



# España

## Informe sobre drogas 2018



Este informe presenta un planteamiento general de alto nivel sobre el fenómeno de las drogas ilegales en España. Aborda la reducción de la oferta de drogas, el uso de las mismas y los problemas de salud pública asociados, así como las políticas de drogas y las respuestas. Los datos estadísticos presentados corresponden a 2016 o al año más reciente disponible.

*Nota: El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) elabora este informe en inglés a partir de la información facilitada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Punto Focal del EMCDDA en España), a menos que se indique lo contrario (informe original en inglés disponible [aquí](#)). El informe en español ha sido traducido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).*

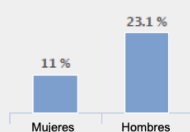
### PANORAMA GENERAL: EL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN ESPAÑA

#### Uso de drogas

en adultos jóvenes (15-34 años)  
en el último año

#### Cannabis

**17.1 %**



#### Otras drogas

MDMA	1.3 %
Anfetaminas	1 %
Cocaína	3 %

#### Usuarios de opioides de alto riesgo

**70 471**

(48 102 - 92 840)

#### Admisiones a tratamiento

por droga principal



● Cannabis, 33 %  
● Anfetaminas, 1 %  
● Cocaína, 37 %  
● Heroína, 23 %  
● Otros, 6 %

#### Pacientes en tratamiento de sustitución de opioides

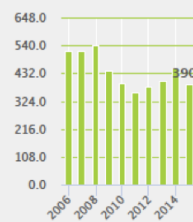
**59 264**

#### Jeringuillas distribuidas

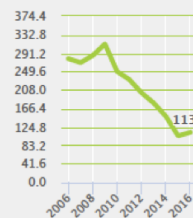
mediante programas  
especializados

**1 435 882**

#### Muertes por sobredosis



#### Diagnósticos de VIH atribuidos a las drogas inyectables



Fuente: ECDC

#### Infracciones de la legislación en materia de drogas

**405 348**

#### Principales 5 drogas incautadas

Según cantidad incautada en kilogramos

1. Resina de cannabis
2. Hierba de cannabis
3. Cocaína
4. Anfetaminas
5. Heroína

#### Población

(15-64 años)

**30 720 535**

Fuente: EUROSTAT. Datos extraídos el: 18/03/2018

Nota: Los datos presentados corresponden a estimaciones nacionales (prevalencia del uso, usuarios de opioides) o cifras reportadas a través de indicadores del EMCDDA (pacientes en tratamiento, jeringuillas, fallecimientos, diagnósticos de VIH, infracciones de la legislación en materia de drogas e incautaciones). En el Boletín Estadístico del EMCDDA puede encontrarse información detallada sobre la metodología y las advertencias y observaciones sobre las limitaciones que plantean los datos disponibles.

### Estrategia nacional sobre drogas

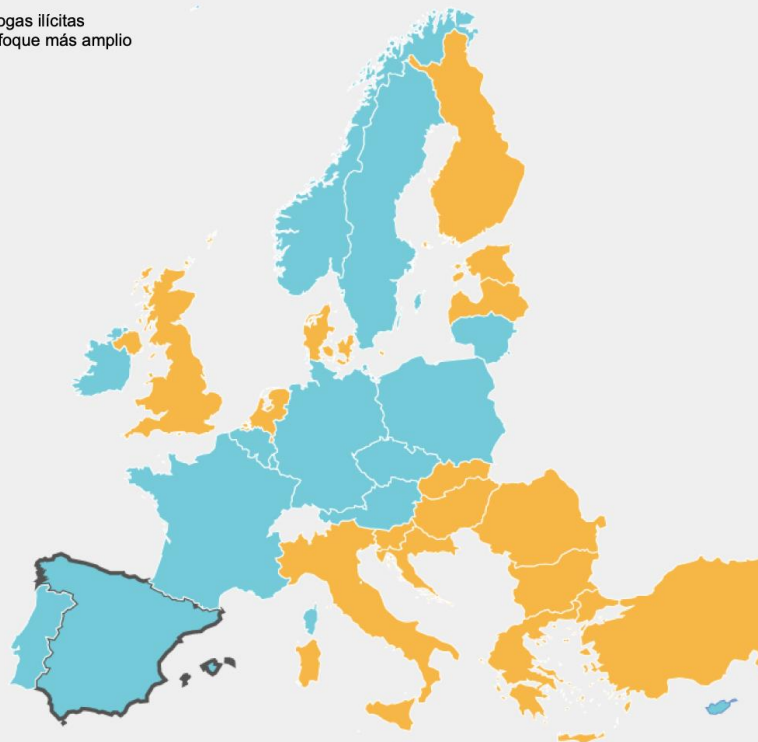
La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 aborda las drogas ilícitas, las nuevas sustancias psicoactivas, otras sustancias (alcohol, tabaco y fármacos) y las adicciones comportamentales. Entre los objetivos de la estrategia se encuentran retrasar la edad de inicio del consumo de drogas y de comportamientos que pueden producir dependencia, reducir su disponibilidad y prevalencia y disminuir los daños asociados.

La estrategia se ha construido en torno a dos objetivos principales, que se desarrollan en varios objetivos secundarios. La primera meta es conseguir una sociedad más sana y mejor informada mediante la disminución de la demanda de drogas y de la prevalencia de adicciones en general. Esto incluye la prevención y la reducción del riesgo, la atención integral y multidisciplinar, la reducción de daños y la integración social. El segundo objetivo pretende alcanzar una sociedad más segura mediante el descenso de la oferta de drogas y el control de aquellas actividades que puedan desembocar en una adicción. Esto incluye la reducción de la oferta, la revisión de la legislación y la cooperación judicial y de seguridad tanto a nivel nacional como internacional. Esta estrategia se llevará a cabo en dos Planes de Acción consecutivos, 2018-2020 y 2021-2024.

Como hacen otros países europeos, España evalúa su política y estrategia en materia de drogas utilizando indicadores actualizados y proyectos de investigación específicos. En 2008 se llevó a cabo, con métodos mixtos, una evaluación final interna de la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), que examinó la implementación de la misma. En 2012, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realizó una evaluación interna del Plan de Acción 2009-2012 y, en 2014, una evaluación intermedia del Plan de Acción 2013-2016. Finalmente, en 2017, en el contexto del desarrollo de la nueva estrategia, se llevó a cabo la evaluación final del Plan de Acción 2013-2016 y las evaluaciones finales internas y externas, mediante distintos métodos, de la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016).

Ámbito de la Estrategia Nacional sobre Drogas: drogas ilegales o enfoque más amplio

- Drogas ilícitas
- Enfoque más amplio



Nota: Datos del año 2016. Las estrategias de enfoque más amplio incluyen, por ejemplo, drogas ilícitas y otras adicciones

## Mecanismos de coordinación nacionales

A nivel nacional, el Consejo Español de Drogodependencias y Otras Adicciones es el responsable de la colaboración intersectorial. Busca mejorar el desarrollo y la implementación de políticas y acciones relacionadas con las drogas ilícitas y otras adicciones. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas es el organismo coordinador de la política nacional en materia de drogas. Esta Delegación es una Dirección General del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y coordina las instituciones implicadas en implementar la estrategia sobre drogas a nivel central administrativo, regional/autonómico y local.

La Conferencia Sectorial de Drogas facilita la cooperación entre el Gobierno central y las administraciones de las comunidades y ciudades autónomas. Presidida por la persona titular del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se compone de representantes de la Administración General del Estado y de las personas titulares de los Departamentos ministeriales y de las Secretarías de Estado con representación en el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones. La Comisión Interautonómica de Drogas está presidida por la persona titular de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, responde ante la Conferencia Sectorial, y está compuesta por los Subdirectores Generales y asimilados de la Delegación y los responsables de los Planes Autonómicos de Drogas. En cada una de las 17 comunidades autónomas y en las dos ciudades autónomas (Ceuta y Melilla) existe un Consejero en materia de drogas. Estos se comunican con la Delegación del Gobierno mediante su participación en la Comisión Interautonómica y la Conferencia Sectorial, y cada uno dispone de una organización responsable del Plan de Drogas de la comunidad autónoma.

## Gasto público

Conocer el coste de las acciones en materia de drogas es un aspecto importante de estas políticas. Una parte de los fondos destinados por los Gobiernos a las áreas relacionadas con la lucha contra las drogas se consignan como tal en el presupuesto ("identificados"). Sin embargo, con frecuencia el gasto relacionado con las drogas no está consignado explícitamente ("identificado") y se debe estimar a partir de modelos.

En España, la Estrategia Nacional sobre Drogas y los Planes de Acción han tenido presupuestos asociados, pero el gasto real no se ha revisado. Un estudio de 2002 examinó los costes sociales del consumo de drogas e incluyó una estimación del gasto relacionado con las drogas. No obstante, el estudio no distinguía entre gasto público y privado.

Cada año, las autoridades españolas proporcionan estimaciones parciales del gasto público relacionado con las drogas realizadas por el Gobierno central y las comunidades y ciudades autónomas. Sin embargo, las estimaciones no cubren todos los sectores e incluyen tanto el gasto identificado como el no identificado. Las comparaciones a lo largo del tiempo son limitadas ya que las entidades que presentan la información y los métodos de recolección de datos han cambiado.

Se estima que, en 2013 y 2014, el gasto público relacionado con las drogas representó el 0,03% del producto interior bruto. La mayor parte del total aproximado de 333 millones de euros (un 65 %) corresponde al gasto de las comunidades y ciudades autónomas, mientras que el 35 % restante al Gobierno central. En 2012, las comunidades autónomas invirtieron más de las cuatro quintas partes del gasto en tratamiento, mientras que el resto se dedicó a la prevención, la investigación y la cooperación institucional. No hay estimaciones de los gobiernos locales. La información que hay no permite conocer la cantidad total o tendencias en los gastos públicos relacionados con las drogas.

### Legislación nacional en materia de drogas

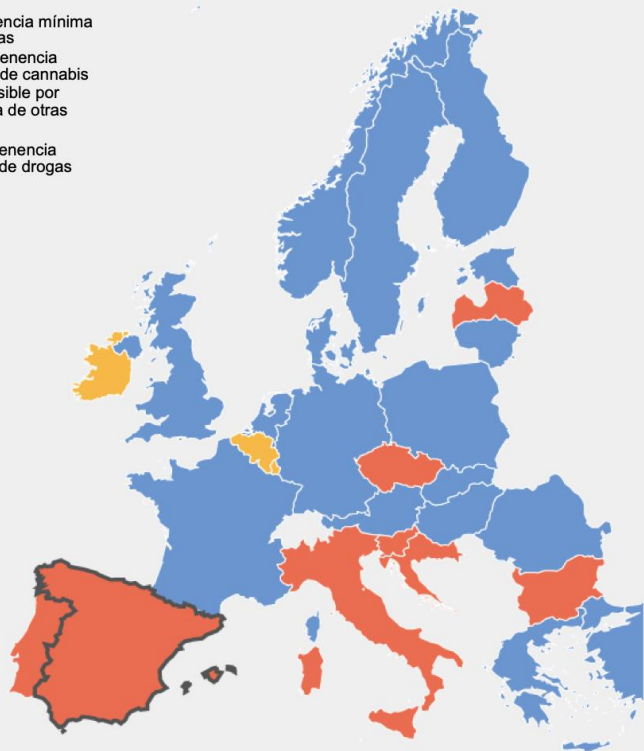
En España, el consumo o la tenencia de drogas en lugares públicos se considera una infracción grave, punible con sanciones administrativas, de multas de 601 a 30 000 euros (Artículo 26 de la Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana). En el caso de los menores, la sanción puede suspenderse si el delincuente acude voluntariamente a tratamiento, rehabilitación o actividades reeducativas.

