ANEXOS

ANEXO I

DEFINICIONES

ÍNDICE

Abuso de drogas 3

Adicción 3

Conducta adictiva 3

Dependencia física 3

Dependencia psíquica 4

Droga 4

Droga causante de dependencia 4

Farmacodependencia 4

Musicoterapia 5

Síndrome de dependencia 5

Tolerancia 6

Tolerancia cruzada 6

Abuso de drogas:

Según Jaffe (1992), como "el uso, generalmente por autoadministración, de cualquier dorga de un modo que se aparta de las formas médicas o sociales aprobadas dentro de una cultura dada"[1].

Adicción:

Donovan (1988) considera una adicción como una pauta de conducta compleja que se caracteriza por una serie de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y conductuales[2].

Conducta adictiva:

Pomerleau y Pomerleau (1987) definen una conducta adictiva como el uso repetido y abusivo de una sustancia y/o la implicación compulsiva de la realización de una conducta determinada, que de forma directa o indirecta modifica el medio interno del individuo de tal forma que obtiene un reforzamiento inmediato por el consumo o por la realización de esa conducta[3].

Dependencia física:

Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos, esto es, los síndromes de abstinencia, están constituidos por

[1] GRAÑA GÓMEZ, José Luis. *Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Debate. Madrid, 1994. (Pág. 47-48)
[2] GRAÑA. Véase nota 1. Introducción.
[3] GRAÑAN. Véase nota 1.

series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga[4].

Dependencia psíquica:

Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar[5].

Droga:

Según la Organización Mundial de la Salud (1993), se entiende por droga, cualquier sustancia que, administrada a un organismo vivo, puede modificar su percepción, su conducta, su pensamiento o su función motora[6].

Droga causante de dependencia:

Es aquella que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia psíquica, física, o de ambos tipos[7].

Farmacodependencia:

El estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación[8].

---

[4] GRAÑA. Véase nota 1. Pág. 15.
[5] GRAÑA. Véase nota 1. Pág. 15.
[6] GUTIÉRREZ RESA, Antonio. *Drogodependencias y Trabajo Social*. Ediciones Académicas, S.A. Madrid, 2007.
[7] GRAÑA. Véase nota 1.
[8] GRAÑA. Véase nota 1. Pág. 13.

Musicoterapia:

Para la National Association for Music Therapy (NAMT) es "el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Es también la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir a fin de que pueda comprenderse mejor a sí misma y a su mundo para poder ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad[9].

Para Bruscia, "La musicoterapia es un proceso dirigido a un fin, en el que el terapeuta ayuda al cliente a acrecentar, mantener o restaurar un estado de bienestar utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas, como fueras dinámicas de cambio[10]".

Síndrome de dependencia:

La definición original del síndrome de dependencia fue propuesta por Edwards y Gross (1976) en el caso del alcoholismo y posteriormente aplicado a otras drogas psicoactivas (Edwards, Arif y Hodgson, 1981). Los elementos característicos del síndrome son siete.

1. Incremento de la tolerancia a la(s) droga(s)
2. Aparición de síntomas de abstinencia que pueden ser de naturaleza física, psicológica o ambas
3. Reconocimiento de la existencia de una compulsión por consumir la droga, es decir, el individuo experimenta rumiaciones sobre los efectos de la droga y la forma de búsqueda de la misma
4. Prevalencia de la conducta de búsqueda de la droga sobre otros aspectos de la vida personal, familiar, social y laboral del individuo
5. Alivio y/o evitación del síndrome de abstinencia

---

[9] NAMT. *A Career in Music Therapy*. Folleto editado por la NAMT.
[10] BRUSCIA, K.E.. *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield, Ma. Thomas, 1987, pág.5.

6. Predomino cada vez mayor del repertorio específico de búsqueda y autoadministración de drogas, es decir, a medida que la dependencia aumenta, la conducta adictiva se vuelve cada vez más estereotipada

7. restablecimiento fácil de la dependencia después de un período de abstinencia, es decir, aunque el sujeto empiece a tomar la droga de forma controlada, el consumo va a ir rápidamente en aumento.

Se ha demostrado que los efectos de las drogas actúan de forma interactiva. Por ejemplo, en unos casos producen una elevación del estado de ánimo o atenúan el distrés emocional en el que se encuentra el individuo. Estos efectos incrementan la probabilidad de que la droga vuelva a ser consumida. Es decir, estos efectos refuerzan la conducta de consumo de la(s) droga(s)[11].

Tolerancia:

Estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico[12].

Tolerancia cruzada:

Fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo[13].

[11] GRAÑA. Véase nota 1.
[12] GRAÑA. Véase nota 1. Pag. 16.
[13] GRAÑA. Véase nota 1. Pag. 16.

ANEXO II

Para saber más sobre drogodependencias

Para comprender un poco más extensamente el mundo de las adicciones, he recogido información que complementa los conocimientos sobre drogodependencia y ayuda a comprender más ampliamente el contexto de una persona adicta.

Actualmente, existen múltiples tipos de adicciones, sin embargo el estudio en el que se centró Graña Gómez (1994), consideraba como las de más relevancia he incidencia en nuestro país a los opiáceos, alcohol, tabaco, juego patológico y obesidad.

Ya en el Anexo I. Definiciones, se explica qué sería lo considerado como una conducta adictiva y qué es una adicción. Ahora bien, el siguiente paso, sería saber cómo cambiar esa conducta adictiva, cómo modificarla.

El cambio o modificación de una conducta adictiva[14], sería un movimiento o paso de un estado de consumo continuado de una sustancia psicoactiva a un estado igualmente estable pero de abstinencia.

El cambio sería un proceso, con una serie de etapas o estadios a lo largo del tiempo.

Este cambio debe cubrir un curso, comenzando en el momento en el que el individuo empieza a darse cuenta de que existe una problemática hasta el punto en que ésta ya no existe. (Graña, 1994).

Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986) dividen el proceso de cambio de una conducta adictiva en:

a) Motivación y compromiso

b) Cambio inicial de la conducta

c) Mantenimiento del cambio.

---

[14] GRAÑA GÓMEZ, José Luis. *Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Debate. Madrid, 1994. (Pág. 3-4)

Scheneider y Khantzian (1992) diferencian tres estadios en el proceso de abandono de una conducta adictiva:

a) Ambivalencia e indecisión

b) Resolución y acción

c) Mantenimiento y prevención de recaídas.

