005; 79: 475-491.
11. De la Fuente, Bravo MJ, Toro C, Brugal MT, Barrio G, Soriano V et al. Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *J.Epidemiol.Community Health* 2006;60:537-42.
12. De la Fuente, Toro C, Brugal MT, Vallejo F, Soriano V, Barrio G et al. Poor validity of self-reported HBV vaccination among young heroin users in Spain supports the policy "don't ask, draw a blood sample, vaccinate and try to schedule another visit". *J.Clin.Virol*. 2007;38:87-90.
13. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 1994. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1995.
14. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) informe año 1995. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1995.
15. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe nº 6. Noviembre 2003. Madrid: Ministerio del Interior, 2003. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/home.htm>.
16. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad. Informe año 2002. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio del Interior, 2003. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/seipad/home.htm>.
17. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/home.htm>.
18. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2005. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2005.pdf>.
19. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2006-2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.
20. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.
21. Domingo-Salvany A, Hartnoll RL, Maguire A, Suelves JM, Anto JM. Use of capture-recapture to estimate the prevalence of opiate addiction in Barcelona, Spain, 1989. *Am J Epidemiol* 1995;141:567-74.
22. Domingo A, Anto JM, Cami J. Epidemiological surveillance of opioid-related episodes in an emergency room of Barcelona, Spain (1979-1989). *Br.J.Addict*. 1991;86:1459-66.
23. Folch C, Merono M, Casabona J. Factores asociados a la práctica de compartir jeringuillas usadas entre usuarios de droga por vía parenteral reclutados en la calle. *Med.Clin.(Barc.)* 2006;127:526-32.

24. Grupo de Trabajo del SEIT. Admisiones a tratamiento por consumo de opiáceos y cocaína en España. *Gac Sanit* 1990;4:4-11.
25. Grupo de Trabajo del SEIT. Evaluación de la calidad del indicador Tratamiento del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). *Rev San Hig Publ* 1993;67:385-99.
26. Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación (MAPA). La alimentación en España, 2006. Madrid: MAPA, 2007. <http://from2.mapa.es/ga/alimentacion/pags/consumo/resumen.htm>.
27. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2007. El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2007. www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_42156_ES_TDAC07001ESC.pdf -.
28. Ramírez V, Llorens N, Bravo MJ, Barrio G, Valderrama JC, Sánchez A y Comité de sistemas de Información del Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta a personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de heroína o cocaína, 2003-2004. *Trastornos adictivos* 2007;9:247-259.
29. Recio J.L. Las drogas en España hoy. Encuesta Nacional sobre Drogas 1997-98. Madrid: Editorial Complutense, S.A., 2001.
30. Sanchez-Niubo A, Domingo-Salvany A, Melis GG, Brugal MT, Scalia-Tomba G. Dos métodos para analizar la evolución de la incidencia de consumo de heroína y cocaína en Barcelona. *Gac Sanit* 2007;21:397-403. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pid=13110444>.
31. Sanchez J, Rodriguez B, De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Roca J et al. Opiates or cocaine: mortality from acute reactions in six major Spanish cities. State Information System on Drug Abuse (SEIT) Working Group. *J.Epidemiol.Community Health* 1995;49:54-60.
32. Sanjurjo E, Montori E, Nogue S, Sanchez M, Munne P. Urgencias por cocaína: un problema emergente. *Med.Clin.(Barc.)* 2006;126:616-9.
33. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2006 World drug report. Volume 1: analysis. Vienna, United Nations, 2006. http://www.unodc.org/pdf/WDR_2006/wdr2006_volume1.pdf.
34. United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). 2007 World drug report. Vienna, UNODC, 2007. http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf.
35. Vallejo F, Toro C, De la Fuente L, Brugal MT, Barrio G, Soriano V et al. Hepatitis B vaccination: An unmet challenge in the era of harm reduction programs. *J.Subst.Abuse Treat.* 2007.