Los delitos y penas por tráfico de drogas están tipificados en los artículos 368-378 del Código Penal. Las sanciones dependen de la gravedad del daño a la salud asociado con el tipo de droga y de cualquier circunstancia agravante o mitigante que pueda existir, como la venta a menores o la venta de grandes cantidades. Se pueden aplicar penas de prisión de uno a tres años si las drogas implicadas no causan un daño grave a la salud, y de hasta seis años si lo causan. Si además existen circunstancias agravantes, las penas pueden ascender hasta los 21 años de cárcel. Todos los casos comportan asimismo una multa y las sustancias, los instrumentos vinculados al delito y las ganancias son objeto de decomiso. Cabe también la posibilidad de decretar la inhabilitación para la profesión y tanto las personas jurídicas como los físicos pueden ser castigadas. De acuerdo con el artículo 376, las penas de prisión (de hasta cinco años) podrán verse reducidas si el infractor, siendo drogodependiente en el momento de la infracción, acredita la finalización de un tratamiento de desintoxicación. En lo relativo a los “clubs sociales de cannabis”, en 2015, el Tribunal Supremo estableció claramente que “el cultivo y distribución organizada, institucionalizada y con vocación de persistencia en el tiempo de cannabis entre los miembros de una Asociación y abierto a nuevas incorporaciones está considerado tráfico de drogas”.

Las nuevas sustancias psicoactivas se controlan añadiéndolas a las listas de sustancias sujetas a la Ley de Protección de la Seguridad de la Ciudadanía y el Código Penal.

Sanciones penales: posibilidad de ingreso en prisión por tenencia de drogas para consumo propio (infracción leve)

- Por tenencia mínima de drogas
- No por tenencia mínima de cannabis pero posible por tenencia de otras drogas
- No por tenencia mínima de drogas

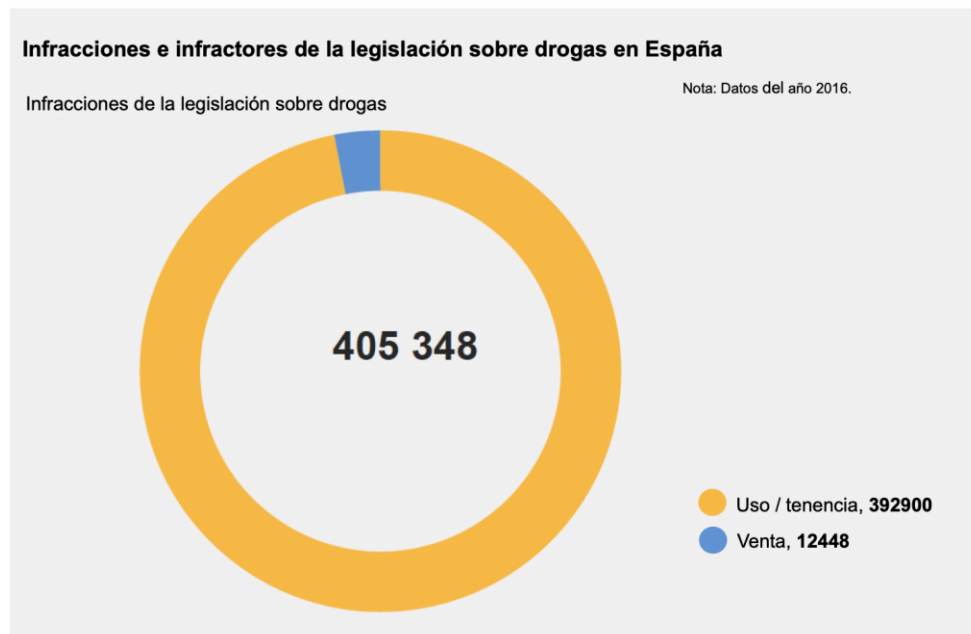


Nota: Datos del año 2016.

## Infracciones de la legislación sobre drogas

Los datos sobre las infracciones de la legislación sobre drogas son la base del seguimiento del crimen relacionado con las drogas y también un indicador del nivel de cumplimiento de la ley y de las dinámicas de los mercados de la droga; estos datos pueden ser útiles para formular políticas de aplicación de la legislación sobre drogas y mejorar las estrategias.

En España, a la gran mayoría de infractores de la legislación se les imputa por posesión de drogas, según la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana, mientras que una minoría es imputada por cultivo, preparación o fabricación o delitos de tráfico ilegal según el Código Penal. En 8 de cada 10 casos, las infracciones están asociadas con el cannabis.



## Consumo de drogas

### Prevalencia y tendencias

La prevalencia del consumo de sustancias ilícitas en España se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los últimos años: alrededor de un tercio de la población adulta admite haber consumido en algún momento de su vida alguna sustancia ilícita. El cannabis, seguido de la cocaína, es la droga más común, y su consumo se concentra entre los adolescentes y adultos menores de 35 años. Sin embargo, los últimos datos disponibles de la encuesta de 2015 en población general confirman que la prevalencia del uso de ambas sustancias ha disminuido en los últimos 10 años.

El consumo de sustancias ilícitas sigue siendo más común entre hombres que entre las mujeres.

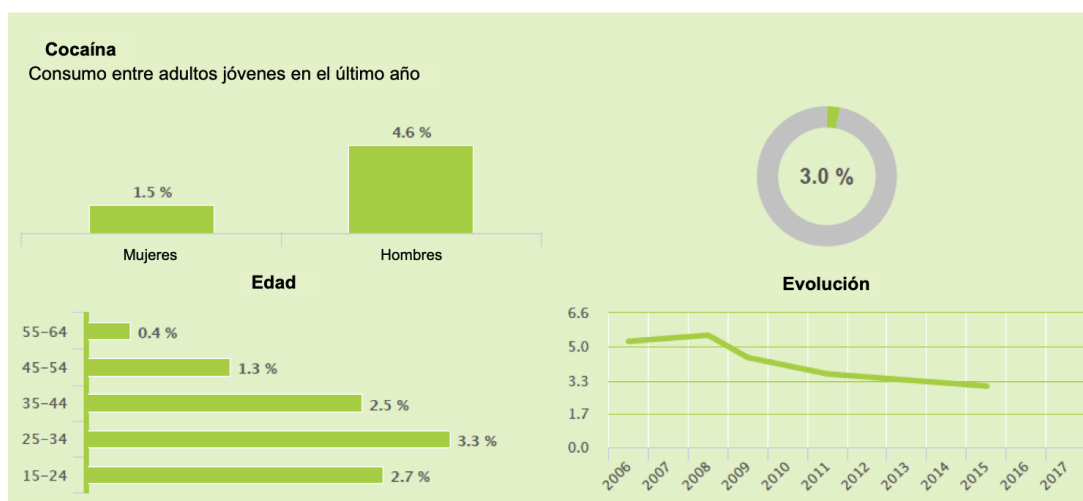
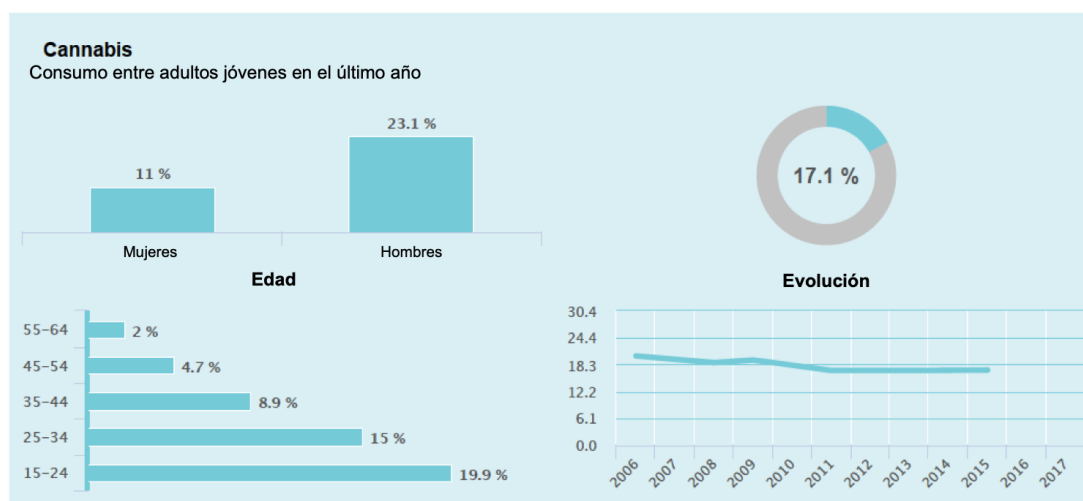
La prevalencia del consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) se ha mantenido estable desde 2011: según la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) de 2015, alrededor del 3,4% de los adultos de 15 a 64 años admitieron haber consumido NSP alguna vez en su vida. La mayoría de los consumidores de NSP son hombres jóvenes con un patrón de policonsumo experimental. En general, el policonsumo sigue siendo muy común, especialmente entre los mayores de 18 años.