Prochaska y DiClemente, distinguen los siguientes estadios en el proceso de cambio de las conductas adictivas:

a) Precontemplación

b) Contemplación

c) Preparación

d) Acción

d) Mantenimiento.

Prochaska y DiClemente, proponen el modelo transteórico[15].

Este modelo intenta delimitar y describir los elementos esenciales subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, con o sin ayuda profesional.

En el modelo transteórico, en su versión más reciente, es un modelo tridimensional que proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando lo que sus autores denominan estadios, procesos y niveles de cambio.

Los diferentes estadios integrantes del modelo transteórico de cambio son:

1. Precontemplación

Los adictos situados en el estadio de precontemplación no se plantean modificar su conducta adictiva ya que no son conscientes de que dicha conducta y el estilo de vida relacionado representen un problema, al ser los aspectos gratificantes que obtienen de ella superiores a los aversivos. No se trata de que no puedan hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema.

Pueden ser individuos no informados acerca de su adicción, o personas que se resisten activamente a ser informadas.

[15] GRAÑA. Véase nota 1. Pág. 7-9.

Estos adictos que no se evalúan a sí mismo como teniendo una conducta problema que deben cambiar, si acuden a tratamiento lo hacen presionados por los demás y, con el objetivo de conseguir que la presión disminuya o desaparezca, al menos temporalmente, pueden incluso mostrar algún tipo de cambio, pero, una vez que la presión externa haya disminuido, reanudarán rápidamente su patrón de vida previo.

2. Contemplación

Los adictos son conscientes de que existe un problema y consideran seriamente la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de cambio. El individuo toma conciencia progresivamente de la existencia de toda una problemática engendrada por su conducta adictiva, y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla ya que los aspectos gratificantes que obtiene de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van, progresivamente, aumentando. Los contempladores se esfuerzan en comprender su adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento, y manifestas una necesidad importante de hablar sobre ello.

3. Preparación

El adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva. Fase en la que la persona adicta realiza algunos pequeños cambios conductuales aunque dichos cambios no cumplan los criterios necesarios para considerar que el adicto se halla en el siguiente estadio, el de acción.

4. Acción

Es la etapa en la que el individuo cambia, su conducta manifiesta y encubierta, así como las condiciones ambientales que le afectan, con el objetivo de superar la adicción. El estadio de acción requiere un compromiso importante así como una considerable cantidad de tiempo y energía, e implica y representa los cambios conductuales más manifiestos. Estos cambios del estadio de acción, al ser más visibles para las personas cercanas al adicto, conllevan un mayor reconocimiento externo y refuerzo social.

5. Mantenimiento

El individuo intenta conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior, y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva. No consiste, en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo. Los individuos situados en el estadio de mantenimiento pueden tener miedo no sólo de recaer sino incluso del cambio en sí mismo ya que éste puede convertirse en amenazante debido al miedo a la recaída, con lo cual pueden derivar hacia un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier cambio de sus nuevas pautas conductuales pudiera implicar una recaída.

6. Recaída

Una recaída ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. Una recaída puede producirse, pues, tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento. Los individuos que recaen, pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración y, consecuentemente, su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado (Tejero, Trujos y Casas, 1993)

7. Finalización

Total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo significativo "extra" de tiempo o energía en relación a cualquier otra conducta del repertorio del ex adicto.

Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992) definen operacionalmente el estadio de finalización a través de los dos criterios siguientes:

a) El deseo de consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es nulo

b) La confianza o seguridad (autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100 por 100.

Procesos de cambio[16]

Así como los estadios de cambio representan una dimensión temporal que permite captar cuándo ocurren determinados cambios de intenciones, actitudinales y conductuales, los procesos de cambio posibilitan comprender cómo suceden dichos cambios. Los procesos de cambio consisten en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo.

1. Aumento de la concienciación

Consiste en una intensificación, por parte del adicto, del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Se trata, pues de un proceso esencialmente cognitivo.

2. Autorreevaluación

El proceso de autorreevaluación consiste tanto en una valoración afectiva y cognitiva, por parte del adicto, del impacto de la conducta adictiva sobres sus valores y su manera de ser, como en un reconocimiento, también afectivo y cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar la conducta adictiva.

3. Reevaluación ambiental

Consiste tanto en una valoración por parte del adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales, es decir del impacto de la conducta adictiva sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas más allegadas al propio adicto, como en un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto a dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad, derivadas de la modificación del hábito adictivo.

4. Relieve dramático

Consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicitadas por la observación y/o advertencias respecto a los acpectos negativos asociados a la conducta adictiva.

[16] GRAÑA. Véase nota 1. Pág. 9-11.

5. Autoliberación

El proceso de autoliberación representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad del adicto para decidir y elegir, y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva ya que se poseen o se pueden adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para cambiar.

6. Liberación social

El proceso de liberación social también representa un aumento en la capacidad del adicto para decidir y escoger, propiciado, en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles.

7. Manejo de contingencias

El proceso de manejo de contingencias es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta, relativa al cambio conductual ocurra. Consiste en el auto y/o heterorefuerzo de dicha conducta.

8. Relaciones de ayuda

Representa la existencia y utilización del apoyo social que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva.

9. Contracondicionamiento

Consiste esencialmente en modificar la respuesta elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas. Este proceso de cambio, al igual que el siguiente, es esencialmente conductual.

10. Control de estímulos

El proceso de control de estímulos consiste básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir.

Niveles de cambio[17]

Qué cambios se necesitan para abandonar una conducta adictiva.

La dimensión de los niveles de cambio representa una organización jerarquizada de los cinco niveles en que se focalizan las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas. Estos nivele son los siguientes:

1. Síntoma/situacional
2. Cogniciones desadaptadas
3. Conflictos interpersonales actuales
4. Conflictos sistémicos/familiares
5. Conflictos intrapersonales

Riesgos del consumo de drogas

Uno de los riesgos del consumo de drogas es que una alta tasa de individuos desarrollan, eventualmente, una dependencia. La intensidad de esta "necesidad" o dependencia puede variar desde un deseo o querencia leve hasta el "ansia" o la "compulsión" de utilizar la(s) droga(s). En las formas extremas, la conducta muestra las características d uen trastorno crónico recurrente.

