

CAPÍTULO 6

USO DE DROGAS ILEGALES EN ESPAÑA

Isabel Ruiz Pérez
Carmen Aceijas Hernández
Mariano Hernán García

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

1. Introducción

La OMS define como sustancias psicotropas, o «drogas», aquellas sustancias químicas, naturales o sintéticas con tropismo preferente sobre la actividad mental y que pueden ser utilizadas en la clínica o en la experimentación. En general, se considera como tal aquella sustancia que produce bienestar, estupor o euforia y que, de ordinario, origina *dependencia* (física o psíquica) con los consiguientes cambios en el comportamiento.

El alcohol y el tabaco se incluyen en esta definición pero el hecho de que su consumo y comercialización estén permitidos legalmente, marca una gran diferencia con las denominadas drogas ilegales o no institucionalizadas. Sin embargo, la distinción entre drogas legales (tabaco, alcohol y psicofármacos) e ilegales, está muy difuminada fundamentalmente porque las pautas de consumo de las drogas ilegales, suelen conllevar el uso de estas otras sustancias. El consumo múltiple de drogas –o policonsumo– es uno de los mayores problemas de la actualidad.

El uso de estas drogas tiene un gran impacto social; se considera uno de los mayores problemas actuales y aparece en la mayoría de las encuestas poblacionales que se realizan como uno de los tres problemas que más preocupan al ciudadano, junto al terrorismo y el paro. Esta consideración de problema de gran importancia tendría diferentes vertientes según las consecuencias o efectos que se valoren: consecuencias sanitarias, económicas, sociales, laborales, etc. Así, el uso de las drogas ilícitas puede abordarse desde diferentes puntos de vista: como problema médico-sanitario, como problema social y como problema político.

El consumo de drogas en nuestro país ha venido incrementándose en los últimos años y se ha observado, además, un cierto cambio en los patrones de consumo por parte de la población usuaria.

Según algunos estudios cualitativos, lo que explica este cambio es una modificación en la representación social del consumo de drogas en los jóvenes, tradicionalmente

asociado a una dimensión transgresora y a la búsqueda de nuevas sensaciones.

Si analizamos el fenómeno de las drogas en el grupo de edad juvenil (exceptuando la heroína, más vinculada a la marginalidad), se observa una tendencia que convierte cada vez más al consumo en un simulacro de integración social y lúdica, vinculándose al fin de semana y a las relaciones con los iguales (1). Según el ambiente y según la moda, se toman unas drogas u otras.

Para otros autores hay también un cambio en el perfil de consumo, ya que se ha observado que hay un incremento del policonsumo y que el alcohol tiene una importancia relevante como catalizador del consumo del resto de drogas (2).

La representación social de las drogas de los jóvenes varía sobre todo con la edad: mientras los más jóvenes (15-22 años) manifiestan un acceso normalizado al consumo, los mayores (23-30 años) parecen criticarlo (3).

La cuantificación real del problema no es fácil y en la mayoría de los casos se recurre a diferentes indicadores. Los indicadores indirectos –como el número de sujetos en tratamiento o que lo inician, el número y tipo de urgencias sanitarias relacionadas con el consumo, episodios de sobredosis, mortalidad o indicadores policiales (detenciones por tráfico de drogas o volumen de droga decomisada)– en realidad nos están mostrando las consecuencias trágicas del consumo, pero no informan sobre el uso en general. Por otra parte, las encuestas poblacionales sobre consumo nos ofrecen un indicador directo del mismo con todas las limitaciones metodológicas conocidas en las encuestas. Esta metodología es útil para estudiar la opinión sobre las sustancias cuyo uso no está mal visto socialmente, pero es más limitada en lo que se refiere al estudio de formas más marginales de consumo de drogas.

Varios de estos indicadores, en concreto los de tratamiento, urgencias y mortalidad, eran recogidos desde 1987 en el Sistema Estatal de Información Toxicológica (SEIT) y desde 1998 se han integrado en el Sistema de Información Permanente sobre Adicciones y Drogas (SEIPAD) –Sistema de Información del Observatorio Español sobre Drogas (OED)– y editados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Este órgano publicó en marzo de 2001 su 4º informe. En todos ellos se recogen informaciones y datos de un gran número de organismos, tanto de administraciones públicas como de instituciones privadas, así como se incluyen los resultados de varios estudios y encuestas impulsados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Encuesta Domiciliaria a la Población General de 1997 y de 1999 y las Encuestas sobre Drogas a la Población Escolar –EDPE– de 1998 y la recientemente difundida del 2000).

De forma paralela, con carácter anual, se editan las Memorias del Plan Nacional

Sobre Drogas (PNSD) donde se reflejan las actividades realizadas por diferentes organismos que componen la estructura del PNSD e, igualmente, con periodicidad variable, publican memorias los diferentes planes autonómicos.

Por último, existen datos de diferentes estudios llevados a cabo en nuestro país que permiten, igualmente, una aproximación epidemiológica y de salud pública al problema del uso de drogas ilegales (4).

2. Situación actual en el uso de drogas ilegales

2.1. Cannabis

La droga ilegal más consumida en la Unión Europea es el *cannabis*. El EMCDDA, en su informe de 2000, recoge que 45 millones de europeos han probado el *cannabis*, 15 de ellos en el último año (5). Es decir, aproximadamente el 16% de la población de la Unión Europea de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años habrían consumido *cannabis* alguna vez en su vida, y cerca del 5% lo habrían consumido en el último año.

Las tasas de prevalencia de consumo varían de forma importante en función de la edad, aumentando considerablemente entre los más jóvenes. Así, los datos del European School Survey on Alcohol and Others Drugs realizado en el año 1995 en 25 países de Europa, indican que aproximadamente el 20% de los adolescentes entre 15 y 16 años han consumido *cannabis* alguna vez en su vida, y se estima que cuando alcancen los 25 años el porcentaje será de, al menos, el 30% de ellos (6).