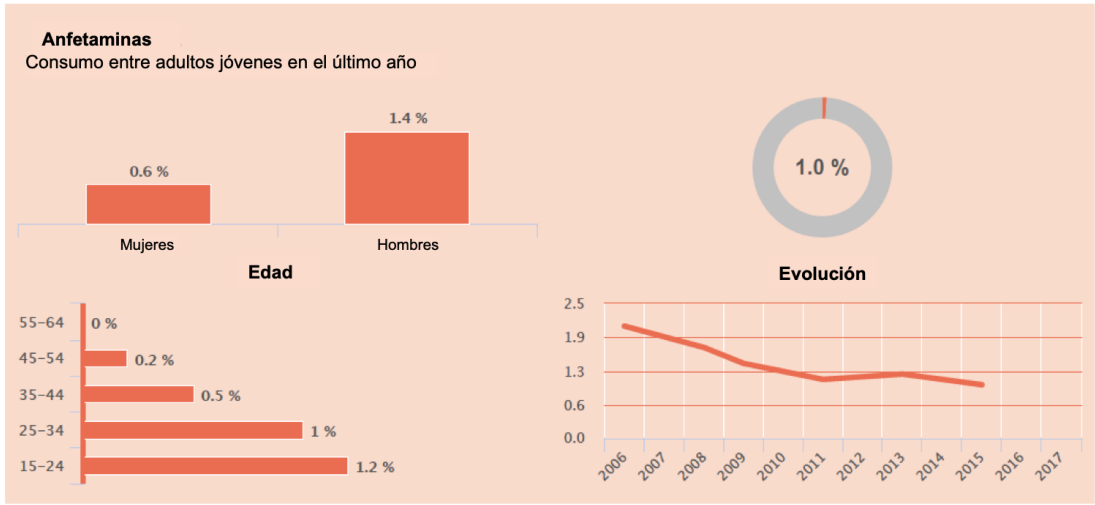
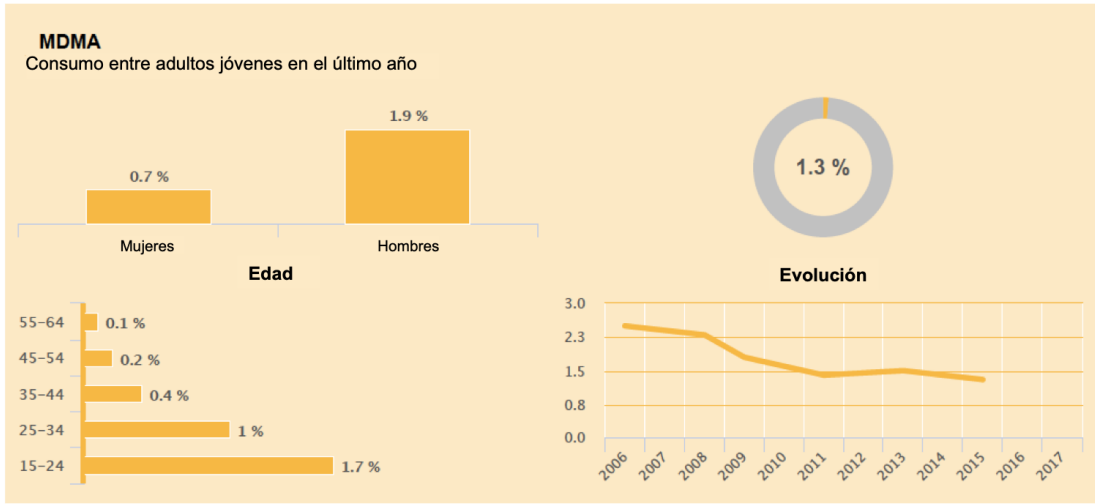
Cuatro ciudades españolas (Barcelona, Castellón, Santiago y Valencia) participan en las campañas anuales de aguas residuales llevadas a cabo por la red europea de análisis de las aguas residuales (*Sewage analysis*

CORe group — Europe [SCORE]). Este estudio proporciona información sobre el consumo de drogas a nivel municipal, basándose en los niveles de drogas ilícitas y sus metabolitos encontrados en las aguas residuales. Los resultados del estudio de 2017 sobre drogas estimulantes revelaron niveles altos de metabolitos de cocaína en las muestras de agua residual de todas las ciudades estudiadas, superiores incluso a los niveles de otras ciudades europeas participantes. Además, Barcelona registró un incremento en los residuos de MDMA/éxtasis, anfetaminas y metanfetaminas entre 2011 y 2017. Entre las ciudades estudiadas existe un patrón común: el incremento del consumo de cocaína y MDMA los fines de semana.

La información sobre el consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años se han obtenido de la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), que, desde 1994, se lleva a cabo en España cada dos años. El estudio de 2016 confirmó que la sustancia ilícita más consumida es el cannabis: alrededor de 3 de cada 10 estudiantes admiten haberlo consumido alguna vez. No se observó ningún cambio en la proporción de estudiantes que lo habían consumido en los últimos 30 días (18,3 % en 2016; 18,6 % en 2014; 16,1 % en 2012). La prevalencia de alumnos que han consumido alguna vez en la vida otras drogas ilícitas sigue siendo muy inferior a la del cannabis. ESTUDES también proporciona información al Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas (ESPAD). Los datos de 2016 indican que la prevalencia del consumo de cannabis entre los estudiantes españoles de 15 a 16 años es más alta que la media obtenida en ESPAD (35 países).

### Estimaciones del consumo de drogas en el último año entre adultos jóvenes (15-34 años) en España





Nota: Estimación de la prevalencia del consumo de drogas en el último año en 2015.

## Consumo de sustancias psicoactivas entre estudiantes de 15 a 16 años en España



Fuente: ESTUDES (2014) y ESPAD 2015

## Consumo de alto riesgo de drogas y tendencias

Los estudios que proporcionan estimaciones sobre el consumo de alto riesgo de drogas nos ayudan a conocer la magnitud de los problemas asociados al uso de las mismas. Además, cuando se analizan junto con otros indicadores, como los datos sobre los consumidores admitidos por primera vez en centros de tratamiento, nos ayudan a conocer la naturaleza y las tendencias de los consumos de riesgo.

En España, la heroína sigue siendo la droga principal relacionada con las consecuencias sanitarias y sociales más graves, como las infecciones relacionadas con las drogas. El número estimado de consumidores de heroína de alto riesgo ha presentado una tendencia decreciente desde 2010 hasta la última estimación de 2015 y sigue decreciendo desde 2009. El uso de drogas por vía inyectada también ha disminuido en los últimos 30 años entre los drogodependientes admitidos a tratamiento.

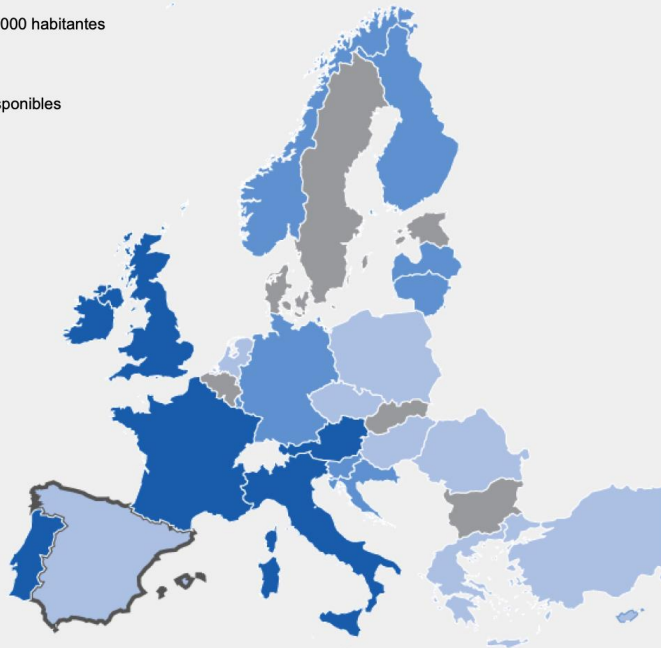
Los datos de los centros de tratamiento especializados indican que la cocaína sigue siendo la sustancia psicoactiva que causa el mayor número de admisiones a tratamiento, pero ha disminuido el número de admisiones que presentan consumo de cocaína como droga principal. Solo una pequeña proporción de los usuarios de cocaína ha afirmado que consume drogas por vía inyectada. Otros datos de estos centros apuntan a que el cannabis se ha convertido en la droga principal entre los admitidos a tratamiento por primera vez. Esto coincide con las conclusiones de la última encuesta en población general (EDADES), mientras que la encuesta en estudiantes (ESTUDES) de 2014 indicó un pequeño descenso en el uso diario de cannabis entre estudiantes.



**Estimaciones nacionales de la prevalencia del consumo de opioides de alto riesgo en el último año**

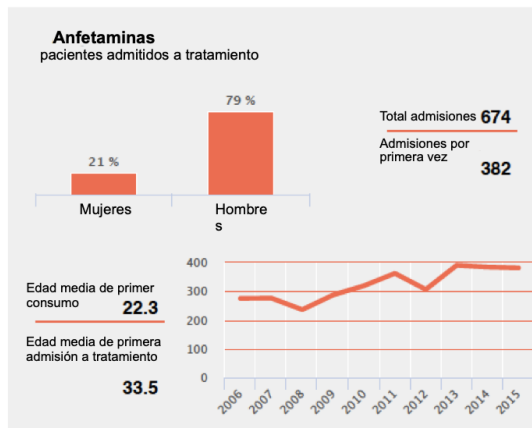
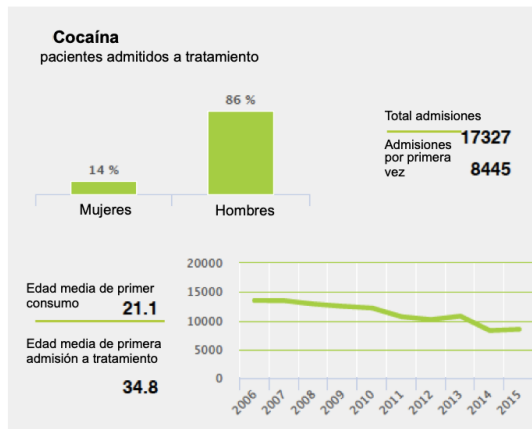
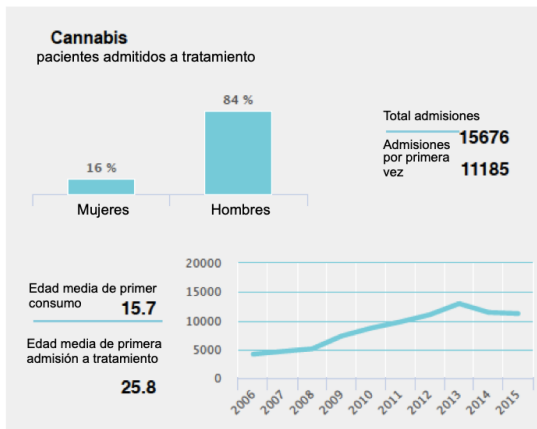
Tasa por cada 1000 habitantes

- 0.0-2.5
- 2.51-5.0
- > 5.0
- Sin datos disponibles



Nota: Datos del año 2016 o último año disponible

**Características y tendencias de los consumidores admitidos a tratamiento por consumo de drogas en España**



Nota: Los datos son del año 2016 y corresponden a las admisiones a tratamiento por primera vez, excepto el género, que se refiere a todas las admisiones.

### Enfermedades infecciosas en consumidores de drogas

En los últimos 20 años, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha representado uno de los mayores problemas de salud asociados al uso de drogas en España. Sin embargo, desde finales de los noventa, se ha observado un descenso significativo de la infección por VIH asociada a las drogas usadas por vía inyectada.