El uso o consumo compulsivo de drogas se asocia por lo general con el desarrollo de la tolerancia y de la dependencia física, que se produce no sólo con los opiáceos, el alcohol y los hipnóticos, sino también después de la administración crónica de gran variedad de drogas, que no son autoadministradas por los animales ni usadas compulsivamente por el hombre (Graña, 1994)

Clasificación de las drogas[18]

Las drogas pueden clasificarse de diferentes formas, utilizándose para ellos distintos criterios. Entre los más habituales destacan los siguientes: considerando su origen, según la estructura química, por la acción farmacológica, en base a las manifestaciones que su administración produce en la conducta (clasificaciones clínicas o psicopatológicas) y desde una perspectiva sociocultural (en drogas legales e ilegales).

[17] GRAÑA. Véase nota 1. Pág. 13.
[18] GRAÑA. Véase nota 1. Pág. 48-49.

Las agrupaciones más usadas han sido las clínicas o farmacológicas, y para poderlas estudiar de una forma más ordenada se sugiere, una clasificación que las divide en diez grupos farmacológicos:

1. Opiáceos (heroína, morfina, etorfina, meperidina, metadona, opio, codeína).
2. Psicoestimulantes (cocaína y anfetaminas)
3. Fenciclidina y otras arilciclohexilaminas
4. Inhalantes
5. Anticolinérgicos que producen desorientación, incoherencia, alucinaciones y, a veces, delirios (atropina, estromonium, trihexifenidil)
6. Alucinógenos clásicos (LSD y mescalina)
7. Anfetaminas metiladas (DOM, MDA o "droga del amor", MDMA o "éxtasis", MDEA o "anfetamina Palma de Mallorca", PMA o "droga de la muerte") y cannabis (marihuana, hachís y el tetrahidrocannabinol)
8. Tranquilizantes (barbitúricos y benzodiacepinas)
9. Tabaco y cafeína
10. Alcohol.

Las drogas como reforzadores[19]

Las drogas pueden funcionar como reforzadores de la conducta de consumo de drogas de dos formas distintas:

a) Produciendo efectos reforzantes positivos.

b) Las drogas también pueden funcionar como reforzadores negativos mitigando estados aversivos caracterizados por dolor, ira, depresión, ansiedad o aburrimiento.

Wise (1988) planteó que el reforzamiento positivo y el deseo o querencia de la droga tienen una base neuronal característica, y esta base es tan palpable a nivel biológico como la aceptada tradicionalmente para los síndromes de abstinencia y otros efectos negativos de las drogas. El deseo puede estar unido originalmente a la memoria del reforzamiento positivo, y éste puede ser evocado por estímulos ambientales asociados al uso de la droga y persiste mucho más tiempo que el síndrome de abstinencia.

Es el énfasis que se pone en la memoria del reforzamiento positivo, lo que distingue esta visión del deseo de las anteriores, que postulan que éste está relacionado con los síntomas del síndrome de abstinencia condicionado evocados por emociones o estímulos ambientales que se han asociado al síndrome de abstinencia incondicionado durante la fase activa del consumo de drogas (Luwing y Wikler, 1974; Wikler, 1980). Ambas concepciones sobre lo que impulsa el uso de drogas son distintas de lo que planteaba la perspectiva adaptativa, según la cual algunos adictos usan las drogas, fundamentalmente, para aliviar o reducir estados emocionales disfóricos (Alexander Hadaway, 1982; Khantzian, 1989). Sin embargo, la concepción de que las señales se han unido a través del aprendizaje a los efectos de las drogas (positivos y negativos) tiene gran importancia en el modelo planteado por Edwards, Arif y Hodgson (1981). Además, existe una amplia evidencia empírica que demuestra que las señales relacionadas con el consumo de la droga pueden elicitar tanto el deseo como el fenómeno de la abstinencia condicionada (Childress y otros, 1986; Drummond y otros,

[19] GRAÑA. Véase nota 1. Pág. 56-59.

1990; Kalant, 1989; Meyer y Mirin, 1979; Luwing y Wikler, 1974; Wikler, 1980).

Se reconoce la relevancia de los estados de abstinencia, así como de otros estados afectivos de naturaleza aversiva, como posibles motivos para el uso repetido de la droga.

La recurrencia regular de los estados de abstinencia y su alivio mediante el uso continuado de drogas coadyuva al reforzamiento repetido de la conducta de autoadministración como a que los estímulos ambientales, o los internos, se asocian a la abstinencia mediante un mecanismo de aprendizaje. Posteriormente, una vez que los síntomas de abstinencia apenas pueden cuantificarse, son los estados de ánimo y las condiciones ambientales las que pueden evocar componentes del síndrome de abstinencia y los impulsos asociados a consumir la droga de nuevo (Childress y otros, 1986; Drummond y otros, 1990; Koob y Bloom, 1988; Meyer y Mirin, 1979; Luwing y Wikler, 1974; Wikler, 1980). Es más, para muchos individuos alguna forma de reforzamiento positivo parece ser el mecanismo dominante que subyace en el desarrollo y la persistencia de la dependencia.

En cualquier caso, la droga actúa como un reforzador negativo que sirve para perpetuar la conducta de toma de la droga.

El alivio de los estados de ánimo aversivos podría reforzar la conducta de consumo de drogas; es decir, se habla de distintas vías de interacción entre el fenómeno de uso de drogas y determinadas alteraciones psicopatológicas, siendo en muchos casos el consumo de drogas el que inicia o agrava el curso de otros trastornos psiquiátricos, y éstos, a su vez, también pueden incrementar la probabilidad del inicio del consumo de drogas, la progresión hacia la dependencia o la recaída después de la abstinencia. Existen datos epidemiológicos que indican la existencia de trastornos afectivos, depresivos, etcétera, que incrementan la probabilidad de desarrollar la dependencia de drogas (Reiger y otros, 1990). También es importante la asociación que se produce entre trastornos de la personalidad y el desarrollo posterior de la dependencia de drogas (Hesselbrock y otros, 1993).

Existen otras influencias sobre la disposición a usar drogas, como los factores sociales que determinan la disponibilidad y el coste de una

determinada droga, las actitudes del grupo social al que pertenece el drogodependiente y de la sociedad en general.

Las características individuales de cada paciente exigen que se ajusten las técnicas de intervención a las variables de adquisición y de mantenimiento de cada tipo de adicción.

En el modelo propuesto por los autores la dependencia se localiza dentro del sistema, es decir, en las relaciones entre los elementos del mismo, de forma que la adicción o la dependencia de drogas se conceptualiza teniendo en cuenta la interacción que se produce entre el individuo y los distintos factores que influyen en lo que el adicto ingiere y cómo se comporta.