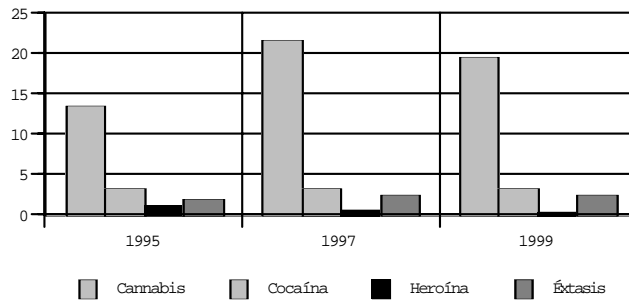
En los países de Europa central y oriental, con cifras algo más bajas que las de la Europa occidental (entre el 7 y el 13%), se está produciendo un incremento constante en las tasas. Sin embargo, el análisis global de la situación en Europa indica que en estos últimos 10 años estamos asistiendo a un incremento neto en el uso de *cannabis*.

Cuando se comparan los datos de la Encuesta de Población sobre el consumo de *cannabis* por los adultos de los Estados miembros de la Unión Europea, nos encontramos que España está a la cabeza de la lista, únicamente superada por Dinamarca y el Reino Unido.

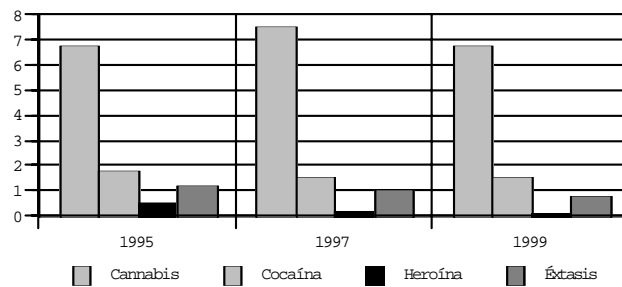
Sin duda alguna, el *cannabis* es, después del tabaco y el alcohol, la droga cuyo uso está más extendido en España y en la mayoría de los países occidentales. Las sucesivas encuestas que se realizan en nuestro país, tanto las dirigidas a la población general como a los escolares, lo muestran así.

En los diferentes patrones de consumo se observa un pico en 1997 que disminuye en 1999. La frecuencia de sujetos que refieren haber consumido *cannabis* «alguna vez»

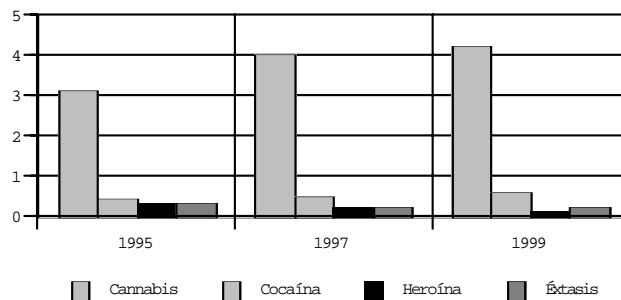
va del 21,7% en 1997 al 19,5% en 1999. También se observa una disminución entre los que refieren haber consumido en el «último año» (7,5% en 1997 a 6,8% en 1999), mientras que el consumo en el «último mes» parece estar estabilizado (Gráfico 1).



Consumo «alguna vez»



Consumo «últimos 12 meses»



Fuente: Elaboración propia a partir de las Encuestas Domiciliarias 1995, 1997 y 1999. DGPNSD.

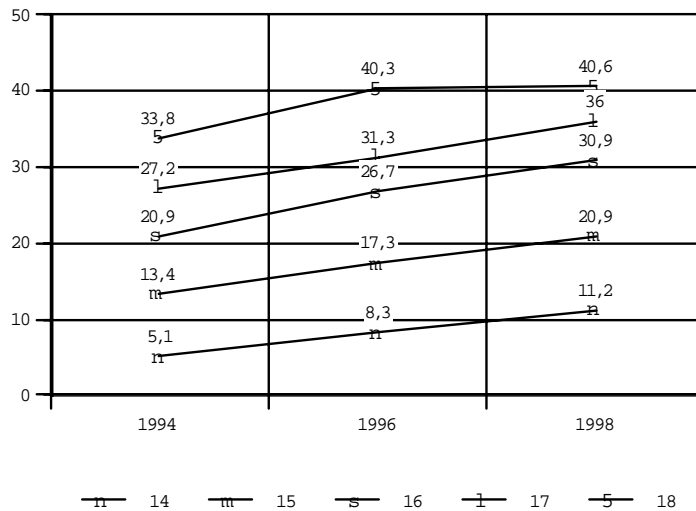
Gráfico 1
Evolución del consumo de sustancias según patrón de consumo

Consumo «último mes»

En el periodo 1997-2000, se redujeron en 26.000 (6%) los consumidores de 3 ó más días a la semana pero esta reducción se produjo, en realidad, en hombres, ya que en mujeres aumentó un 41%.

La edad de inicio declarada en toda la población desde 1995 se ha retrasado en algo más de 1 año, siendo de 19,2 años en 1999.

En cuanto a la población escolar, desde 1994 se ha venido incrementando el consumo declarado de *cannabis* entre los jóvenes de 14 a 18 años (Gráfico 2). El consumo ocasional ha aumentado de un 28,5% a un 31,2% entre 1998 y 2000, y el consumo habitual que en 1998 era de un 17,2% en esta población se encuentra en el 2000 en un 19,4. Uno de cada 5 escolares declara que lo consume al menos



una vez el último mes.

La edad de inicio declarada por los consumidores escolares prácticamente no ha evolucionado de 15,1 años en 1994 a 14,8 en 2000. Como puede verse en la Tabla 1, actualmente el *cannabis* es la droga ilegal de iniciación más precoz en

esta población. Probablemente, por su coste y exclusividad en el uso, el *cannabis* es visto por algunos segmentos de jóvenes como una de las drogas de moda (1).

Tabla 1

Edades medias de inicio al consumo de drogas en escolares

| Sustancias | 1994 | 1996 | 1998 | 2000 |
|--------------|------|------|------|------|
| Tabaco | 13,8 | 13,3 | 13,1 | 13,2 |
| Alcohol | 13,4 | 13,7 | 13,6 | 13,6 |
| Cánnabis | 15,1 | 15 | 14,8 | 14,8 |
| Éxtasis | 15,6 | 14,9 | 14,8 | 15,6 |
| Alucinógenos | 15,4 | 15,4 | 15,1 | 15,4 |
| Cocaína | 15,6 | 15,7 | 15,4 | 15,7 |

Fuente: Elaboración propia a partir de las Encuestas sobre Drogas a Población Escolar 1999 y 2000. DGPNSD.