**Prevalencia de anticuerpos VIH y VHC entre usuarios de drogas inyectables en España (%)**

Región	VHC	VIH
Nacional	66.5	31.5
Subnacional	-	-

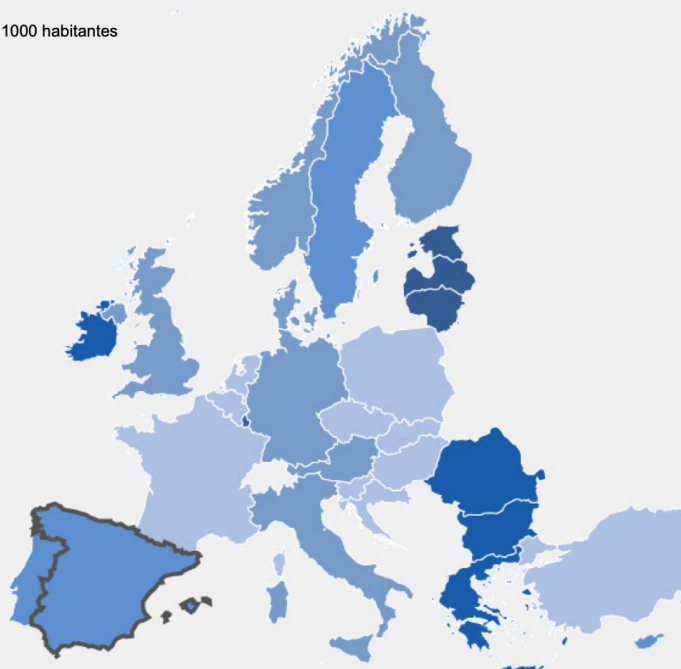
Datos del año 2015

En España, se recoge información de manera rutinaria a nivel nacional sobre virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la hepatitis B (VHB) entre usuarios de drogas inyectables (UDI) mediante el indicador de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y se basa en el estado serológico comunicado por los propios usuarios que han utilizado drogas inyectables en los últimos 12 meses. En general, alrededor del 75 % de los pacientes conocían su estado serológico frente al VIH o VHC, mientras que solo un tercio conocían su estado de VHB. La infección por el VHC es la enfermedad infecciosa relacionada con el uso de drogas más común entre los usuarios de drogas inyectables (UDI) en España. Aunque la incidencia de la infección por VIH sigue siendo baja, en 2015, aproximadamente un tercio de los UDI admitidos a tratamiento en España indicaron que eran VIH positivos. Un reciente estudio de cohorte afirma que casi las tres cuartas partes de los UDI son VHC positivos (determinado por la presencia de anticuerpos VHC). En lo relativo al VHB, alrededor de uno de cada ocho usuarios admitidos a tratamiento que usaban drogas por vía parenteral y que conocían su estado serológico indicaron que eran VHB positivos (HBs Ag), esto es, que eran enfermos crónicos portadores del virus de la hepatitis B.

**Nuevos diagnósticos de VIH atribuidos al uso de drogas inyectables**

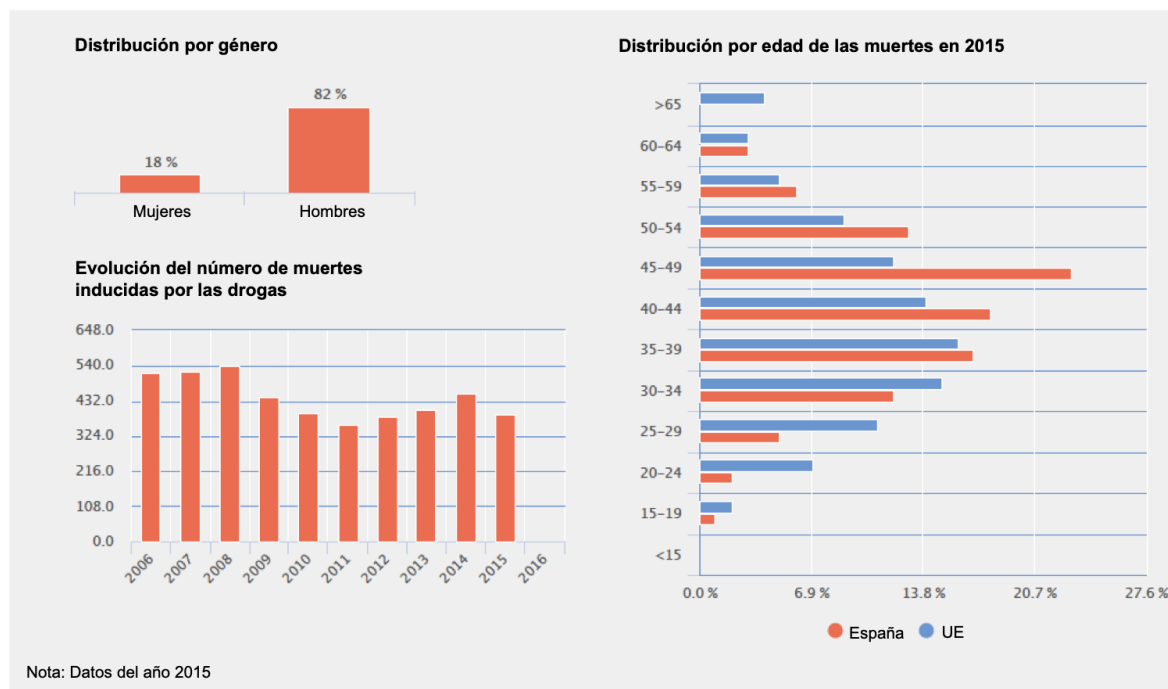
Casos por cada 1000 habitantes

- < 1.0
- 1.0-2.0
- 2.1-3.0
- 3.1-8.0
- > 8.0



Nota: Datos del año 2016 o último año disponible. Fuente: ECDC.

## Características y tendencias de las muertes inducidas por drogas en España



## Urgencias hospitalarias en consumidores de drogas

Esta información proviene del Plan Nacional sobre Drogas, que comenzó a recogerla en 1987 y que realiza un seguimiento de las urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. En 2015, se notificaron 5 238 urgencias relacionadas con el uso de drogas, manteniéndose la tendencia estable de los cinco años anteriores. La cocaína fue la sustancia más frecuentemente notificada en los episodios de urgencias relacionadas con el uso de drogas, seguida del cannabis. La proporción de urgencias relacionadas con el cannabis sigue mostrando una clara tendencia al alza desde el año 2000, mientras que la proporción de urgencias relacionadas con la heroína cayó un 3 % durante el mismo periodo. Las anfetaminas y el MDMA/éxtasis fueron las sustancias notificadas en menos ocasiones en las urgencias relacionadas con las drogas en España en 2015; sin embargo, existen indicios de que se está iniciando una tendencia al alza en los últimos cinco años.

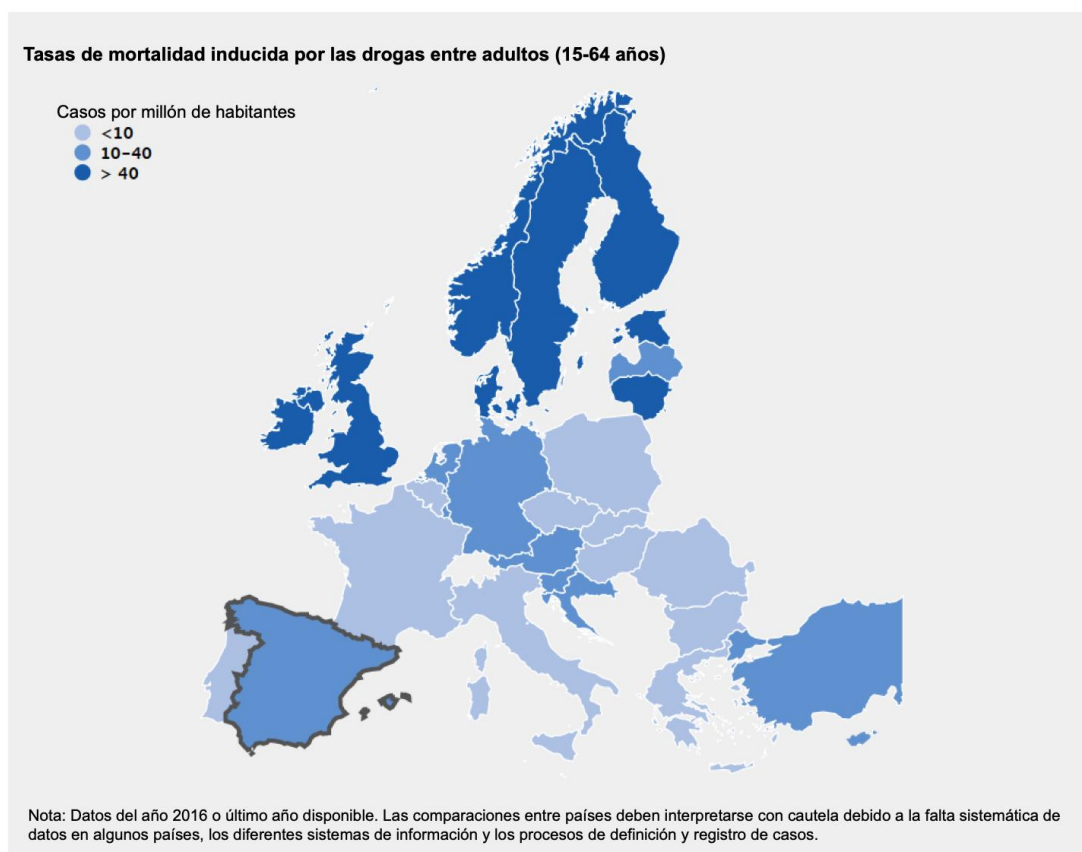
## Defunciones inducidas por drogas y mortalidad

Se entiende por defunciones inducidas por drogas aquellas muertes que se pueden atribuir directamente al uso de drogas ilícitas (i.e. intoxicaciones y sobredosis).

Los datos de 2015 extraídos del Registro General de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) muestran una tendencia estable en los últimos años. El Registro Específico de mortalidad, basado en fuentes forenses y toxicológicas, refleja también esta tendencia e indica estabilidad del número de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas durante los últimos seis años, notificándose 600 defunciones en 2015. De acuerdo con los resultados toxicológicos, en 9 de cada 10 casos, se detectó la presencia de más de una sustancia psicoactiva, esto está en línea con la información de otros indicadores, que indican que el policonsumo sigue siendo un patrón de consumo frecuente en España. Los opioides, seguidos de la cocaína, se identificaron en la mayoría de las defunciones; no obstante, se ha producido un descenso en la proporción de muertes atribuidas a ambas sustancias en los últimos años. La mayoría de las defunciones ocurrieron en hombres y más de la mitad en mayores de 40 años, lo que refleja el envejecimiento de la cohorte de consumidores de heroína en España.

Los datos de un reciente estudio sobre la mortalidad en España sugieren que 4 de cada 100 sobredosis entre los consumidores de heroína de entre 18 y 30 años son mortales. Otro estudio examinó la mortalidad entre un grupo de usuarios de cocaína admitidos a tratamiento en España. Los resultados indican que la tasa de mortalidad estandarizada por edad entre los usuarios de cocaína y heroína, o solo cocaína, es mayor que la de la población general.

La tasa de mortalidad inducida por drogas entre adultos (de 15 a 64 años) fue de 12,7 muertes por millón en 2015, cifra inferior a la última estimación de la media europea que se situaba en 21,8 muertes por millón.