El síndrome de dependencia se considera como un constructo multidimensional que implica un sistema con componentes subjetivos, conductuales, fisiológicos y bioquímicos (Edwards, 1986; Edwards, Arif y Hodgson, 1981; Hodgson y Stockwell, 1985). Según estos autores, el síndorme de dependencia se caracteriza por un repertorio de abuso de drogas específico, una conducta de búsqueda, un incremento de la tolerancia, síntomas de abstinencia repetitivos, evitación de estos síntomas, compulsión por consumir y una tendencia a recaer después de la abstinencia. Ocurre con una intensidad graduada.

Skinner (1986) ha sugerido que los elementos psicobiológicos, como la tolerancia y/o la abstinencia, parecen fluctuar en intensidad a través de situaciones en función de la cantidad de sustancias consumidas y el tiempo transcurrido desde la última dosis. Los elementos conductuales y subjetivos, como la pérdida de control, el estilo de consumo compulsivo y el deseo, permanecen de forma consistente a través de situaciones y durante largos períodos de tiempo.

Condicionamiento operante[20]

- Reforzamiento positivo

El concepto de análisis funcional de la conducta formulado por Skinner (1975, 1977) ha tenido gran relevancia en los estudios experimentales que se han realizado para estudiar el abuso de drogas.

La premisa básica del condicionamiento operante se basa en el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias. Cualquier evento estimular que incremente la probabilidad de una conducta operante se denomina estímulo reforzante, simplemente, reforzador. Por lo tanto, una droga funciona como reforzador si es capaz de incrementar o mantener la probabilidad de ocurrencia de la conducta a la que sigue. El reforzamiento con drogas pertenece a una clase mayor de eventos reforzantes naturales, tales como la presentación de comida o agua, la actividad sexual y la estimulación eléctrica del cerebro. Un evento estimular que precede y establece la ocasión para la emisión de una respuesta que va seguida de reforzamiento se denomina estímulo discriminativo.

Woods y Schuster (1971) hicieron la demostración más clara de que la morfina funciona como un reforzador positivo analizando las dosis que se proporcionaban a los sujetos por responder, y encontraron que la morfina era un reforzador positivo a dosis menores que las que se necesitaban para producir dependencia física, ya que no existían señales del síndrome de abstinencia.

Thompson y Schuster (1964) encontraron que los sujetos experimentales, en ausencia del síndrome de abstinencia, se autoadministraban morfina de forma concurrente con la presencia de un estímulo discriminativo que indicaba la disponibilidad del reforzador. En este caso, la morfina servía de reforzador positivo ya que la conducta de autoadminsitración ocurría antes de que el sujeto experimental hubiese notado síntomas de abstinencia. Por lo tanto, podemos asumir que la morfina es un reforzador positivo, independientemente del síndrome de abstinencia y de la dependencia física, ya que una gran variedad de agentes

[20] GRAÑA. Véase nota 1. Pág. 73-77.

con propiedades farmacológicas y en los que se han observado señales de abstinencia también son autoadministrados.

Se han hecho estudios con humanos para determinar la eficacia de los opiáceos como reforzadores. Liebson y otros (1978) demostraron que cuando se administran las dosis diarias de metadona de forma contingente con dejar de consumir etanol y tomar disulfirán, la ingesta de etanol se extingue. Si comparamos estas dos drogas con efectos reforzantes, observamos que la metadona es una reforzador más potente que el alcohol. De forma similar, cuando se administra la metadona de forma contingente con la asistencia a terapia, se ha registrado un incremento en la frecuencia de las sesiones (Stitzer y Bigelow, 1978).

- Reforzamiento negativo

En la adquisición de la conducta de autoadministración, los efectos de los opiáceos tienen un componente aversivo, como la náusea. Este efecto aversivo, que desaparece con el consumo continuado, puede considerarse como un reforzador negativo y puede ser una de las causas de la recaída (Wikler, 1965). Por otra parte, este efecto desagradable, que es de carácter transitorio, puede funcionar como un ligero reforzador positivo.

- Reforzamiento condicionado

Skinner observó que aquellos eventos ambientales que seguían a una respuesta operante parecían incrementar la probabilidad de ocurrencia de la conducta y, al mismo tiempo, estos estímulos servían como reforzadores condionados para la conducta operante (Kelleher, 1966; Skinner, 1977). Un reforzador condicionado adquiere las propiedades reforzantes a través del proceso de condicionamiento. Skinner (1977) descubrió que estos reforzadores condicionados también operan como estímulos discriminativos, los cuales indican la disponibilidad del reforzador enuna cadena de conductas. Ciertos estímulos pueden funcionar en determinados casos como estímulos discriminativos y reforzadores condicionados. (Gollub, 1976; Kelleher, 1966). En general, un estímulo que está asociado con una conducta determinada en una cadena de respuestas puede llegar a funcionar como un reforzador condicionado para aqullas conductas que le preceden al mismo tiempo que sirve como un estímulo discriminativo para

la siguiente conducta en la secuencia. Por lo tanto, hablamos de control ambiental en la medida que una conducta covaría con un determinado estímulo. Probablemente el control de estímulos juegue un papel importante en la conducta de búsqueda y autoadministración de opiáceos en humanos.

ANEXO III

Estrategia Nacional Sobre Drogas

Estrategia Nacional sobre Drogas

2009-2016







Edita:
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
NIPO.: 351-09-046-7
Depósito legal: M-27343-2009

Estrategia Nacional sobre Drogas

2009-2016

Recién llegada al nuevo Ministerio de Sanidad y Política Social, me ha correspondido la satisfacción de prologar la edición impresa de la nueva Estrategia Nacional sobre Drogas. El Plan Nacional sobre Drogas ha alcanzado su mayoría de edad y cumplirá en 2010 veinticinco años de existencia. La principal explicación de la pervivencia en el tiempo de una iniciativa tan singular como esta –y los resultados que ha alcanzado– radica, sin lugar a dudas, en el profundo compromiso entre todas las fuerzas políticas y sociales para considerar el problema de las drogas y las drogodependencias como el problema de todos.

A lo largo de estos casi veinticinco años, los partidos políticos han hecho honor a un acuerdo no escrito, pero profundamente interiorizado, según el cual el abordaje del problema de la drogodependencia se efectúa siempre desde la perspectiva única y exclusiva del interés general y, sobre todo, del de la persona afectada por la drogodependencia. Este planteamiento, que no excluye, como es natural, las posiciones políticas particulares, se explicita bajo el principio de sumar esfuerzos y aunar voluntades, principio que ha constituido, y constituye aún, la columna vertebral del Plan Nacional sobre Drogas.