2.2. Drogas de síntesis (diseño)

El creciente uso en los últimos años de las llamadas drogas de diseño, ha generado un clima de preocupación social notable. Según el PND, el consumo se ha estabilizado mientras otros estudios confirman lo contrario, lo que hace sospechar que se estén generando fenómenos de cambio rápido, tanto en el consumo como en la declaración del mismo.

La más «popular» de estas variantes de la anfetamina es el éxtasis o MDMA, acrónimo de 3,4-metilendioximetanfetamina. También se sabe que no todo el consumo relacionado con el MDMA es realmente MDMA, habiendo identificado el Observatorio Europeo Sobre Drogas otras sustancias. En nuestro país se está planteando la conveniencia de estudiar la composición y los productos que se comercializan ilegalmente como MDMA.

La extensión de su uso comienza en España hacia 1992, si bien se detectan algunos consumos a finales de la década de los ochenta. El uso de estas sustancias se produce parcialmente asociado a la popularización de una serie de macrofiestas (las llamadas fiestas «rave») y audición de una determinada música («máquina» o «bakalao» en los 80 y música tecno en los 90).

En general, ha aumentado el consumo de sustancias psicoestimulantes (anfetaminas, éxtasis y similares) y de drogas que producen alteraciones de la percepción, como los alucinógenos. El consumo de estas sustancias lo realizan fundamentalmente perso-

nas muy jóvenes, tiene carácter esporádico y se lleva a cabo con unas pautas similares a las del alcohol, es decir, casi se circunscribe a los fines de semana.

Ambos fenómenos, tanto las nuevas sustancias de síntesis como el consumo abusivo de alcohol, poseen unas características comunes:

- Se trata de jóvenes normalizados que suelen actuar de forma integrada en su entorno social habitual.
- El consumo se centra fundamentalmente en los espacios y tiempos de diversión.
- Las sustancias son claves en el mundo relacional de estos jóvenes y actúan como eje de sociabilidad, ya sea como desinhibidores o como estimulantes.
- Existe una escasa conciencia social de sus riesgos y una cierta tolerancia por parte de los adultos.

Según datos de la Encuesta Domiciliaria de Drogas de 1999, el 2,4% de la población ha tomado éxtasis «alguna vez»; el 0,8% en el último año y un 0,2% en el último mes. Comparando con los datos de las encuestas de 1995 y 1997, se observa una disminución desde 1995 de los dos últimos patrones y una estabilización del consumo de carácter más experimental (Gráfico 1).

Más de la mitad de los consumidores tiene entre 18 y 24 años, y las mayores prevalencias se registran entre los 20-24 años. La edad media de inicio del consumo de éxtasis ha disminuido: en 1999 estaba en los 20,9 años.

Según la EDPE, en el año 2000 declararon haber probado éxtasis el 5,4 de los alumnos de educación secundaria; el 2,5% lo habían consumido en los últimos 30 días, mientras que en 1998 eran el 1,6%.

Uno de cada 20 escolares ha experimentado con sustancias psicoestimulantes, pero en el caso concreto del éxtasis, la edad de inicio declarada por los escolares que lo han probado o lo consumen habitualmente, ha evolucionado de 14,8 en 1998 a 15,6 en 2000 según los informes de las EDPE (Tabla 1).

El nivel educativo de estos usuarios es más elevado que el de los consumidores de heroína ya que, en su mayoría, tienen FP / BUP y en una proporción también importante tiene estudios universitarios. Su consumo, pues, afecta a una población significativamente distinta a la que consume regularmente opiáceos, y hay que tener en cuenta, además, que el éxtasis no es una droga especialmente atractiva para los heroinómanos.

Tanto los usuarios como los defensores de estas drogas de diseño justifican su uso

con una serie de argumentos:

- Es una droga que se puede controlar.
- Es una droga limpia, de uso fácil y cómodo. Tiene un precio asequible, no es tan cara como otras drogas de efectos parecidos; por ejemplo la cocaína.
- Es una droga segura, no peligrosa, ya que no produce adicción como la heroína.

En este sentido, muchos usuarios ni siquiera consideran que el éxtasis sea una droga. Sin embargo, se ha comprobado que la MDMA y sus congéneres pueden producir daños físicos y psíquicos importantes en algunas personas y, hasta un 20% de los usuarios, reconocen haber sufrido en alguna ocasión reacciones adversas de cierta importancia tras la ingesta de éxtasis. En la literatura médica también se han descrito diversas reacciones adversas graves como hipertermias malignas acompañadas a veces de insuficiencia renal aguda y otros efectos que, en ocasiones, han llegado a ocasionar la muerte de la persona (accidentes cerebro-vasculares, hiponatremias, insuficiencias hepáticas agudas, etc.).

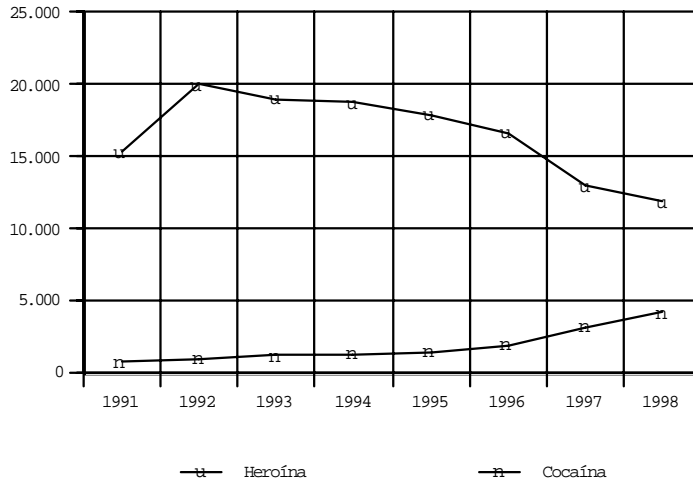
2.3. Heroína

El abuso de heroína y de alcohol son, sin duda, dos de los trastornos adictivos con mayor entidad epidemiológica y que, durante los últimos años, han tenido importantes implicaciones en problemas de salud pública.

Todos los datos disponibles apuntan a una estabilización o, incluso, a un descenso de su consumo. Así, entre 1995 y 1999, los que habían consumido heroína alguna vez en la vida han pasado del 0,8% al 0,4%, y los que la habían tomado en el mes anterior a ser encuestados, del 0,3% al 0,04% (Gráfico 1).