## Prevención

En España, la prevención es una de las prioridades de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, que proporciona un marco organizativo y financiero a nivel nacional y a nivel autonómico mediante planes de drogas comunitarios y municipales. Los programas comunitarios también pueden recibir financiación del Fondo de Bienes Decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados y, ocasionalmente, de fundaciones. Las políticas de prevención se centran tanto en sustancias legales como en ilegales, y se dirigen a la estrecha cooperación con el sistema educativo y a intervenciones de prevención selectiva e indicada que están en crecimiento. Gran parte de las actividades de prevención a nivel comunitario se llevan a cabo a través de las organizaciones no gubernamentales, financiadas a través de licitaciones o concursos públicos.

### Intervenciones de prevención

Las intervenciones de prevención incluyen un gran número de enfoques, que se complementan entre sí. Las estrategias medioambientales y universales se dirigen a la población general. La prevención selectiva a los grupos vulnerables que pueden tener un mayor riesgo de desarrollar problemas asociados al consumo de drogas y la prevención indicada va dirigida a los individuos en riesgo.

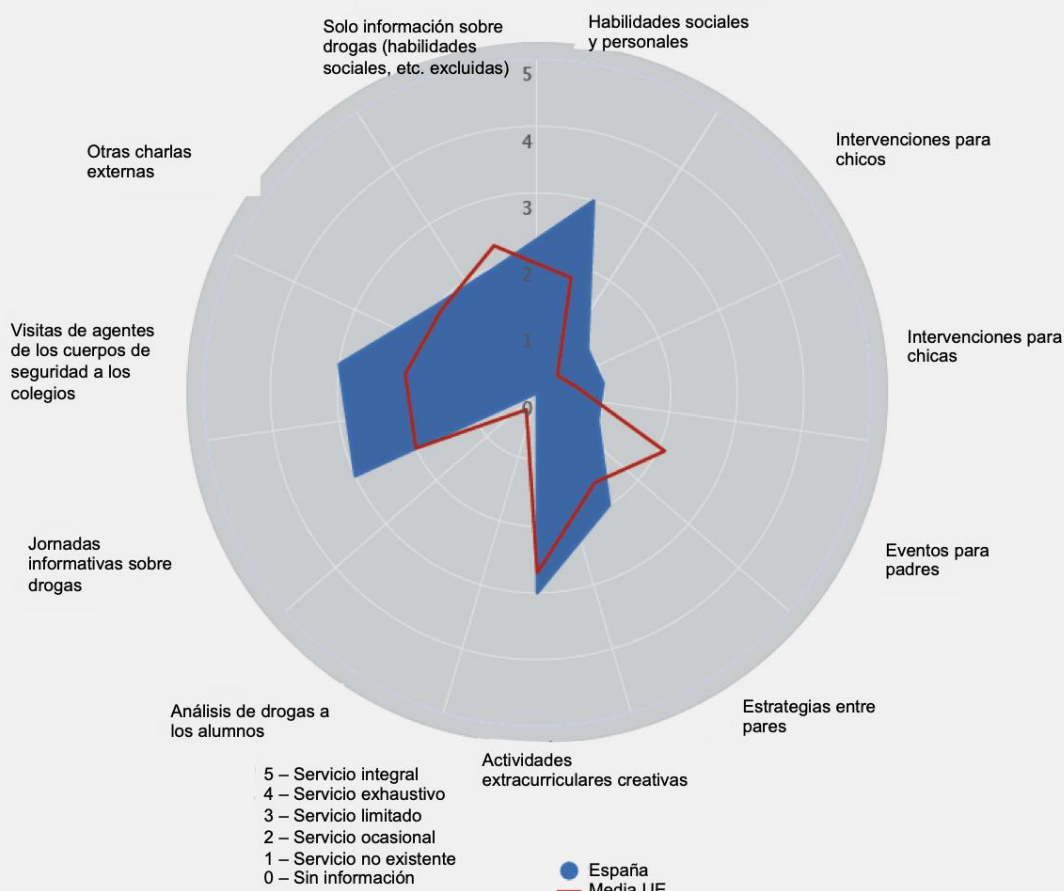
En España, la introducción de medidas de prevención medioambientales, como limitar el acceso al alcohol, es responsabilidad de las comunidades autónomas. Las intervenciones medioambientales se centran en promover cambios y garantizar la seguridad en el entorno de la noche, abordando la conducción bajo los efectos del alcohol y previniendo el consumo de alcohol entre menores, aunque también se llevan a cabo actividades para limitar el tráfico minorista de drogas en colegios y zonas de ocio.

En España, la prevención universal se dirige principalmente al sector educativo y se centra en el desarrollo de competencias y habilidades personales y familiares. Los informes de las comunidades autónomas indican un descenso en los programas escolares en los últimos años, mientras que el número de intervenciones a nivel familiar se ha incrementado. En el ámbito educativo se utiliza una amplia variedad de programas de prevención basados en manuales en las clases y también se ofrecen actividades y entrenamientos extracurriculares. Aún no se han evaluado muchos de estos programas. Los programas de prevención basados en la comunidad organizados por los centros de salud cada vez son más comunes en los colegios y se centran principalmente en la provisión de información mediante una variedad de materiales de soporte. Los colegios distribuyen materiales y ofrecen charlas educativas para padres, servicios de orientación y consejo y cursos informales. Cada vez hay más "colegios de padres" online que informan sobre las drogas y dan consejo sobre habilidades parentales. Se ha creado una iniciativa para la prevención familiar, Prevención Familiar, como iniciativa mutua de empoderamiento junto con las asociaciones de padres, para proporcionar materiales a profesionales y familias. En los últimos años, han surgido programas de prevención en universidades que se centran en proporcionar información y concienciación, utilizando métodos de educación entre pares y por sistema online. Los programas de prevención universales comunitarios se llevan a cabo en su mayoría mediante programas de ocio en clubes juveniles, centros deportivos, colegios y centros comunitarios y desarrollan actividades recreativas y deportivas. Los programas llevados a cabo en las zonas donde el uso de drogas es común, como los bares, las discotecas y los conciertos, los realizan mediadores, que trabajan para identificar casos problemáticos y proporcionar información y aconsejar sobre las drogas y sus diferentes formas de consumo. En este contexto, los enfoques medioambientales son poco comunes. Algunas comunidades autónomas han implementado programas como la Plataforma por un Ocio de Calidad de Baleares, Q de Calidad en Cataluña y el Programa Dispensación Responsable en Castilla y León.

Las actividades de prevención selectiva se centran en los jóvenes de barrios desfavorecidos y aquellos en centros educativos y residenciales específicos. También existen programas de selección preventiva para familias en riesgo y mujeres ex usuarias de drogas con hijos y para minorías étnicas, jóvenes con problemas de consumo de drogas y familias afectadas por el uso de drogas.

En España, las actividades de prevención indicada se asocian con frecuencia a actividades de prevención selectiva y se centran en jóvenes y en familias vulnerables, que intentan disminuir el riesgo y promocionar factores protectores a nivel individual. Por ejemplo, "Empecemos" es un programa de prevención indicada bien documentado con prometedores resultados a largo plazo para los niños con problemas en Galicia. Varias comunidades autónomas han organizado actividades de prevención centradas en delinquentes menores de edad con problemas por el uso de drogas.

## Servicios de intervención en los colegios en España



Nota: Datos del año 2016

## Reducción de daños

La reducción del riesgo y de daños relacionados con el uso de sustancias psicoactivas potencialmente adictivas, así como por adicciones comportamentales, ha sido uno de los objetivos principales de las políticas nacionales sobre drogas durante más de una década. En el cuarto Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por VIH y Otras Infecciones de Transmisión Sexual 2013-2016, se identificó también a los usuarios de drogas inyectables (UDI) como población prioritaria. Entre los objetivos nacionales para la prevención de las enfermedades infecciosas entre usuarios de drogas inyectables se encuentran el apoyo a los programas de distribución de agujas y jeringuillas (PAJ), el asesoramiento y las pruebas voluntarias para las infecciones y los programas de vacunación contra la hepatitis.

### Intervenciones para la reducción de daños

Una amplia red de infraestructuras públicas, incluidos los centros sociales de emergencias, las unidades móviles, las farmacias y las prisiones, ofrecen servicios de reducción de daños. De acuerdo con el informe de evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016), en toda España existen programas de reducción de daños, aunque varía el perfil de los servicios entre las diferentes comunidades autónomas.

La mayoría de los programas de reducción de daños incluyen un servicio socio-sanitario que ofrece intervenciones educativas preventivas, agujas y jeringuillas limpias y otros artículos, pruebas analíticas para

varias infecciones relacionadas con las drogas, vacunación contra el virus de la hepatitis A y B y tratamiento y asistencia de emergencia para usuarios de drogas inyectables, que normalmente no están en contacto con ninguna intervención de asistencia. En 7 de las 19 comunidades y ciudades autónomas existen actividades de prevención de las sobredosis.

En 2015, los PAJ en España distribuyeron más de 1,4 millones de jeringuillas, continuando con la tendencia descendiente a largo plazo que comenzó en 2005. La caída en el número de jeringuillas distribuidas puede ser resultado de la reducción del tamaño de la cohorte de usuarios de opioides y de la prevalencia del uso de drogas inyectables en España. Existen trece instalaciones para el consumo supervisado de drogas en las comunidades autónomas de Cataluña y País Vasco. En 2015, se atendieron a 3110 pacientes.

#### Disponibilidad de programas de reducción de daños en Europa

País	Programas de agujas y jeringuillas	Programas de naloxona en domicilio	Salas de consumo de drogas	Tratamiento con prescripción de heroína
Alemania	Sí	Sí	Sí	Sí
Austria	Sí	No	No	No
Bélgica	Sí	No	No	No
Bulgaria	Sí	No	No	No
Croacia	Sí	No	No	No
Chipre	Sí	No	No	No
Dinamarca	Sí	Sí	Sí	Sí
Eslovaquia	Sí	No	No	No
Eslovenia	Sí	No	No	No
España	Sí	Sí	Sí	No
Estonia	Sí	Sí	No	No
Finlandia	Sí	No	No	No
Francia	Sí	Sí	Sí	No
Grecia	Sí	No	No	No
Hungría	Sí	No	No	No
Irlanda	Sí	Sí	No	No
Italia	Sí	Sí	No	No
Letonia	Sí	No	No	No
Lituania	Sí	Sí	No	No
Luxemburgo	Sí	No	Sí	Sí
Malta	Sí	No	No	No
Noruega	Sí	Sí	Sí	No
Países Bajos	Sí	No	Sí	Sí
Polonia	Sí	No	No	No
Portugal	Sí	No	No	No
Reino Unido	Sí	Sí	No	Sí
Republica Checa	Sí	No	No	No
Rumanía	Sí	No	No	No
Suecia	Sí	No	No	No
Turquía	No	No	No	No

### Sistema de tratamiento

En España, la política general para el tratamiento de las personas usuarias de drogas se rige por la Estrategia Nacional sobre Adicciones. Al mismo tiempo, la implementación, gestión y evaluación de los recursos y programas que proporcionan atención a los usuarios de drogas dependen de las 17 comunidades autónomas y las dos ciudades autónomas. Cada comunidad autónoma tiene potestad para organizar y proporcionar intervenciones de salud de acuerdo con sus propios planes, presupuestos y recursos humanos. Algunas han integrado el tratamiento para los problemas relacionados con el uso de drogas en las unidades de atención primaria o servicios de salud mental y otras disponen de una red de tratamiento separada que tiene conexión con el sistema general de salud.