Este consenso político, ejemplar a todas luces, ha representado y representa uno de los pilares básicos de las actuaciones llevadas a cabo en estos años. Constituye el elemento diferenciador de España entre las diferentes políticas nacionales de drogas y se materializa, al más alto nivel, en la Comisión Mixta Congreso Senado para el Estudio del Problema de la Droga, cuya permanencia a lo largo de sucesivas legislaturas es el símbolo del compromiso de todas las fuerzas políticas ante la tarea común.

Como era de esperar, este gran acuerdo ha sido capaz de generar fuertes lazos de coordinación y cooperación entre las Administraciones públicas

para impulsar la colaboración de la sociedad civil en las iniciativas a desarrollar, apoyar la labor diaria de los profesionales de la prevención y la de los profesionales de la atención a los drogodependientes, la de la Fiscalía Especial Antidroga y la de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado que se ocupan de las labores de control del tráfico ilícito de drogas, sustancias psicoactivas y precursores y promover el esfuerzo de los investigadores en el campo de las adicciones tanto en el ámbito de la investigación básica, como en el de la clínica, la epidemiológica y el área de las ciencias sociales.

Este pacto no escrito ha constituido el auténtico motor del éxito del Plan Nacional sobre Drogas de España, que hoy es un referente en el contexto internacional. En definitiva, ha prestado la estabilidad imprescindible para intentar alcanzar, con expectativas de éxito, los objetivos de la política nacional de drogas, centrada en la disminución de la oferta y la reducción de los consumos y de los riesgos que para la salud personal y para la sociedad se derivan de ellos.

A lo largo de estos veinticinco años, el Plan Nacional sobre Drogas ha sabido adaptarse a los cambios que iban operándose en el escenario del consumo de drogas. Al primer documento fundacional de 1985, se sucedieron otros planes y programas. El más importante de todos ellos es el aprobado por el Consejo de Ministros en diciembre de 1999, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, paso adelante en el desarrollo del Plan Nacional sobre Drogas que se sumaba a la iniciativa UNGASS, puesta en marcha en 1998 por Naciones Unidas, ejemplificando el compromiso de España en la lucha contra las drogodependencias. Posteriormente en el año 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha un Plan de Acción sobre Drogas hasta 2008, basado en la evaluación del primer cuatrienio de la Estrategia, para avanzar en el cumplimiento de los objetivos de la Estrategia Nacional cuyos resultados finales están siendo evaluados este año.

El lector tiene hoy en sus manos la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, un nuevo documento, consensuado y aprobado por la Conferencia Sectorial sobre Drogas, que representa el gran acuerdo institucional, social y científico para garantizar una respuesta homogé-

nea, equitativa y de calidad en todo el territorio español ante el problema de las drogas en los próximos ocho años.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 representa el consenso en las políticas y el acuerdo en las prioridades entre todos los agentes que participan en el Plan Nacional sobre Drogas. Se trata de un documento que converge con la vigente Estrategia Europea, con las de los países que nos son más próximos y, por supuesto, con los planes y estrategias de nuestras Comunidades Autónomas para facilitar la colaboración y promover sinergias en las distintas intervenciones.

Esta Estrategia es el marco común que contiene los conceptos básicos y las directrices que permitirán concretar los objetivos y desplegar el catálogo de actuaciones en los dos Planes de Acción subsiguientes, de vigencia cuatrienal, que contendrán su desarrollo. Hace explícitos y arraiga los compromisos en las formas de actuar o de responder, de abordar en definitiva el problema, que serán comunes para todos los agentes que participan en el Plan Nacional sobre Drogas.

Pero sobre todo, tengo que destacar que esta Estrategia es una estrategia hecha por todos y para todos, resultado de las ideas y las aportaciones de expertos, entidades y Administraciones, así como de las experiencias habidas en estos casi veinticinco años del Plan Nacional sobre Drogas. Una estrategia que pretende que sean las políticas las que se adapten a las necesidades cambiantes del individuo y no al revés, buscando siempre la mejora de la efectividad de las intervenciones.

Una estrategia que asume una perspectiva humanitaria, que pone el acento en el respeto a los derechos de los afectados, que promueve el acercamiento a las poblaciones vulnerables, que persigue proteger la salud pública y la de los consumidores, aliviar el sufrimiento de los afectados, proporcionar la información y las habilidades suficientes para tomar decisiones responsables y reducir los daños que causa el consumo de drogas tanto para el consumidor como para la sociedad.

La nueva Estrategia nació en el seno del entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, pero sus notas características, las que he pretendido reseñar

en estas líneas, se adecuan perfectamente al área de actividad definida para el nuevo Departamento, el Ministerio de Sanidad y Política social. La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 es, en este sentido, un buen ejemplo del compromiso con las políticas sociales que el Gobierno de la Nación ha hecho suyo desde el comienzo de la legislatura y que ahora ha querido reforzar más aún con la creación del Ministerio.

Tengo que agradecer a las Comunidades Autónomas, a las organizaciones y entidades sociales y a todos los que han prestado sus ideas y su apoyo, su participación en la elaboración de la Estrategia. Y también tengo que dejar aquí constancia de mi reconocimiento personal a la labor del Ministro Soria que en éste, como en otros temas, ha preparado el camino que ahora me toca recorrer al frente del Ministerio.

Como Ministra de Sanidad y Política Social que se honra en presidir el Plan Nacional sobre Drogas, deseo y espero que el despliegue de la Estrategia contribuya de forma significativa a disminuir los daños que causan las drogas sobre la salud de nuestros ciudadanos y sobre el bienestar de nuestra sociedad. A esta tarea sumaré yo también mi esfuerzo y dedicación, como lo vienen haciendo otros muchos desde hace tantos años.

Trinidad Jiménez García-Herrera
Ministra de Sanidad y Política Social

Presentación

De las dos acepciones que Dª María Moliner propone en su Diccionario del Uso del Español para la palabra *estrategia*, la segunda, que la define como el *"arte de dirigir un asunto para lograr el objeto deseado"*, es la que se corresponde con el propósito que subyace en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. La Estrategia Nacional sobre Drogas, que presentamos en este volumen, pretende ser precisamente el *arte*, es decir, *"la manera como se hace o debe hacerse una cosa"* también en palabras de Dª María, para enfocar la respuesta del Plan Nacional sobre Drogas de España, que quiere ser la de todos los españoles, a los problemas que plantea el consumo de sustancias psicoactivas.