Índice de tablas

Capítulo 1

Tabla 1.1.1.	Distribución de la muestra por comunidad autónoma. EDADES, 2005	17
Tabla 1.1.2.	Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años e intervalos de confianza al 95% (supuesto muestreo aleatorio simple) en España y en tres comunidades autónomas (porcentajes), 2005	20
Tabla 1.1.3.	Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005	22
Tabla 1.1.4.	Edad media de primer consumo de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años. España, 1995-2005	23
Tabla 1.1.5.	Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 1995-2005	24
Tabla 1.1.6.	Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años, según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2005	26
Tabla 1.1.7.	Prevalencia de consumo de alcohol entre la población de 15-64 años, según comunidad autónoma e intervalos de confianza del 95% (supuesto muestreo aleatorio simple). España, 2005	27
Tabla 1.1.8.	Prevalencia de consumo de tabaco entre la población de 15-64 años, según comunidad autónoma e intervalos de confianza del 95% (supuesto muestreo aleatorio simple). España, 2005	28
Tabla 1.1.9.	Prevalencia de consumo de cannabis entre la población de 15-64 años, según comunidad autónoma e intervalos de confianza del 95% (supuesto muestreo aleatorio simple). España, 2005	29
Tabla 1.1.10.	Proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, por grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2005	30
Tabla 1.1.11.	Prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana, según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes). España, 2005	31
Tabla 1.1.12.	Prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana, según sexo y tipo de bebida (porcentajes). España, 2005	32
Tabla 1.1.13.	Proporción de consumidores de hipnosedantes (porcentajes). España, 2005	38
Tabla 1.1.14.	Proporción de consumidores de otras drogas entre las personas que han consumido cannabis, cocaína, éxtasis o heroína en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2005	41

Tabla 1.1.15.	Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (proporción de la población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas, porcentajes). España 1997-2005	43
Tabla 1.1.16.	Disponibilidad percibida de las principales drogas psicoactivas ilegales (conseguirlas en 24 horas es fácil/muy fácil), según grupo de edad (porcentajes). España, 2005	43
Tabla 1.1.17.	Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas psicoactivas ilegales (conseguirlas en 24 horas es fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1995-2005	44
Tabla 1.1.18.	Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (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, 1995-2005	46
Tabla 1.1.19.	Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas, entre la población de 15-64 años de edad, según edad y sexo (porcentajes). España, 2005	47
Tabla 1.1.20.	Evolución de la valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas, entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1995-2005	48
Tabla 1.2.1.	Distribución de los estudiantes españoles de Enseñanzas Secundarias según comunidad autónoma de residencia, según titularidad jurídica del colegio y según tipo de estudios. España, 1994-2006	50
Tabla 1.2.2.	Distribución de los estudiantes de 14 a 18 años en la muestra de ESTUDES según comunidad autónoma de residencia, según titularidad jurídica del colegio y según tipo de estudios. España, 1994-2006	52
Tabla 1.2.3.	Distribución de las aulas y colegios incluidos en la muestra de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, según comunidad autónoma, 1994-2006	53
Tabla 1.2.4.	Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2006	55
Tabla 1.2.5.	Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2006	56
Tabla 1.2.6.	Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en la población escolar de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2006	57
Tabla 1.2.7.	Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2006	58
Tabla 1.2.8.	Prevalencias de consumo de tabaco entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según comunidad autónoma (y límites de confianza al 95%)	59
Tabla 1.2.9.	Prevalencias de consumo de alcohol entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según comunidad autónoma (y límites de confianza al 95%). España, 2006	60
Tabla 1.2.10.	Prevalencias de consumo de cannabis entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según comunidad autónoma (y límites de confianza al 95%). España, 2006	61
Tabla 1.2.11.	Características generales del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España, 1994-2006	63
Tabla 1.2.12.	Prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2006	64

Tabla 1.2.13.	Características generales del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España, 1994-2006	64
Tabla 1.2.14.	Prevalencia de consumo de los distintos tipos de bebidas alcoholicas en días laborales y fines de semana durante los 30 días previos a la encuesta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1996-2006	65
Tabla 1.2.15.	Características generales del consumo de hipnosedantes* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006	68
Tabla 1.2.16.	Características generales del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006	70
Tabla 1.2.17.	Frecuencia en consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (pocentajes). España, 2006	70
Tabla 1.2.18.	Características generales del consumo de cocaína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006	71
Tabla 1.2.19.	Características generales del consumo de éxtasis* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006	73
Tabla 1.2.20.	Características generales del consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006	75
Tabla 1.2.21.	Características generales del consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006	76
Tabla 1.2.22.	Características generales del consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006	76
Tabla 1.2.23.	Características generales del consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2006	77
Tabla 1.2.24.	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 periodo cada una de las drogas consideradas en la cabecera de columna (porcentaje). España, 2006	79
Tabla 1.2.25.	Evolución del riesgo percibido asociado al consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2006	80
Tabla 1.2.26.	Percepción de riesgo ante distintas conductas de consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas). España, 2006	81
Tabla 1.2.27.	Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1996-2006	84
Tabla 1.2.28.	Conductas de consumo de drogas en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según la proporción de amigos que tuvieron la misma conducta en el mismo periodo (porcentaje). España, 1996-2006	86