Como regla general, la atención está organizada en tres niveles. El nivel de atención primaria actúa como puerta de entrada, el nivel secundario proporciona servicios de tratamiento integrado, y las unidades de atención de tercer nivel facilitan una atención muy especializada y a largo plazo.

El sector público es el proveedor primario de tratamiento, seguido de las organizaciones no gubernamentales y las privadas. El tratamiento de las drogas está principalmente financiado por los presupuestos generales del Estado, las comunidades y ciudades autónomas y algunos municipios, normalmente las ciudades grandes.

Existe una red específica de atención a la dependencia de las drogas en todo el país. Las prestaciones terapéuticas incluyen las redes de tratamiento ambulatorias y hospitalarias.

La red extrahospitalaria está integrada por un primer nivel de atención, que incluye a los servicios de bajo umbral que realizan un screening de enfermedades mentales y por un segundo nivel de atención, que constituyen el eje del sistema de tratamiento, y que incluye centros de tratamiento de drogas especializados y unidades de salud mental. Habitualmente, un equipo multidisciplinar atiende a los pacientes en dichos entornos, proporcionando tratamiento psicosocial, gestión del caso y referencia a otros servicios.

La red hospitalaria incluye las unidades de desintoxicación de los hospitales, los apartamentos de apoyo al tratamiento y reinserción social, las comunidades terapéuticas y los centros penitenciarios. En España, el tratamiento de sustitución de opioides (TSO) está disponible en unos 2 000 centros ambulatorios especializados, otros centros de salud y salud mental, instalaciones hospitalarias y en prisiones. Las farmacias dispensan la medicación a los pacientes. En 1990 se introdujo y autorizó el uso de metadona como tratamiento, y éste es gratis para los pacientes. El Servicio Nacional de Salud ofrece medicación con Buprenorfina pero los pacientes tienen que contribuir al coste de la medicación.

### Datos de tratamiento

En España, cerca de 192 000 usuarios de drogas recibieron tratamiento en 2015, la mayoría tratados en contextos ambulatorios. En la última década, el número de pacientes admitidos a tratamiento cada año ha sido entre 47 000 y 53 000. Los usuarios de heroína siguen siendo el mayor grupo que recibe tratamiento por drogas en España, muchos de los cuales reciben TSO desde hace tiempo. La tendencia a largo plazo indica que la proporción de personas que comienzan tratamiento como resultado del uso de heroína o cocaína ha descendido en los últimos 10 años, mientras que se observa un incremento progresivo en la demanda relacionada con el cannabis; desde 2012, el número de admisiones a tratamiento por uso de cannabis ha superado el de los usuarios de heroína.

El tratamiento de mantenimiento con metadona sigue siendo la forma más frecuente de TSO, mientras que la combinación de buprenorfina y naloxona se utiliza principalmente a dosis bajas para las personas que están estables con metadona. En 2015, en España se prescribió TSO a 59 264 personas. Desde 2002 se ha observado una tendencia decreciente en el número de personas que reciben TSO en España, lo que coincide



con otros datos que indican un descenso general del número de usuarios de heroína en las últimas dos décadas.

### Tratamientos para usuarios de drogas en España: instalaciones y número de personas atendidas

#### Ambulatorio



#### Hospitalario

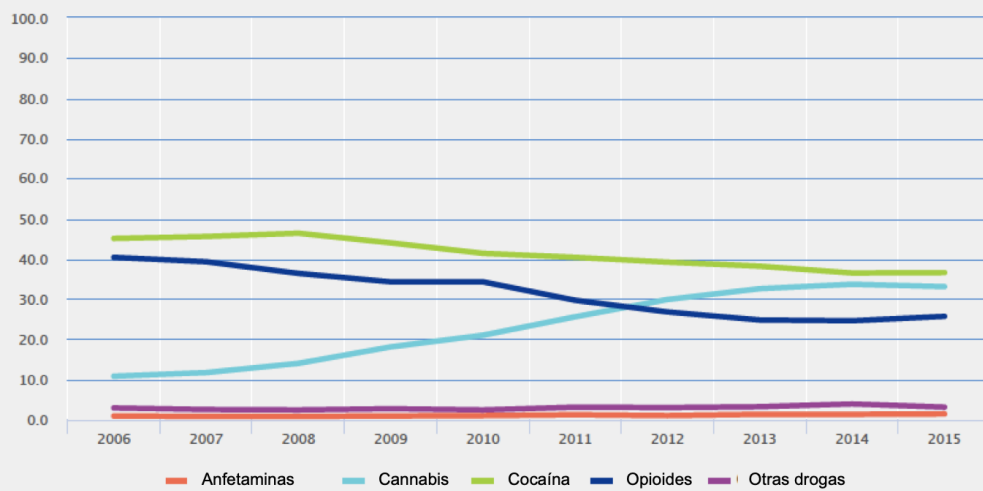


#### Prisiones



Nota: Datos del año 2015

### Tendencias en los porcentajes de personas admitidas a tratamiento especializado, según droga principal, en España



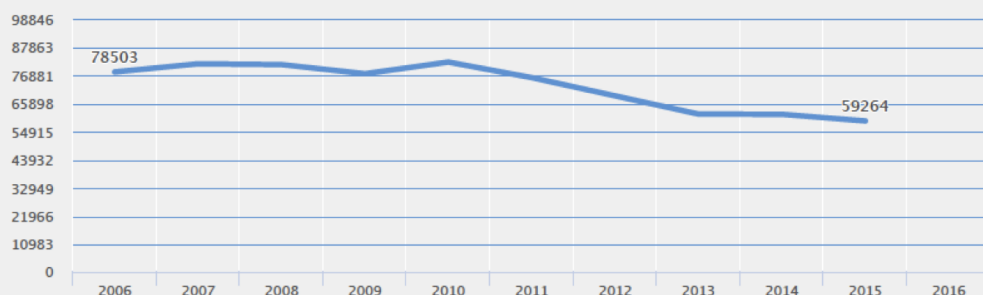
Nota: Datos del año 2016.

### Tratamiento de sustitución de opioides en España: porcentaje de pacientes en tratamiento de sustitución de opioides por medicación y evolución del número total de pacientes



● Metadona, 91,3%  
● Buprenorfina, 8,7%

#### Evolución del número de pacientes en TSO



Nota: Datos del año 2015.

## Consumo de drogas y respuestas en el ámbito penitenciario

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior es la responsable administrativa de los centros penitenciarios en España, excepto en Cataluña. La asistencia sanitaria en prisión es responsabilidad del Ministerio del Interior, salvo en Cataluña y el País Vasco que la proporcionan los servicios de salud de dichas comunidades autónomas.

Los datos del consumo de drogas entre los internos en centros penitenciarios provienen de cuatro encuestas periódicas llevadas a cabo en 1994, 2000, 2006 y 2011 (ESDIP, Encuesta sobre Salud y Drogas en Instituciones Penitenciarias en España). La encuesta de 2011 sobre el uso de drogas entre los internos en España indica que aproximadamente 4 de cada 10 ha consumido cannabis durante los 30 días previos a su entrada en prisión; la cocaína y la heroína fueron las siguientes drogas más usadas. Alrededor del 5 % de los internos se había inyectado alguna sustancia ilícita durante el mismo periodo. Unos 2 de cada 10 internos admitieron el uso de cannabis en prisión, mientras que el uso de otras drogas y drogas inyectables es mucho menos frecuente. Alrededor de un tercio de aquellos que habían consumido drogas inyectables en prisión eran VIH positivos y tres cuartos VHC positivos. Los resultados de las encuestas han identificado el policonsumo como un patrón de consumo de drogas frecuente entre los internos.

Cuando se ingresa en prisión, se evalúa la salud física y mental del detenido, lo que incluye una evaluación del uso de drogas y problemas relacionados con las mismas, enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas y riesgo de suicidio. Después de esta evaluación, se establece un plan de tratamiento y el detenido puede ser asignado a un programa determinado.

La dependencia de las drogas en las prisiones se aborda mediante la prevención, la asistencia y la reinserción social. Existen programas de prevención y educación sanitaria en todos los centros penitenciarios, lo que incluye mediadores sanitarios contratados entre los reclusos. Entre los programas de salud implementados podemos

encontrar el asesoramiento, el tratamiento por uso de drogas o medidas de reducción de daños. El tratamiento a usuarios de drogas en prisión se proporciona en colaboración con varios servicios penitenciarios (salud, psicológico, seguridad, etc.), y en coordinación con los servicios disponibles fuera de la prisión, como los centros de tratamiento, los servicios sociales y las organizaciones no gubernamentales. Existen programas de desintoxicación que se pueden llevar a cabo de forma ambulatoria, en un centro de día o en un módulo terapéutico. El tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) es una parte importante del tratamiento ofrecido en las prisiones españolas. En 2016, casi 8 000 reclusos recibieron TMM, un cuarto de los cuales recibieron TMM combinado con ayuda psicosocial. Entre las medidas de reducción del daños disponibles en las prisiones españolas podemos encontrar la prevención, la vacunación y el tratamiento de enfermedades infecciosas (VIH y hepatitis), los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, la distribución de preservativos, desinfectantes y papel de aluminio. El primer programa de intercambio de agujas y jeringuillas en una prisión española se llevó a cabo en Bilbao en 1997 y hoy en día están disponibles en 47 centros penitenciarios españoles. En 2016, se distribuyeron más de 4 000 jeringuillas en 20 prisiones. Desde 2014, se han implementado programas de prevención de las sobredosis para abordar el riesgo de sobredosis dentro de la prisión y en el periodo posterior a la salida.

En los centros penitenciarios también se ofrecen programas de reinserción social que proporcionan a los usuarios de drogas las habilidades necesarias para mantener el tratamiento después de su salida de prisión y ayudan a su reinserción en la sociedad.

## Criterios de calidad

La Estrategia Nacional de Adicciones actual incluye un área transversal de evaluación y calidad. Previamente, la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016) y el Plan de Acción para 2013-2016 incluían la calidad como uno de sus principios básicos y establecían objetivos relacionados con el fomento de la calidad. El plan de acción contenía acciones directamente relacionadas con la calidad. La acción número 30 se centraba en la creación de un portal de buenas prácticas y la acción 31 en el criterio para acreditar los programas de reducción de la demanda. El resto de acciones tenían un objetivo transversal de desarrollo de criterios de calidad en cada campo de trabajo, por ejemplo, los recientes criterios de calidad para los programas de prevención familiar universales.

Bajo el alcance de la acción número 30, se proporcionó ayuda para la creación de un portal de programas de prevención basada en la evidencia producido por la organización Socidrogalcohol. Se está desarrollando otro portal de buenas prácticas centrado en la reducción de la demanda.