El Ministro de Sanidad y Consumo la definió, ante la Comisión Mixta Congreso Senado para el Estudio del Problema de la Droga, como el gran acuerdo institucional, social y científico que permitirá garantizar una respuesta homogénea, equitativa y de calidad en todo el territorio español ante el fenómeno de las drogas en los próximos ocho años, destacando que representa el consenso en las políticas y el acuerdo en las prioridades entre todos los agentes que participan en el Plan Nacional sobre Drogas.

Pero llegar a este consenso no ha sido tarea fácil ni sencilla. Ha requerido muchos meses de trabajo y estrecho contacto entre el equipo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, los responsables de los Planes Autonómicos y de los agentes sociales para intercambiar ideas, hacer sugerencias, incorporar nuevas aportaciones y discutir y matizar los textos. Un trabajo en red que ha estado presidido, de principio a fin, por una relación de confianza mutua, espíritu constructivo y visión de futuro.

La Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas asumió, desde el comienzo, un papel protagonista en la tarea delimitando, en

primer lugar, el marco común que, sin invadir espacios competenciales propios de las Comunidades Autónomas, propiciara la cooperación y potenciara las sinergias entre las actividades de todas las Administraciones públicas y las de las organizaciones y entidades sociales del sector. En segundo lugar, valorando y debatiendo las aportaciones que fueron recibiéndose de expertos y profesionales, de organizaciones no gubernamentales y de sociedades científicas de forma que la Estrategia pasara a convertirse en el espacio real de encuentro para sumar esfuerzos y aunar voluntades en estos próximos ocho años.

La Delegación del Gobierno se hizo cargo de la elaboración y reelaboración de los sucesivos borradores, recibiendo y canalizando las observaciones, críticas y sugerencias de todos los participantes en el proceso, así como la de los Departamentos ministeriales de la Administración General del Estado, de la Federación Española de Municipios y Provincias, de la Fiscalía Especial Antidroga, del Foro la Sociedad ante las Drogas y de la Comisión Nacional de Prevención de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral.

Este trabajo cooperativo permitió presentar a la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas un documento consensuado que contenía las grandes líneas de acuerdo en la política nacional sobre drogas para los próximos ocho años que, posteriormente, recibió la aprobación del Consejo de Ministros el día 23 de enero de 2009.

La forma de trabajar, el *arte*, la manera, ha sido ejemplar, pero también lo ha sido su resultado. Podemos decir legítimamente que la Estrategia Nacional sobre Drogas es un trabajo bien hecho y que es un documento avanzado entre los de su clase, que es el *arte* que presidirá las intervenciones en materia de drogas en España entre 2009 y 2016. Sus ideas centrales y definitorias son las de participación, evidencia científica y adecuación proactiva y su objetivo último es el de la disminución significativa del impacto sanitario y social, indeseado y evitable que tiene el consumo de drogas.

Apuesta decididamente por un abordaje de salud pública que incluye a todas las drogas, tanto las de comercio legal como las de tráfico ilícito,

por la inclusión de la perspectiva de género, por un planteamiento integral de todas las intervenciones –sin perjuicio del énfasis en la prevención, que tiene que ser privilegiada en el área de la reducción de la demanda– en todos los ámbitos, y por el llamamiento a la implicación de toda la sociedad para que tome parte activa en la respuesta al fenómeno de las drogas.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 rechaza la imagen normalizada del consumo de drogas nacida de su asociación con el ocio, se pronuncia por la normalización de la asistencia al consumidor y la garantía de la asistencia sanitaria con el establecimiento de un circuito terapéutico en directa conexión con los servicios sociales y los laborales, por la incorporación de la prevención de las drogodependencias a la agenda de salud, la mejora de los programas de disminución del riesgo y los de reducción del daño, la mejora de la atención específica a la patología dual, la priorización de programas en ámbitos sensibles como prisiones o los dirigidos a poblaciones vulnerables en riesgo de exclusión social. Y, finalmente, aboga por la instauración definitiva de la cultura de la evaluación, del fomento a la investigación y por la mejor y más inmediata transferencia de los resultados a la práctica clínica.

Aunque la perspectiva de salud pública sobresale en el planteamiento, el ámbito de la reducción de la oferta es un área relevante que no puede dejar de estar incluida en esta Estrategia que es una respuesta integral al fenómeno. Por ello, se incluyen propuestas centradas en la mejora de las capacidades de inteligencia y mecanismos operativos contra el crimen organizado y el narcotráfico. También se dedica un apartado específico a las actuaciones en el ámbito de la cooperación internacional en el que el Plan Nacional sobre Drogas es un auténtico referente.

Ha llegado la ocasión de agradecer públicamente las aportaciones de todos los que han querido contribuir a la formulación de la Estrategia. En primer lugar, a las organizaciones no gubernamentales cuyas observaciones y sugerencias poseían el valor añadido de la experiencia de una labor solidaria de tantos años. También a las sociedades científicas y a los expertos y profesionales que nos han prestado apoyo teórico y metodológico.

Como Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas quiero expresar, de manera particular, mi profundo agradecimiento a todos y cada uno de los Comisionados Autonómicos y también a sus colaboradores, que, a lo largo de estos largos meses de trabajo, han hecho gala de responsabilidad y, sobre todo, de generosidad en sus planteamientos, sin los que, difícilmente, hubiéramos llegado a disponer de un instrumento tan potente como es esta Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Ha sido un honor trabajar con todos ellos.