Capítulo 2

Tabla 2.1.1.	Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2005	93
Tabla 2.1.2.	Características del consumo de la droga principal, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2005	94

Tabla 2.1.3.	Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento, España 2005	98
Tabla 2.1.4.	Consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento, España 2005	106
Tabla 2.1.5.	Prevalencia de infección por VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en (números absolutos y porcentajes). España, 2005	116
Tabla 2.2.1.	Distribución de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas por comunidad autónoma (números absolutos). España, 2005	120
Tabla 2.2.2.	Características generales de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas según tipo de urgencia y sexo. España, 2005	121
Tabla 2.2.3.	Características generales de los episodios de urgencias directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1996-2005	122
Tabla 2.2.4.	Características generales de las urgencias de drogas según tipo de urgencia y sustancias mencionadas o relacionadas con la urgencia. España, 2005	123
Tabla 2.2.5.	Vía de administración de las drogas mencionadas o relacionadas con la urgencia en consumidores de sustancias psicoactivas. España, 2005	127
Tabla 2.3.1.	Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH en inyectadores de drogas según año de diagnóstico y sexo (número absoluto y porcentaje sobre el total de nuevos diagnósticos VIH). España (8 CCAA), 2003-2006	129
Tabla 2.4.1.	Evolución de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en varias zonas de España según año de defunción, 1990-2005	138
Tabla 2.4.2.	Características generales de una muestra de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 2003-2005	139
Tabla 2.4.3.	Drogas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras biológicas de una muestra de fallecidos por reacción aguda a drogas psicoactivas. España 2003-2005	142
Tabla 2.4.4.	Presencia de metadona en las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en España (%), 1996-2005	143
Tabla 2.4.5.	Estimación de las muertes directamente relacionadas con el uso de drogas ilegales (DRDI) y de las muertes por VIH relacionadas con la inyección de drogas (VIH-ID). España, 2004	148
Tabla 2.4.6.	Características generales de los conductores de vehículos fallecidos en accidente de tráfico con análisis toxicológicos (número y porcentaje). España, 1998-2004	149
Tabla 2.4.7.	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, 1999-2004	150
Tabla 2.4.8.	Distribución de una muestra de conductores de vehículos fallecidos en accidente de tráfico según tipo de sustancias psicoactivas detectadas en los análisis toxicológicos. España, 1999-2004	150
Tabla 2.4.9.	Características generales de los peatones fallecidos en accidente de tráfico con análisis toxicológicos (número y porcentaje). España, 1998-2004	151

Tabla 2.4.10.	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, 1999-2004	151
Tabla 2.4.11.	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, 1999-2004	151
Tabla 2.5.1.	Número de diligencias y denuncias por alcoholemias superiores al límite legal. España, 2006	155
Tabla 2.5.2.	Número de diligencias y denuncias por negativa a la prueba de alcoholemia. España, 2006	156
Tabla 2.6.1.	Características sociodemográficas de los participantes según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento (%). España, 2003-2004	158
Tabla 2.6.2.	Consumo de drogas de los participantes según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento (porcentajes y medias). España, 2003-2004	160
Tabla 2.6.3.	Conductas de riesgo e infección VIH entre los participantes, según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento (porcentajes). España, 2003-2004	163
Tabla 2.6.4.	Entorno social, conflictividad y uso de recursos sanitarios entre los participantes, según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento (porcentajes). España, 2003-2004	164

Capítulo 3

Tabla 3.1.1.	Volumen de las compras de bebidas alcohólicas registradas en España (excepto Ceuta y Melilla) según ámbito de consumo, 2000-2006	167
Tabla 3.1.2.	Evolución del volumen total de compras de bebidas alcohólicas (millones de litros). España, 1996-2006	169
Tabla 3.2.1.	Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España, 1996-2006	171
Tabla 3.2.2.	Distribución de los ingresos por venta de tabacos, según tipo de labor (%). España, 1996-2006	171
Tabla 3.2.3.	Evolución del volumen de ventas de cigarrillos por comunidad autónoma (millones de cajetillas). España, 1996-2006	172
Tabla 3.2.4.	Ventas anuales de tabaco per cápita según tipo de labor y comunidad autónoma*. Variación 2006/2005	173
Tabla 3.3.1.	Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2000-2006	174
Tabla 3.4.1.	Precios y purezas medias de las sustancias psicoactivas en el mercado ilícito. España 1996-2006	179
Tabla 3.4.2.	Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 1996-2006	181
Tabla 3.5.1.	Evolución de las detenciones por familias de drogas (números absolutos). España 2001-2006	185
Tabla 3.5.2.	Evolución de las denuncias por familias de drogas (número absolutos). España 2002-2006	186
Tabla 3.5.3.	Detenidos por tráfico de drogas y denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, por comunidad autónoma (números absolutos y %). España, 2006	186