Dentro del rango de acción de la 31, se aprobaron unos criterios mínimos para los programas de reducción de la demanda. Además, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas fue uno de los socios participantes en el proyecto de Estándares Europeos de Calidad en Prevención de Drogas. Varias organizaciones no gubernamentales también han iniciado procesos para promover las buenas prácticas en los proyectos de gestión y trabajo, apoyados por la Delegación del Gobierno.

La acreditación de la provisión de tratamiento de sustitución de opiáceos se lleva a cabo a nivel nacional, mientras que en la mayoría de comunidades autónomas existen otros sistemas de acreditación para los centros de tratamiento, los programas de reducción del daño y algunos programas de prevención, que normalmente reciben financiación. Los criterios de evaluación pueden variar entre comunidades pero, en general, incluyen aspectos como la justificación del proyecto y la definición de objetivos, audiencias objetivo, actividades, calendario, etc.

Todos los planes de drogas de las comunidades autónomas proporcionan actividades de formación para

profesionales, dirigidas principalmente a los técnicos de prevención municipales y los profesionales de la salud. Cinco comunidades autónomas ofrecen masters sobre adicción a las drogas y siete tienen cursos de postgrado. Las principales organizaciones no gubernamentales tienen planes continuos de formación de sus empleados.

## Investigación en materia de drogas

En España, la Ley 14/2011 de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación sirve como guía para la implementación de políticas públicas en materia de ciencia, tecnología e innovación, y para la implementación de acciones para fomentar y coordinar la innovación científica y técnica. La Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación (2013-2020) define el alcance general y los objetivos principales, mientras que el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación especifica el número de herramientas operacionales e instrumentos de financiación requeridos para implementar actividades de investigación y desarrollo (I+D). El nuevo Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2017-2020, redactado por el Ministerio de Economía y Empresa, se ha sometido a consulta pública. Los proyectos se financian mediante los presupuestos generales del Gobierno central, mediante licitaciones o concursos públicos. El nuevo Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2017-2020 se implementará mediante cuatro programas.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas es responsable de dirigir las actividades de investigación en materia de drogas. El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones recoge, analiza y difunde datos estadísticos y epidemiológicos sobre el uso de drogas. Además, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas canaliza la financiación para los proyectos de investigación llevados a cabo por centros de I+D públicos y sin ánimo de lucro. Sin embargo, las universidades y las redes de investigación son los principales actores que llevan a cabo investigaciones relacionadas con las drogas. Las áreas prioritarias incluyen la investigación básica clínica, social, epidemiológica y metodológica. Las estrategias españolas sobre drogas han puesto especial énfasis en el fomento de la investigación, la evaluación sistemática de programas y acciones, y el uso de evidencia para apoyar el desarrollo de políticas y programas. Las revistas científicas nacionales y las webs especializadas son los principales canales para la publicación de las conclusiones de las investigaciones en materia de drogas. Gracias a la financiación europea, se ha creado la Biblioteca Iberoamericana sobre Drogas y Adicciones, y se está investigando en materia de drogas mediante la cooperación internacional (por ejemplo, con el Instituto Nacional de Estados Unidos sobre el Abuso de Drogas).

## Mercados de drogas

Debido a su posición geográfica, España es uno de los países europeos más afectado por el tráfico internacional de drogas, especialmente por el tránsito de resina de cannabis y cocaína a otros países europeos. Por tanto, las acciones para identificar y dismantelar las redes criminales internacionales implicadas en el tráfico de drogas son una prioridad para los organismos de seguridad españoles y se llevan a cabo mediante la intensificación del control de paquetes de drogas en las áreas costeras y los puertos del sur; investigando, descubriendo y confiscando los beneficios del tráfico de drogas y el blanqueo de dinero; evitando la distribución de drogas ilícitas en todo el país; y fomentando la cooperación internacional. En este contexto, España sigue siendo uno de los países europeos que notifica mayores incautaciones de cocaína y resina de cannabis, en términos tanto de número de incautaciones como de cantidades incautadas. De acuerdo con la información de los organismos de seguridad, la cocaína incautada normalmente viene de Colombia, Perú y Bolivia y llega a España directamente o a través de países de Centro y Sudamérica por mar, escondida en contenedores.

Casi la totalidad de la resina de cannabis incautada por los organismos de seguridad españoles entra

directamente desde Marruecos o por la ruta del Mediterráneo Oeste. Sin embargo, la actividad en esta última, que surgió por el tráfico de productos de cannabis, parece que está decreciendo. En España también se cultiva cannabis; existen indicios de que su producción ha crecido desde 2009 y se dirige a satisfacer la demanda local de hierba de cannabis, así como a ser transportado a otros países de la UE.

Históricamente, la heroína venía principalmente de Pakistán por la ruta de los Balcanes, aunque su dominio se ha reducido en los últimos años, ya que las rutas del norte y del sur juegan papeles igual de significativos. En 2015, la mayoría de la heroína se confiscó a “mulas” que llegaban de países africanos.

En general, el número de incautaciones ha crecido en la última década, aunque en 2016, se ha notado una reducción en el número de incautaciones. Los productos de cannabis siguen siendo las drogas ilícitas más frecuentemente decomisadas en España. Se ha observado un descenso general de las incautaciones de resina de cannabis desde 2009, con una estabilización en los últimos años. Aunque la cantidad anual de resina incautada desde 2010 ha sido menor que la incautada antes de dicha fecha, se ha observado un incremento en la cantidad de hierba de cannabis incautada a gran escala por los organismos de seguridad españoles.

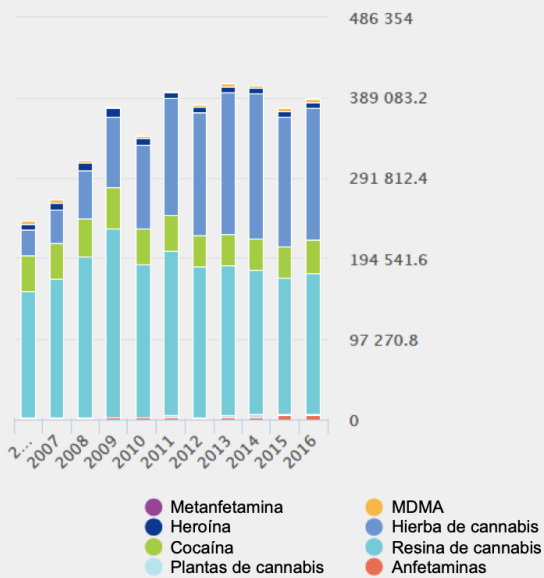
La cocaína sigue siendo la segunda droga ilícita más incautada, aunque entre 2009 y 2015 se produjo un descenso en el número de decomisos. En 2016, el número de incautaciones de cocaína se incrementó con respecto a los datos de 2013 a 2015, pero la cantidad incautada es la más pequeña notificada en este siglo (desde 2000).

En 2016, el número y la cantidad de heroína incautada se mantuvo estable. España notificó un incremento en los estimulantes sintéticos (anfetaminas y MDMA/éxtasis); el número de decomisos y la cantidad fue mayor en 2016 que en 2015, principalmente por el incremento de incautaciones a gran escala.

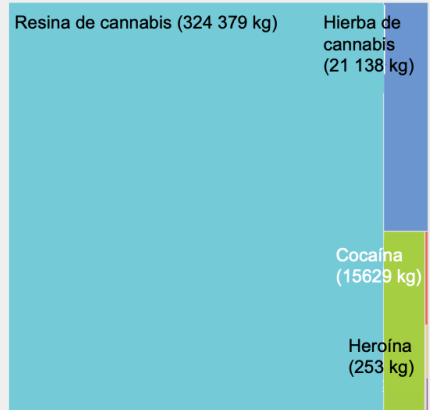
España notifica la potencia (porcentaje de THC) y la pureza (porcentaje o mg por pastilla) medias y los precios promedio de las principales drogas ilícitas. La potencia media para la resina del cannabis en 2016 fue de 18,5 % de THC, mientras que para la hierba de cannabis fue de 10,1 %. La pureza media de la heroína en 2016 fue de 21,5 % de clorhidrato de heroína y la de la cocaína de 33,5 % de clorhidrato de cocaína. En 2016, el precio medio de la resina de cannabis era de 6,5 EUR/g; la hierba de cannabis; 5 EUR/g; la heroína, 57,8 EUR/g; la cocaína, 58,2 EUR/g; y las anfetaminas, 28,1 EUR/g. El precio medio de una pastilla de MDMA fue de 11,4 EUR.

**Incautaciones en España: evolución del número (izquierda) y las cantidades (derecha) incautadas**

Número de incautaciones



Cantidades incautadas



Nota: Datos del año 2016

## Tabla de indicadores en España y en la UE

	Año	España	Rango de la UE	
			Mín.	Máx.
<b>Cannabis</b>				
Prevalencia del consumo alguna vez en la vida (% , Fuente: ESPAD)	2015	26,6	6,5	36,8
Prevalencia del consumo en el último año, adultos jóvenes (%)	2015	17,1	0,4	21,5
Prevalencia del consumo en el último año, todos los adultos (%)	2015	9,5	0,3	11,1
Admisiones a tratamiento totales (%)	2015	33,1	1,0	69,6
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)	2015	47,0	2,3	77,9
Cantidad de hierba de cannabis incautada (kg)	2016	21138	12	110855
Incautaciones de hierba de cannabis (nº)	2016	158810	62	158810
Cantidad de resina de cannabis incautada (kg)	2016	324379	0	324379
Incautaciones de resina de cannabis (nº)	2016	169538	8	169538
Potencia hierba (% THC)	2016	-	0	59,90
Potencia resina (% THC)	2016	-	0	70,00
Precio por gramo, hierba (EUR)	2016	-	0,60	111,10
Precio por gramo, resina (EUR)	2016	-	0,20	38,00
<b>Cocaína</b>				
Prevalencia del consumo alguna vez en la vida (% , Fuente: ESPAD)	2015	2,1	0,9	4,9
Prevalencia del consumo en el último año, adultos jóvenes (%)	2015	3	0,2	4,0
Prevalencia del consumo en el último año, todos los adultos (%)	2015	2	0,1	2,3
Admisiones a tratamiento totales (%)	2015	36,625	0,0	36,6
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)	2015	35,5	0,0	35,5
Cantidad de cocaína incautada (kg)	2016	15629	1,00	30295
Incautaciones de cocaína (nº)	2016	41531	19	41531
Pureza (%)	2016	-	0	99,00
Precio por gramo (EUR)	2016	-	3,00	303,00
<b>Anfetaminas</b>				
Prevalencia del consumo alguna vez en la vida % , Fuente: ESPAD)	2015	1,3	0,8	6,5
Prevalencia del consumo en el último año, adultos jóvenes (%)	2015	1	0,0	3,6
Prevalencia del consumo en el último año, todos los adultos (%)	2015	0,5	0,0	1,7
Admisiones a tratamiento totales (%)	2015	1,4	0,2	69,7
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)	2015	1,6	0,3	75,1
Cantidad de anfetaminas incautada (kg)	2016	454,5	0	3380
Incautaciones de anfetamina (nº)	2016	4313	3	10388
Pureza, anfetaminas (%)	2016	-	0	100,00
Precio por gramo, anfetaminas (EUR)	2016	-	2,50	76,00
<b>MDMA</b>				
Prevalencia del consumo alguna vez en la vida (% , Fuente: ESPAD)	2015	1	0,5	5,2
Prevalencia del consumo en el último año, adultos jóvenes (%)	2015	1,3	0,1	7,4