Esto se observa igualmente analizando los sujetos en tratamiento. Desde 1996 en que se alcanzó el máximo de personas en tratamiento por primera vez a causa de la heroína (20.017), se detecta un descenso progresivo hasta 1999 con 10.473 personas en tratamiento. Esto contrasta con el aumento de las primeras admisiones por cocaína que se cuadruplica desde 1996 (1.892 personas) hasta 1999 (6.126 personas) (Gráfico 3).

A esto hay que añadir un dato de sumo interés desde el punto de vista de la salud pública y es el cambio en los patrones actuales de consumo de heroína en España. En todo el ámbito nacional se ha venido observando una reducción del uso de la vía inyectada como medio de administración de droga y un cambio a la vía inhalada. Desde 1991 a 1997, la vía intravenosa descendió 26 puntos, pasando del



Fuente: Elaboración propia a partir de las Encuestas Encuesta Domiciliaria 1995, 1997 y 1999. DGPNSD.

Gráfico 3

Evolución del número de personas admitidas a tratamiento por heroína y cocaína en España (1991-1998)

50,3% al 23,8%. El compartir material de inyección como factor de riesgo para el VIH/sida es lo que fundamentalmente da trascendencia a este cambio de hábito.

En cuanto a la edad media de inicio declarada por los consumidores, es de las más tardías, aunque ha disminuido de 20,5 años en 1995 a 18,9 años en 1999. En este sentido, en algunos estudios realizados en Europa se está comenzando a declarar un incremento de consumo en algunos grupos de edad juveniles.

2.4. Cocaína

Según datos de la Encuesta Domiciliaria Sobre Drogas de 1999, la prevalencia de uso en el último mes es del 0,6%, pero un 3,1% de los españoles de 15 a 65 años ha consumido cocaína alguna vez. Los mayores niveles de consumo se sitúan entre los varones de 20-24 y 30-34 años (cerca del 8% ha consumido cocaína alguna vez) pero, además, la continuidad en los consumos de cocaína es alta. El 19,3% de las personas que la han consumido alguna vez en su vida lo hicieron también en los últimos 30 días.

La edad media de inicio en el consumo está incrementándose ligeramente

(21,1 años en 1995 y 21,6 años en 1999) y este hecho –junto con una tendencia a la estabilización en el consumo de esta sustancia (Gráfico 1)– hace pensar que no se incrementara el uso de esta sustancia en los próximos años entre los adultos.

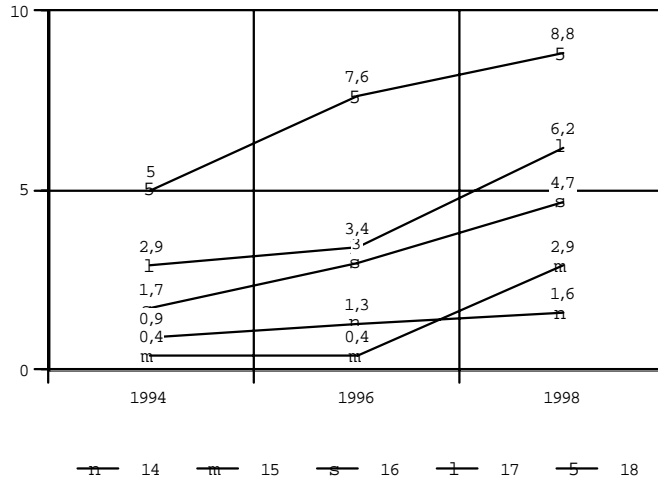
En el Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias se recoge que la cocaína es la tercera droga ilegal más consumida en la CAPV, con el 4,7% de personas que la ha probado en alguna ocasión y el 1,8% que la consumen con regularidad. Respecto al análisis por edad, ciertamente es en el intervalo entre 20 a 24 años donde mayor número de jóvenes consumidores se encuentran, pero destaca el grupo de personas de 35 a 49 años, donde esta sustancia encuentra mayor aceptación.

En el informe EDIS (Los Andaluces ante las Drogas VI) realizado en 1998, se recoge que el 3,3% de los mayores de 12 años habían consumido cocaína «alguna vez» y un 1,4% en el «último mes». La edad media de inicio es de 21,1 años y los mayores niveles de consumo (5,7%) se sitúan en los 25-35. Además, el consumo actual de cocaína no ha variado respecto a 1996. Según la EDPE, entre los escolares de 14 a 18 años se ha retrasado la edad de inicio declarada de 15,4 años en 1998 a 15,7 en 2000.

Algunos autores ligan el consumo de la cocaína al de otras drogas, especialmente en los más jóvenes. En la edad juvenil esta droga está ligada a las relaciones grupales y sociales y al policonsumo, sobre todo en fiestas y otras actividades sociales (7), aunque el consumo habitual es percibido como un riesgo por el 88,3% de los escolares de enseñanza secundaria.

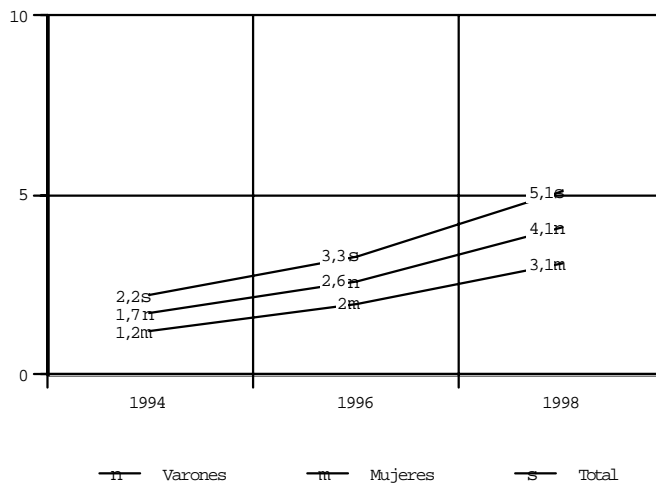
La evolución del consumo en los jóvenes entre 14 y 18 años parece tender hacia un mayor consumo declarado en todas las edades. Así, se observa un incremento de 3,8 puntos en los declarantes de 18 años desde 1994 hasta 1998, y un 0,7 de incremento entre los escolares de 14 años en el mismo periodo (Gráfico 4). Globalmente, el consumo en los escolares ha pasado de 2,2% en 1994 a 5.4 en el año 2000, siendo similar la evolución en ambos sexos (Gráfico 5).