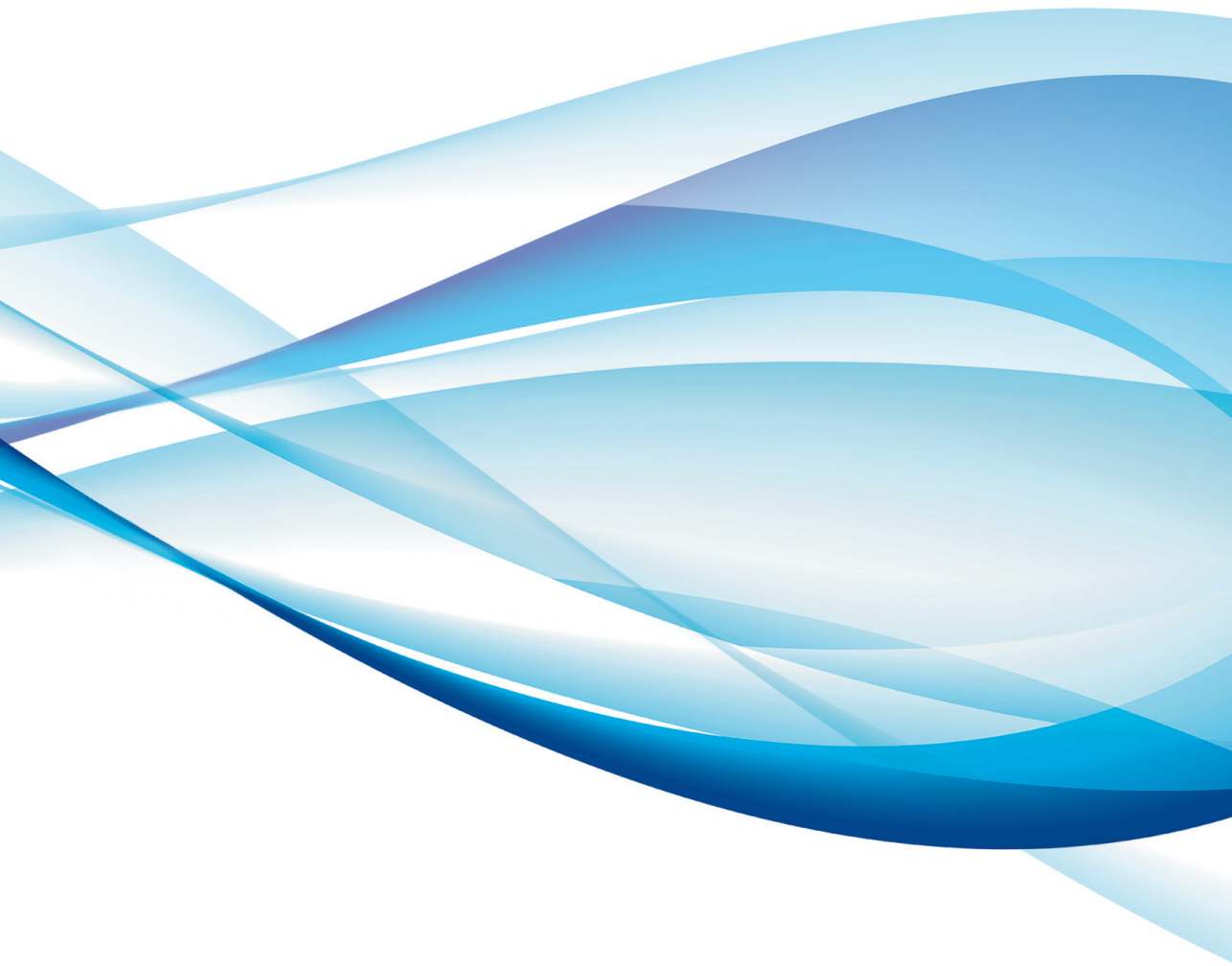
Tampoco puedo dejar de mencionar la especial dedicación y el buen hacer de todo el equipo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, sobre todo la de la Subdirección General de Información, Estudios y Coordinación de Programas de Prevención, Asistencia y Reinserción que ha llevado el peso, a veces duro y agobiante, del trabajo para alcanzar un acuerdo sobre la Estrategia dentro de un tiempo tan limitado. A todos muchas gracias en nombre del Plan Nacional sobre Drogas y en el mío propio.

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



Estrategia Nacional sobre Drogas

2009-2016



Índice

Acuerdo del Consejo de Ministros de 23 de enero de 2009 17

1. Introducción 19

2. Estado de situación 29
2.1 Sistemas de información 31
2.2 Evolución de los consumos y de los problemas asociados 32
2.3 Impacto de los consumos: morbilidad, mortalidad, y otros costes sanitarios y sociales 36
2.4 Evolución del tráfico de drogas y aspectos asociados 39

3. Principios rectores y objetivos generales 43
3.1 Principios rectores 45
3.2 Objetivos generales 46

4. Coordinación 49

5. Ámbitos de actuación 57
5.1 Reducción de la demanda 59
5.1.1 Prevención 59
5.1.2 Disminución del riesgo y reducción del daño 69
5.1.3 Asistencia e integración social 72
5.2 Reducción de la oferta 76
5.3 Mejora del conocimiento científico básico y aplicado 79
5.4 Formación 82
5.5 Cooperación internacional 86

6. Evaluación de la Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016 91

Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016[1]

Primero

Se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016, que figura como Anexo único a este Acuerdo.