Prevalencia del consumo en el último año, todos los adultos (%)	2015	0,6	0,1	3,6
Admisiones a tratamiento totales (%)	2015	0,33	0,0	1,8
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)	2015	0,5	0,0	1,8
Cantidad de MDMA incautada (kg)	2016	393211	0	3783737
Incautaciones de MDMA (nº)	2016	3486	16	5259
Pureza (mg de MDMA por pastilla)	2016	-	1,90	462,00
Pureza (% de MDMA por pastilla)	2016	-	0	88,30
Precio por pastilla (EUR)	2016	-	1,00	26,00

### Opioides

Consumo de opioides de alto riesgo (tasa/1000)	2015	2,2	0,3	8,1
Admisiones a tratamiento totales (%)	2015	25,7	4,8	93,4
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)	2015	11,5	1,6	87,4
Cantidad de opioides incautada (kg)	2017	253	0	5585
Incautaciones de heroína (nº)	2017	7205	2	10620
Pureza, heroína (%)	2017	-	0	92,00
Precio por gramo, heroína (EUR)	2017	-	4,00	296,00

### Enfermedades infecciosas/drogas inyectables/muertes relacionadas con las drogas

Nuevos diagnósticos de VIH relacionados con el consumo de drogas inyectables (casos/millón de habitantes, Fuente: ECDC)	2016	2,4	0,0	33,0
Prevalencia de VIH entre UDI* (%)	2015	31,5	0	31,50
Prevalencia de VHC entre UDI* (%)	2015	66,5	14,60	82,2
Consumo de drogas inyectables (casos/1000 habitantes)	2015	0,36	0,1	9,2
Muertes inducidas por drogas, todos los adultos (casos/millón de habitantes)	2015	12,7	1,40	132,30

### Respuestas sanitarias y sociales

Jeringuillas distribuidas por programas especializados	2015	1435882	22	6469441
Pacientes en tratamiento de sustitución	2015	59264	229	169750

### Tratamiento

Admisiones totales	2015	47308	265	119973
Admisiones por primera vez	2015	23777	47	39059
Pacientes totales en tratamiento	2015	191765	1286	243000

### Infracciones de la legislación sobre drogas

Número de denuncias de infracciones	2016	405348	775	405348
Infracciones por consumo/tenencia	2016	392900	354	392900

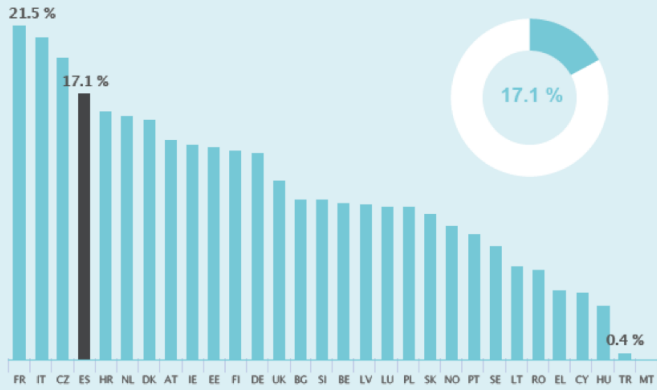
\*UDI – Usuarios de Drogas Inyectables



## Gráficos de indicadores en España y en la UE

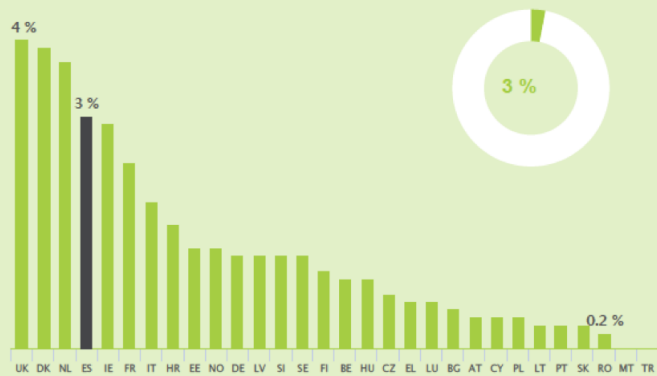
### Cannabis

Prevalencia en el último año entre adultos jóvenes (15-34 años)



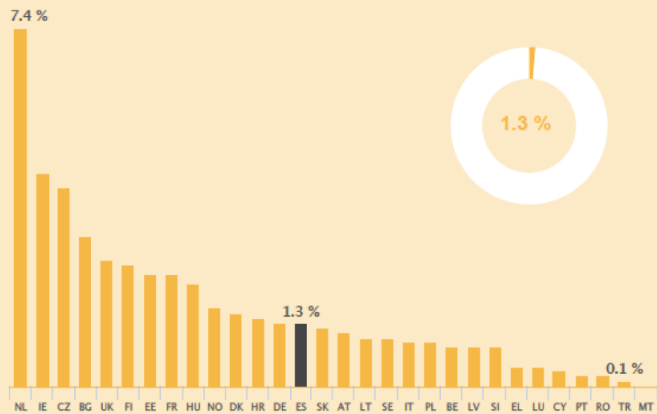
### Cocaína

Prevalencia en el último año entre adultos jóvenes (15-34 años)



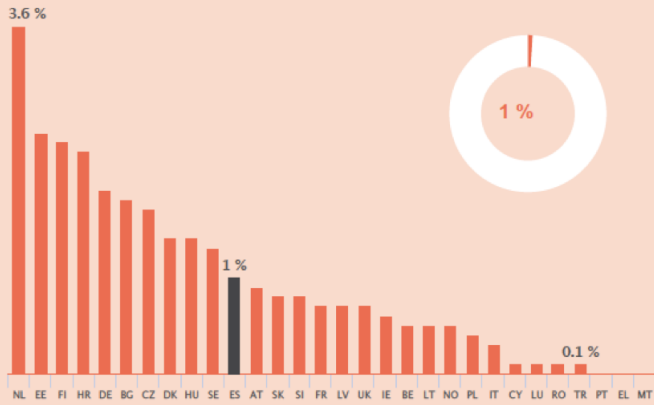
### MDMA

Prevalencia en el último año entre adultos jóvenes (15-34 años)



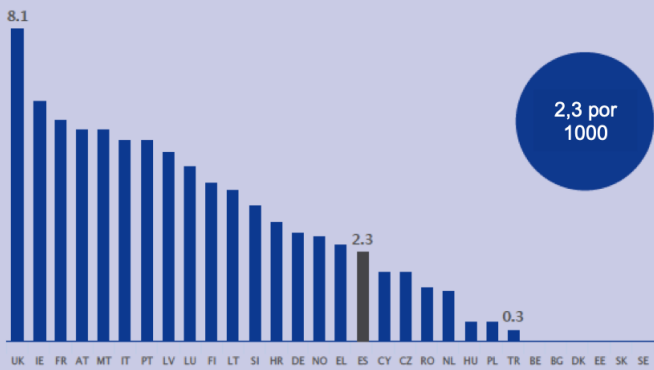
### Anfetaminas

Prevalencia en el último año entre adultos jóvenes (15-34 años)



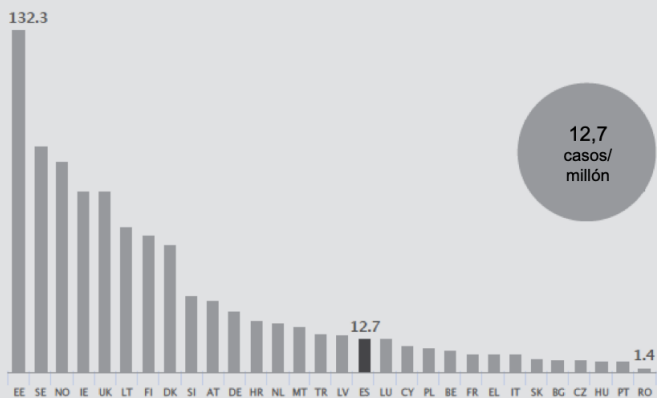
### Opioides

Uso de opioides de alto riesgo (tasa/1000)



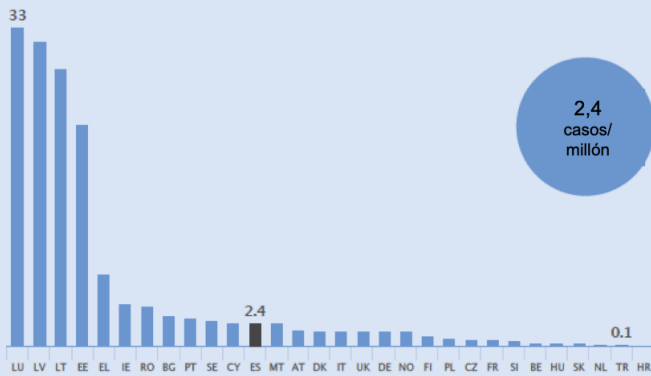
### Tasas de mortalidad inducida por las drogas

Estimaciones nacionales entre adultos (15-64 años)



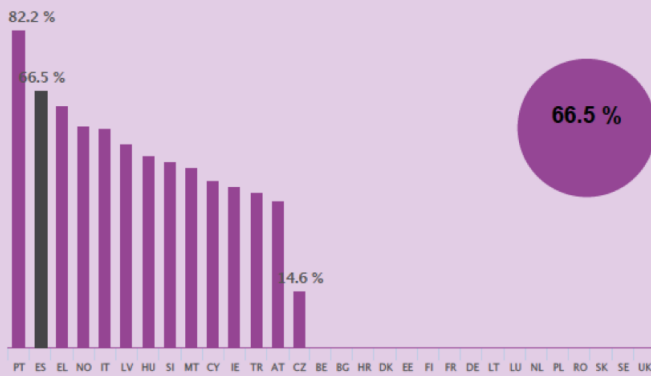
### Infecciones por VIH

Nuevos diagnósticos atribuidos al uso de drogas inyectables



### Prevalencia de anticuerpos VHC

Estimaciones nacionales entre usuarios de drogas inyectables



Nota: Se han de interpretar con cautela las comparaciones entre países si se comparan utilizando una única medida ya que, por ejemplo, puede haber diferencias en los métodos de comunicación. En el Boletín Estadístico del EMCDDA puede encontrarse información detallada sobre la metodología y las advertencias y observaciones sobre las limitaciones que plantean los datos disponibles. Los países sin datos disponibles se encuentran en blanco.

## Contacto

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas  
Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Azucena Martí Palacios

Plaza de España, 17, 28008 Madrid, España

Tel. +34 91 822 61 25

Fax +34 91 822 60 95

[reinstipnd@mscbs.es](mailto:reinstipnd@mscbs.es)

[www.pnsd.mscbs.gov.es](http://www.pnsd.mscbs.gov.es)