Según diversos autores esta tendencia parece estar generando un clima de interés por desarrollar medidas preventivas ya que el efecto adictivo de la droga y el incremento notable entre los jóvenes españoles, está reclamando una mayor atención al problema.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar 1999. DGPNSD.

Gráfico 4
Evolución del consumo de cocaína en escolares por edad



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar 1999. DGPNSD.

Gráfico 5
Evolución del consumo de cocaína en escolares por género

3. Prevención y tratamiento

Desde la promoción de la salud hasta la prevención terciaria se encuentran estrategias, experiencias y acciones apoyadas en diversos enfoques.

- Promoción de la salud y prevención primaria: aquellas actuaciones encaminadas a evitar o retrasar los primeros consumos. Su población diana preferente son los segmentos poblacionales más jóvenes.
- Prevención secundaria: detección temprana de consumidores abusivos para establecer los oportunos programas terapéuticos.
- Prevención terciaria: reducción de las consecuencias y efectos residuales de la adicción, una vez esta se encuentra establecida (reducción de daños, prevención de recaídas, incorporación sociolaboral, etc.).

Con relación a las políticas preventivas y de promoción de la salud con escolares y jóvenes, conviene saber que el consumo dominante es el experimental y el ocasional, que la proporción de chicos consumidores de drogas ilegales es superior a la de chicas, que el policonsumo es frecuente entre los consumidores habituales y que suele estar vinculado a contextos lúdico-festivos.

También es necesario recordar que los escolares de secundaria asocian riesgo con consumo habitual de drogas, que la mayoría de ellos (el 82%) se consideran suficientemente informados y que el nivel de información declarado se va incrementando desde 1994 hasta 2000.

Los alumnos de enseñanza secundaria manifiestan que los medios de comunicación, los padres, los hermanos y los amigos y los profesores son, por ese orden, las fuentes principales de información y que la prevención se debería desarrollar por medio de actividades informativas en los centros educativos, apoyando las alternativas de ocio, desarrollando programas educativos y campañas en los medios de comunicación.

Si revisamos los programas de promoción de la salud dirigidos a jóvenes en nuestro país, observaremos que hay una importante representación de los programas de prevención de drogodependencias. La mitad de ellos desarrollados en el entorno escolar, y el resto en el ámbito comunitario y en el entorno educativo extraescolar, centrando la intervención en alternativas al ocio. La mayoría de ellos evalúa

los procesos desarrollados en las intervenciones y ponen menos énfasis en los resultados obtenidos.

Los factores protectores para el consumo de drogas ilegales parecen estar relacionados con tener buenas relaciones con los padres, tener confianza en algún miembro de la familia, tener adecuado rendimiento escolar y formar parte de actividades o clubes deportivos (8).

El reto para la salud pública en este campo es, fundamentalmente, evaluar los resultados de estos programas, que en algunos casos han demostrado ser eficaces. La evidencia actual informa de que las intervenciones basadas en métodos participativos e interactivos que utilizan estrategias de educación entre iguales y se apoyan en la familia, suelen ser exitosas (8).

Tanto la prevención secundaria como la terciaria, se integran en las medidas terapéuticas propiamente dichas. A nivel general, la puesta en marcha del Plan Nacional Sobre Drogas en 1985 supuso el reconocimiento de la necesidad de intervención estatal en un problema que ya había mostrado una evolución epidémica con graves consecuencias sobre la salud pública: las drogodependencias. En fechas posteriores, las distintas comunidades autónomas pusieron en funcionamiento estructuras similares con potestad comunitaria: los diferentes planes autonómicos. Andalucía, por su parte, creó el Plan Andaluz Sobre Drogas en 1987.

La puesta en marcha y desarrollo de los recursos, programas, etc., cuyo objetivo es incidir sobre el consumo de drogas y sus consecuencias, se ha realizado desde entonces de forma progresiva con periodos de expansión más o menos significativos.

Sin embargo, no hay que olvidar que gran parte de la epidemia del sida en nuestro país es atribuible a la transmisión del VIH entre usuarios de drogas por vía parenteral y que la situación actual del sida –y de otros problemas de salud relacionados con el consumo de drogas– han venido a poner de manifiesto uno de los fracasos de las políticas de salud pública en España. Si en España se está produciendo un cambio en el patrón de consumo de drogas, sería deseable que las ofertas asistenciales se fueran adecuando a este nuevo escenario, lo cual permitiría poner en marcha, de forma precoz, nuevas acciones preventivas (9).

3.1. Recursos asistenciales

3.1.1. Heroína

El desarrollo de la red asistencial para las drogodependencias está íntimamente

ligado al consumo de heroína y a los problemas derivados de la dependencia de la misma. En el desarrollo de esta red en España, además de las iniciativas de las administraciones públicas, el movimiento asociativo ha venido realizando una importante labor.

En 1999, tras catorce años desde el establecimiento del PNSD, esta sustancia seguía siendo la droga motivo de inicio de tratamiento para el 73.1% de las admisiones. Ese año, de las 51.191 admisiones realizadas, 37.420 fueron por consumo de heroína. Así pues, no es de extrañar que la red asistencial fuera desarrollándose con el objetivo prioritario de dar asistencia a las personas dependientes de esta droga y que el análisis de este desarrollo se centre en las actuaciones realizadas frente a este fenómeno.

En 1986, un año más tarde de la puesta en marcha del PNSD, España contaba con 160 recursos asistenciales en drogodependencias con financiación pública. Por tipología, y por tanto por tipo de tratamiento / asistencia ofrecida, se distinguían centros ambulatorios, centros de día, comunidades terapéuticas, centros de tratamiento con metadona y unidades de desintoxicación hospitalarias.

En general, los criterios para la elección del tratamiento, así como la delimitación de objetivos, se fueron flexibilizando desde un modelo que perseguía un ideal de vida «libre de drogas», hacia la adopción de objetivos como la reducción de daños y minimización de los riesgos provenientes del consumo de heroína ilegal.

En la memoria anual de 1986 del PNSD se lee «El objetivo de la asistencia es *la abstinencia* y la *reinserción social*». Pero, a pesar de estas declaraciones de objetivos –ya durante los primeros siete años–, el peso en cuanto a representación numérica de los distintos recursos, evolucionó en favor de la expansión de los centros de tratamiento con metadona. Así, de 9.470 pacientes atendidos en estos programas en 1992, se pasó a 72.236 en 1999.