Índice de figuras

Capítulo 1

Figura 1.1.1.	Edad media de primer consumo de las distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años. España, 2005	23
Figura 1.1.2.	Proporción de la población de 15-64 años que ha usado drogas en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2005	25
Figura 1.1.3.	Proporción de la población de 15-34 y 35-64 años que ha usado drogas en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2005	25
Figura 1.1.4.	Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2005	30
Figura 1.1.5.	Evolución de la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2005	32
Figura 1.1.6.	Evolución de la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2005	33
Figura 1.1.7.	Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días, según sexo y grupo de edad entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005	34
Figura 1.1.8.	Proporción de consumidores de cannabis entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005	34
Figura 1.1.9.	Prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses, según sexo y grupo de edad entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005	35
Figura 1.1.10.	Proporción de consumidores de cocaína en polvo entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005	36
Figura 1.1.11.	Proporción de consumidores de cocaína en polvo y de cocaína base (crack) en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005	36
Figura 1.1.12.	Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses, según sexo y grupo de edad entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005	37
Figura 1.1.13.	Evolución de la proporción de consumidores de éxtasis entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005	38
Figura 1.1.14.	Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses, según sexo y grupo de edad entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005	39
Figura 1.1.15.	Proporción de consumidores de heroína entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005	40

Figura 1.1.16. Proporción de consumidores de inhalantes volátiles entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005	40
Figura 1.1.17. Proporción de la población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir bastantes/muchos problemas (porcentajes). España, 2005	42
Figura 1.1.18. Prevalencia de uso de cannabis en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico (1 vez o menos al menos) y disponibilidad percibida (conseguirla en 24 horas es fácil o muy fácil) entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1997-2005	44
Figura 1.1.19. Prevalencia de uso de cocaína en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico (1 vez o menos al menos) y disponibilidad percibida (conseguirla en 24 horas es fácil o muy fácil) entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1997-2005	45
Figura 1.1.20. Prevalencia de uso de éxtasis en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico (1 vez o menos al menos) y disponibilidad percibida (conseguirla en 24 horas es fácil o muy fácil) entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1997-2005	45
Figura 1.1.21. Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situación relacionadas con el uso de drogas ilegales (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, 1995-2005	46
Figura 1.1.22. Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentaje que considera muy importante cada acción). España, 1995-2005	48
Figura 1.2.1. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2006	62
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 (porcentajes). España, 2006	66
Figura 1.2.3. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que se han emborrachado en los últimos 30 días entre los que han consumido alcohol en dicho periodo (porcentajes). España, 1994-2006	67
Figura 1.2.4. Prevalencia de consumo de hipnosedantes* (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2006	68
Figura 1.2.5. Prevalencia de consumo de cannabis (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2006	69
Figura 1.2.6. Prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 2006	71
Figura 1.2.7. Prevalencia de consumo de cocaína (porcentajes) y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2006	72
Figura 1.2.8. Prevalencia de consumo de éxtasis (porcentajes) y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2006	74
Figura 1.2.9. Proporción de consumidores de drogas en los últimos 30 días que ha consumido otras drogas en ese periodo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2006	78

Figura 1.2.10. 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, 2006	80
Figura 1.2.11. Evolución del riesgo percibido ante el consumo de alcohol diariamente y durante los fines de semana entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2006	82
Figura 1.2.12. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses, del riesgo percibido ante su consumo y de la disponibilidad de cannabis percibida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2006	82
Figura 1.2.13. Riesgo percibido ante el consumo habitual de cocaína y disponibilidad de cocaína percibida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2006	83
Figura 1.2.14. 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, 2004-2006	84
Figura 1.2.15. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que ha recibido información por cada una de las vías mencionadas (%). España, 2004-2006	85

Capítulo 2

Figura 2.1.1. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según comunidad autónoma (números absolutos y tasa por 100.000 habitantes). España, 2005	92
Figura 2.1.2. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de heroína en España, 1991-2005	95
Figura 2.1.3. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cocaína en España, 1991-2005	95
Figura 2.1.4. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis (números absolutos). España, 1996-2005	96
Figura 2.1.5. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes (números absolutos). España, 1996-2005	97
Figura 2.1.6. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos. España, 1996-2005	97
Figura 2.1.7. Proporción de tratados por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España (porcentajes), 2005	101
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, 1987-2005	102
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, 1987-2005	103
Figura 2.1.10. Distribución de los tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, según vía de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2005	109
Figura 2.1.11. Proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, cuya vía principal de administración era parenteral (porcentajes). España, 1991-2005	111
Figura 2.1.12. Proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína cuya vía principal de administración era parenteral (%). España, 1991-2005	112