Diecisiete años más tarde el nuevo Plan Nacional Sobre Drogas, editado bajo el nombre «Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008», ha cambiado sustancialmente en cuanto a sus objetivos y el grado de realismo con el que tiñe los mismos. Así, aunque la prevención primaria sigue siendo el eje fundamental del Plan, incorpora objetivos y aseveraciones claramente dentro de la reducción de daños.

En cuanto al desarrollo de recursos, de los 470 recursos asistenciales que había en España en 1990, se llega a los 2.311 en 1999; la progresión de personas admitidas a tratamiento por dependencia de heroína también sufrió un incremento similar.

De las 28.537 admisiones realizadas en 1991 se pasó a 45.029 en 1996, descendiendo en 1999 a 36.503 usuarios de heroína admitidos a tratamiento.

Sin duda, la situación de epidemia de sida en nuestro país propició la expansión de los programas de tratamiento con metadona. Si tenemos en cuenta que a 30 de junio del año 2001 se han diagnosticado 61.028 casos de sida, de los que 39.681 (65%) son UDVP, es evidente que esta necesidad no ha desaparecido.

En 1986 los centros ambulatorios representaban el 62% y solo el 6% eran centros de tratamiento con metadona. En 1994, estos centros se incrementaron a más del 35%, observándose por primera vez una caída en el número de centros de tratamiento ambulatorio. Esta tendencia al alza se mantuvo y en 1999 el 72% de los recursos específicos de atención a drogodependientes con financiación pública eran centros de tratamiento con metadona (Tabla 2).

Tabla 2
Evolución de los recursos asistenciales para el tratamiento

| | 1986 | | 1992 | | 1994 | | 1996 | | 1999 | |
|--------------------------|------------|----|------------|----|------------|----|--------------|----|--------------|----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Centros ambulatorios | 100 | 62 | 393 | 60 | 402 | 45 | 476 | 36 | 490 | 21 |
| Centro metadona | 9 | 6 | 113 | 17 | 337 | 37 | 717 | 54 | 1.654 | 72 |
| Comunidades terapéuticas | 41 | 26 | 79 | 12 | 89 | 10 | 89 | 7 | 101 | 4 |
| UDH | 10 | 6 | 50 | 8 | 46 | 5 | 48 | 3 | 56 | 3 |
| Centros de día | 0 | | 18 | 3 | 31 | 3 | ns | | | |
| Total | 160 | | 653 | | 905 | | 1.330 | | 2.301 | |

Fuente: Elaboración propia a partir de las Encuestas Encuesta Domiciliaria 1995, 1997 y 1999. DGPNSD.

Por otra parte, el desarrollo de la red asistencial a lo largo del tiempo no ha sido homogéneo entre las diferentes autonomías.

A modo de ejemplo se puede observar que, en cuanto a los programas de sustitución con opioides, la Comunidad de Madrid contaba en 1992 con sólo 1 recurso utilizando metadona; en 1994 disponía ya de 7 centros y en 1999 eran 40 centros que atendían a 7.202 personas (Tabla 3).

Andalucía y Cataluña se sitúan, claramente, a la cabeza de las comunidades con un mayor desarrollo de este tipo de programas. En 1992, Andalucía contaba con 63 centros y se atendían a 1.936 pacientes. Cataluña, con un número de centros sensiblemente menor (40), atendió un número similar de usuarios. En 1994 la

Comunidad Andaluza había duplicado el número de centros y Cataluña había habilitado 5 centros más. Las cifras de 1999 confirmaron esa progresión. Andalucía contaba con 538 centros a los que asistieron 17.430 pacientes; Cataluña, con aproximadamente la mitad de centros, dio asistencia a 7.915 personas.

Tabla 3

| | 1992 | | 1994 | | 1999 | |
|-------------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|
| | Centros | Usuarios | Centros | Usuarios | Centros | Usuarios |
| Madrid | 1 | 299 | 7 | 668 | 40 | 7.202 |
| Extremadura | 10 | 290 | 13 | 366 | 24 | 1.450 |
| Andalucía | 63 | 1.936 | 156 | 4.151 | 538 | 17.430 |
| Cataluña | 40 | 1.956 | 45 | 2.806 | 213 | 7.915 |

Fuente: *Elaboración propia a partir de las Encuestas Encuesta Domiciliaria 1995, 1997 y 1999. DGPNSD.*

Estos números en bruto son difíciles de interpretar y reflejan diferencias en cuanto actividad asistencial que sólo son comprensibles en base a cuestiones estructurales, como la concentración/dispersión territorial de las poblaciones diana de los recursos y cuestiones referentes a la organización y funcionamiento de estos programas en cada una de las autonomías.

No sólo se deben tener en cuenta las diferentes incidencias y prevalencias de abuso de heroína, sino que cuestiones como la dotación material y humana asignada a cada recurso mediatizará la capacidad de asistencia del mismo. Evidentemente los objetivos políticos que acompañan al desarrollo de una red asistencial también tienen que ver con la cantidad de recursos acreditados. Otras cuestiones como las exigencias del tratamiento –los llamados tratamientos de alto umbral y de bajo umbral– también determinan la mayor o menor frecuentación de los recursos y, por tanto, la capacidad de los mismos para absorber nuevas demandas.

Al hablar de la prevención en la dependencia a opiáceos es obligatorio referirse a los programas de reducción del daño que nacen al amparo de esta dependencia y que recientemente están reclamando su adaptación para la aplicación en el consumo de otras sustancias.

Los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), ya sean mediante recursos humanos o materiales (máquinas expendedoras de lotes de inyección) se han extendido considerablemente y, al igual que las oficinas de farmacia, desempeñan

un papel importante en la provisión de material estéril para la inyección y preservativos, así como de información y consejos para la salud en sus aspectos relacionados con la adicción. Sin embargo, su incorporación como agentes de salud en este área es también muy desigual según la comunidad autónoma.

En 1992 en España estaban en funcionamiento 3 unidades móviles de reparto de jeringuillas que también realizaban funciones de información y educación sanitaria. Ese mismo año se repartieron 200.000 lotes sanitarios para el consumo higiénico (material estéril para la inyección, preservativos e informaciones). No se disponen de datos de prevalencia de dependientes de opiáceos que usasen fundamentalmente la vía parenteral pero sí se disponen de esos datos en población admitida a tratamiento.

Si se asume que entre los admitidos a tratamiento en 1992, 37.232 eran UDVP, aproximadamente el 41%, supone que sólo entre los admitidos a tratamiento, había aproximadamente 15.230 personas usuarias de drogas por vía parenteral. Así, los 200.000 lotes repartidos vienen a representar 13.13 lotes por persona/año. Esta cifra, es a todas luces insuficiente y aún más, si se considera que este ratio lote/persona se calculó sobre la base del número de personas que llegan a la red sanitaria la cual es inferior a la población real.

Dos años más tarde, en 1994, se repartieron 1.158.000 jeringuillas y preservativos, en lotes o por reparto simple de material; en 1997 esta cifra ascendió a 3.247.000 y en 1998 a 6.472.000. Hay que tener en cuenta que este crecimiento se debe, fundamentalmente, al aumento en el reparto de preservativos. En 1999 se dieron, aproximadamente, 3.618.000 jeringuillas en todo el Estado, a través de 19 centros de emergencia social, 35 unidades móviles y 2.117 oficinas de farmacia.

Además de los recursos para el tratamiento de la drogodependencia, se han puesto en marcha progresivamente diferentes dispositivos para la incorporación social de las personas drogodependientes.

En 1992 en España se contaba con 50 centros dedicados exclusivamente a la rehabilitación social, entre los que se distinguían 3 tipos básicos: centros de día, donde se realizan actividades socioeducativas y prelaborales que pretenden favorecer el proceso de incorporación social de las personas en tratamiento; centros de actividades; y centros ocupacionales. En 1999, 8.529 personas asistieron a cursos de los llamados programas de formación. Además de estos dispositivos, se han implantado otros con diferente grado de desarrollo: programas de atención al drogodependiente en comisarías, programas de intervención en centros penitenciarios, progra-

mas de incorporación laboral, etc.

Esta variabilidad en el grado de desarrollo, es especialmente relevante en los programas orientados a la población penitenciaria teniendo en cuenta que la gran mayoría de los 47.000 presos encarcelados en prisiones españolas son consumidores de estas drogas, fundamentalmente heroína y cocaína. Sería deseable una oferta asistencial más homogénea y una mejor coordinación con los servicios externos.

Los datos ofrecidos hasta ahora dan una visión somera del desarrollo de la red asistencial a drogodependientes en los primeros 15 años de la existencia de la misma e informan de cómo, a lo largo de estos años, la oferta terapéutica ha ido evolucionando claramente desde una visión puramente organicista de la drogodependencia donde el objetivo terapéutico era la consecución de la abstinencia y donde el papel –y el deber– del paciente era adaptarse a las exigencias de la red y de los tratamientos, a una forma de entender el problema mucho más multidimensional y humanista que aborda la situación tanto en sus aspectos físicos como psíquicos y sociales. Igualmente, la oferta terapéutica se ha ido flexibilizando y ampliando, con la intención de cubrir así las necesidades originadas por nuevas vías de utilización y por el consumo de nuevas sustancias.

3.1.2. Atención secundaria a otras sustancias

A pesar de que la heroína sigue siendo la sustancia psicoactiva que más admisiones a tratamiento produce, en los últimos años las debidas al consumo de cocaína como droga primaria han sufrido un franco incremento.

Así, en 1999, el 17,5% de las admisiones fueron por esta sustancia (n=8.977), lo que representa un incremento del 48% respecto al año anterior. De hecho, esa tendencia al alza se viene observando desde 1996, año en el que se produjeron 2.824 admisiones a tratamiento por abuso de cocaína. Las CCAA que más reflejaron esta tendencia fueron Cataluña, Murcia, Valencia y Navarra, con una representación en el global de sus admisiones a tratamiento del 48,7%, 47,6%, 46% y 44,4%, respectivamente.

A pesar de que las cifras aún son escasas, este último año ha sido el primero en que las urgencias por cocaína superaron a las urgencias por consumo de opiáceos. Las admisiones por otras sustancias son casi irrelevantes y no han marcado, excepto en el caso del *cannabis* –cuyo total de admisiones (n=2.825) supone el 5,5% del total de las de este año–, ninguna tendencia distinta respecto a años anteriores

(339 admisiones por anfetaminas y 135 admisiones por consumo de MDMA en 1999). La atención a la dependencia de cocaína y otras sustancias está siendo incorporada a los mismos recursos asistenciales que conforman las redes asistenciales de las comunidades autónomas, desarrollándose en ellos los llamados programas de psicoestimulantes.

Estas nuevas sustancias a tratamiento, así como los diferentes patrones y perfiles del consumo, suponen nuevos retos que las redes públicas de drogodependencias deben asumir.

3.2. Otras iniciativas

Las asociaciones de usuarios en el campo de la drogodependencia tienen en España una forma muy embrionaria. Su misión es la de defender los intereses de estos usuarios utilizando diversas estrategias como los grupos de autoayuda y el asesoramiento a responsables sanitarios en el marco de intervenciones comunitarias. Son, por tanto, grupos de presión que actúan en la defensa de los usuarios de drogas y donde ellos se organizan, contando con la ayuda profesional o sin ella, y son los responsables directos de las acciones desarrolladas en el marco de su asociación.

Recientes iniciativas, claramente definidas dentro del sector socio-sanitario y reguladas por profesionales de la salud básicamente, son los *centros de encuentro y acogida* o *centros de emergencia social*.

Son dispositivos ideados para poblaciones de alto riesgo sanitario y social que exhibe claras características de exclusión social y que no han conseguido ser captados por la red asistencial normalizada. Su objetivo es facilitarles servicios mínimos de atención tales como cuidados primarios de salud, comida, servicio de ducha, ropa limpia, etc., aunque entre sus funciones también está, por supuesto, la provisión de información y educación para la salud. La Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008 tiene como objetivos para el año 2003 la creación de, al menos, uno de estos centros en cada capital de provincia.

Como ya se ha señalado anteriormente, en 1999 se contaba en todo el territorio estatal con 19 centros bajo esta denominación. En la Tabla 4 se muestra la ubicación de algunos de ellos así como el número de usuarios atendidos en ese año.