Figura 2.1.13. Admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cocaína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2005	113
Figura 2.1.14. Evolución del número de inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas en España (números absolutos), 1996-2005	114
Figura 2.1.15. Prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado drogas en los 12 meses previos y conocían su estado serológico, por sexo y grupo de edad (%). España, 1996-2005	117
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, 1996-2005	125
Figura 2.2.2. Evolución de las menciones de diversas sustancias en las urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas psicoactivas (%). España, 1996-2005	125
Figura 2.3.1. Evolución de los diagnósticos de sida asociados al uso inyectado de drogas (número). España, 1986-2006	128
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, 1983-2005	140
Figura 2.4.2. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de drogas psicoactivas en seis grandes ciudades españolas (números absolutos), 1983-2005	141
Figura 2.4.3. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan sólo opiáceos u opiáceos sin cocaína (%). España, 1983-2005	142
Figura 2.4.4. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta sólo cocaína o cocaína sin opiáceos (%). España, 1983-2005	144
Figura 2.4.5. Evolución de las muertes directamente relacionadas con drogas ilegales (DRDI o sobredosis) y de las muertes relacionadas con VIH en inyectadores de drogas (VIH-ID) (números absolutos). España, 1983-2004	146
Figura 2.4.6. Distribución de los conductores de vehículos fallecidos en accidentes de tráfico con análisis toxicológicos, por grupos de edad y sexo. España, 2004	152
Figura 2.4.7. Porcentajes de alcoholemias positivas y negativas en los conductores de vehículos fallecidos en accidentes de tráfico con análisis toxicológicos, por grupo de edad. España, 2004	152
Figura 2.4.8. Distribución de peatones fallecidos en accidente de tráfico en los que se han realizado análisis toxicológicos, por grupos de edad y sexo. España, 2004	153
Figura 2.4.9. Porcentajes de alcoholemias positivas y negativas en los peatones fallecidos en accidente de tráfico con análisis toxicológicos, por grupo de edad. España, 2004	153
Figura 2.5.1. Evolución de las diligencias y denuncias por conducir con una tasa de alcoholemia superior al límite legal (números absolutos). España, 1997-2006	154
Figura 2.5.2. Distribución de las diligencias y denuncias relacionadas con las pruebas de alcoholemia, según origen (números absolutos). España, 2006	155
Capítulo 3	
Figura 3.1.1. Evolución del consumo de bebidas alcohólicas (litros per capita). España, 1996-2006	168
Figura 3.1.2. Distribución del volumen de compras de bebidas alcohólicas, en litros, según el ámbito de consumo (porcentajes). España, 2006	168

Figura 3.1.3.	Distribución del volumen de compras de bebidas alcohólicas, en litros, según tipo de bebida (porcentajes). España, 2006	169
Figura 3.2.1.	Evolución de las ventas de tabacos, por tipo de labor. España, 1996-2006	170
Figura 3.3.1.	Evolución del número de decomisos de sustancias psicoactivas. España, 2001-2006	175
Figura 3.3.2.	Evolución de la cantidad de cocaína decomisada en España (kilogramos), 1996-2006	176
Figura 3.3.3.	Evolución de la cantidad de hachís decomisado en España (miles de kilogramos), 1996-2006	176
Figura 3.3.4.	Evolución de la cantidad de heroína decomisada en España (kilogramos), 1996-2006	177
Figura 3.3.5.	Evolución de la cantidad de MDMA decomisado en España (nº de pastillas), 1996-2006	177
Figura 3.4.1.	Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 1996-2006	180
Figura 3.4.2.	Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 1996-2006	180
Figura 3.4.3.	Concentración media de tetrahidrocannabinol (THC) en la resina de hachís y la marihuana circulante en España (porcentajes). España, 2001-2006	182
Figura 3.5.1.	Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 1997-2006	183
Figura 3.5.2.	Denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas en lugar público (números absolutos). España, 1997-2006	183
Figura 3.5.3.	Distribución por tipo de sustancias de las detenciones y de las denuncias (porcentajes). España, 2006	184
Figura 3.5.4.	Distribución por grupos de edad de los detenidos por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2006	184
Figura 3.5.5.	Distribución por grupos de edad de los denunciados por consumo o tenencia ilícita de drogas (números absolutos). España, 2006	185