Las *salas de consumo higiénico* también están en la agenda de los recursos que hay que establecer. La experiencia de Madrid, aunque positiva, no ha conseguido

los resultados esperados. Diversos factores, como por ejemplo la localización de la misma fuera de la zona «caliente» de consumo, están en la base de la explicación de estos resultados. Sin embargo se sigue reconociendo, por diferentes actores y en diferentes foros, la necesidad de estos dispositivos donde los usuarios de heroína pueden administrarse las dosis que ellos traen, bajo supervisión y consejo de profesionales sanitarios y sociales, lo cual disminuye los riesgos asociados al consumo ilícito en condiciones inseguras e insalubres que son las condiciones normales de administración de la sustancia que tienen estas personas.

CCAA Número de Centros Usuarios atendidos

Centros de Encuentro y Acogida por CCAA y número de usuarios atendidos

| CCAA | Número de Centros | Usuarios atendidos |
|------------|-------------------|--------------------|
| Andalucía | 1 | 273 |
| Madrid | 4 | * |
| Cataluña | 2 | * |
| País Vasco | 1 | 503 |
| Aragón | 1 | 390 |
| Asturias | 1 | 129 |

* Datos no publicados.

El tercer tipo de recurso y tratamiento que en breve empezará sus primeras experiencias piloto es el *Tratamiento con Heroína*. En los últimos años en el Reino Unido, Holanda y Suiza se ha hecho uso terapéutico de la heroína mediante la prescripción controlada de la misma, apoyada –o no– en otros agonistas opiáceos para conseguir la estabilización de aquellos pacientes que no responden a los tratamientos disponibles hasta entonces.

La justificación de estos ensayos se encuentra en la observación de que un porcentaje aproximado del 30% de los pacientes en tratamiento con metadona fracasan en el mismo. El tratamiento con heroína podría significar una puerta de entrada a la red normalizada para personas que fracasaron en intentos posteriores con los tratamientos disponibles en ese momento.

En España, Andalucía fue la primera comunidad que solicitó la realización de un ensayo de este tipo y presentó el Programa de Prescripción Experimental de Estupéficos de Andalucía (PEPSA) en el año 1998 (10). Recientemente, el 3 de mayo del 2001, el Plan Nacional Sobre Drogas en colaboración con el Ministerio de Sanidad, decidió autorizar los ensayos con heroína en nuestro país y, además

de la Comunidad Andaluza, ya son varias las comunidades autónomas que han manifestado su interés por llevar a cabo en su comunidad ensayos de este tipo.

La evidencia disponible hasta el momento, fundamentalmente de la experiencia suiza donde desde 1994 existen programas de tratamiento con heroína, apoya la eficacia y seguridad del tratamiento con sustitutivos basados en la diacetilmorfina. Holanda, por su parte, lleva dos años de trabajo en un ensayo clínico multicéntrico con 6 ciudades distintas y presentará, en breve, sus resultados. Se prevé que estos sean satisfactorios y también apoyen la bondad de la iniciativa. Otros países como Bélgica, Canadá, Australia y Alemania están igualmente trabajando para conseguir la autorización para la realización de estos estudios.

A pesar de los importantes esfuerzos realizados, la oferta terapéutica y de reinserción existente en España sigue siendo insuficiente, aunque ya no tanto, en algunos casos, en términos cuantitativos (número de centros, recursos, programas), sino en la calidad de los servicios ofrecidos. Una de las asignaturas pendientes para los próximos años es conseguir una mayor eficiencia por parte de los mismos.

Esto no debe obviar la necesidad de incorporar todas aquellas estrategias que mejoren la calidad de vida de las personas con problemas de drogodependencias. Ofrecer un abanico terapéutico lo suficientemente amplio como para que toda persona encuentre en la red asistencial recursos adaptados a sus necesidades es un objetivo razonable y legítimo.

Referencias

1. Calafat A. *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas; 2000.
2. Durant RH, Smith JA, Kreiter SR, Krowchuk DP. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. *Arch Pediatrics Adolescents Medicine* 1999; 153: 286-91.
3. Conde F. *Los hijos de la desregulación. Jóvenes, usos y abusos de los consumos de drogas*. Madrid: CREFAT; 1999.
4. De la Fuente de Hoz L, Rodríguez Arenas MA, Vicente Orta J, Sánchez Paya J, Barrio AG. Epidemiología de las drogas de diseño en España. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 54-61.
5. http://www.emcdda.org/multimedia/Publications/Annual_Report/2000/report/ar_00_es.pdf.
6. Bobes J, Bascaran MT, González MP, Sáiz PA. Epidemiología del uso/abuso de cannabis. *Adicciones* 2000; 12 (Supl. 2): 31-40.

7. Nabben T, Korf D. Cocaine and crack in Amsterdam: Diverging subcultures. *Journal of Drug Issues* 1999; 29: 627-51.
8. Stronski SM, Ireland M, Michaud P, Narring F, Resnick MD. Protective correlates of stages in adolescent substance use: a Swiss National Study. *J Adolesc Health* 2000; 26: 420-7.
9. Hernández Aguado I, Ruiz Pérez I. Uso de drogas y VIH. La historia reciente como fundamento de nuevas políticas de prevención. *Gac Sanit* 2000; 14: 67-70.
10. Zunzunegui MV y equipo PEPSA. ¿Es la prescripción médica de heroína una opción de tratamiento para la adicción a la heroína? *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 219-21.

Bibliografía

- Bosch X. Survey shows cocaine use by Spanish adolescents on the rise. *Lancet* 2000; 355: 2230.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica Plan Nacional sobre Drogas. *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio del Interior; 2000.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre las Drogas (DGPNSD). *Plan Nacional Sobre Drogas. Memoria 1999*. Madrid: Ministerio del Interior; 2000
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre las Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas. *Informe nº 3*. Madrid: Ministerio del Interior; 2000.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre las Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas. *Informe nº 4*. Madrid: Ministerio del Interior; 2001.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre las Drogas (DGPNSD). Plan Nacional sobre Drogas. *Memoria 1996*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica; 1997.
- EDIS. *Los andaluces ante las drogas VI*. Sevilla: Comisionado para la Droga. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 1999.
- <http://www.mir.es/pnd/doc/observat/estudios/encu2000.ppt>
- Megías E, Comas D, Elzo J, Navarro J, Romání O. *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: FAD; 2000.
- Plan Nacional Sobre Drogas. *Informe de Situación y Memoria de Actividades. 1992*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
- Plan Nacional Sobre Drogas. *Memoria 1994*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Asuntos Sociales; 1995.
- Plan Nacional Sobre Drogas. *Memoria de 1986*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1987.