Segundo

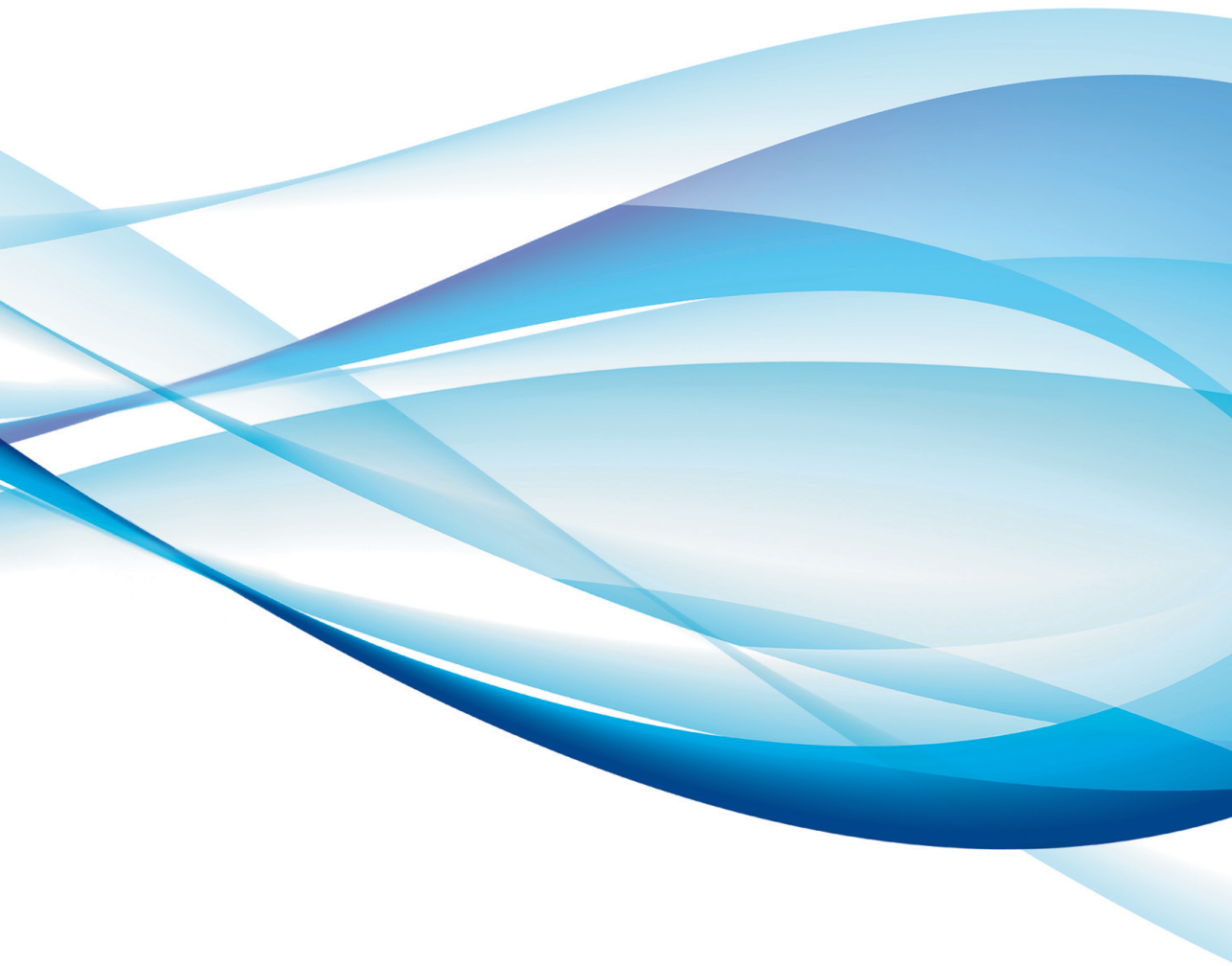
La Estrategia Nacional sobre Drogas tendrá como finalidad actualizar el Plan Nacional sobre Drogas, orientando, impulsando y coordinando las diferentes actuaciones en materia de drogas y de drogodependencias que se desarrollen en España en el período 2009-2016 y sirviendo de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria coordinación, colaboración y cooperación entre las diferentes administraciones públicas y las organizaciones no gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias.

Tercero

La adopción de las distintas medidas que desarrollen la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 habrá de ajustarse a las disponibilidades presupuestarias existentes en cada ejercicio de aplicación de la Estrategia.

(1) Este acuerdo ha sido publicado en el Boletín Oficial del Estado del 13 de febrero de 2009, mediante resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

1. Introducción



La evolución de los consumos de drogas constituye en cada país un fenómeno dinámico, condicionado por múltiples factores de carácter social y económico, con origen y dimensiones tanto internacionales, como nacionales y locales. En todos estos ámbitos territoriales, el impacto que tiene el consumo de las distintas sustancias psicoactivas continúa siendo elevado, tanto en términos de sufrimiento e incapacitación personal evitables, como de morbilidad, mortalidad y otros costes sociales y sanitarios.

Por ello y sin dejar de reconocer la importancia clave del marco multidimensional que caracteriza la compleja realidad asociada al fenómeno de las drogas, los problemas y los daños evitables relacionados con los consumos de éstas constituyen, en conjunto, uno de los principales problemas planteados en el ámbito de la salud pública en España.

Además de los factores socioeconómicos que afectan a las tendencias globales del consumo de drogas, en el desarrollo de la adicción a las diversas sustancias psicoactivas influyen otros condicionantes, entre los que cabe señalar las características biológicas de la condición humana o la función psicológica instrumental que cada persona atribuye a una sustancia concreta en el marco de su estilo de vida particular. De igual modo, hay que considerar la evolución de los valores culturales que tienen que ver con las conductas adictivas y de consumo en general.

En consecuencia, cualquier intervención que aspire a mejorar significativamente esta situación debe necesariamente abordarse desde planteamientos estratégicos integrales, desarrollados en cada uno de los distintos contextos institucionales y territoriales. Así, desde la perspectiva española, los esfuerzos deben dirigirse a optimizar la coordinación de todas las instituciones y agentes implicados y enmarcarlos en el ámbito de las políticas sociales y de salud pública, mediante la fijación de unas prioridades razonables, asumibles y asequibles.

En España, la comprensión institucional sobre la multicausalidad de los problemas vinculados a los consumos de drogas sirvió de base para que, a partir de la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, se articulase una política que, en general, ha sido y continúa siendo un referente de calidad en el marco de la Unión Europea (UE).

La puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas y la creación de sus órganos de coordinación contribuyó de forma decisiva a la cohesión entre las distintas Administraciones Públicas con competencias en esta materia. A ello hay que añadir la buena relación de cooperación sólidamente establecida con las ONGs del sector, así como con otras entidades sociales.

Por otro lado, desde hace años se dispone de estudios epidemiológicos y de otro tipo, así como de herramientas de recogida de información de calidad, que permiten conocer datos fiables y actualizados sobre consumo, actitudes de la población, perfil de los consumidores, programas de carácter preventivo, asistencial y de inserción social, que resultan imprescindibles para informar y orientar adecuadamente la toma de decisiones en esta materia.

Todo ello parece indicar que el enfoque adoptado hasta ahora está bien orientado y permite mantener un cierto grado de esperanza respecto al futuro. No obstante, es necesario tener presente que se trata de afrontar retos complicados que requieren respuestas sostenibles a largo plazo y que, por ello, las distintas etapas todavía pendientes no estarán exentas de previsibles e importantes dificultades.

Después de más de veinte años de trabajo, los avances conseguidos son patentes en todos los ámbitos de intervención: prevención, asistencia a los consumidores, apoyo a la inserción social de éstos, lucha contra el narcotráfico y las actividades delictivas asociadas al mismo, formación de profesionales, investigación en diversos campos, etc.

Además, y aunque se trata de datos que habrá que ver si se mantienen en el futuro, los últimos estudios y encuestas muestran una mejora de diversos indicadores relacionados con las prevalencias de los consumos y la percepción del riesgo por parte de la población.

Es preciso, no obstante, seguir potenciando los elementos con los que se ha trabajado hasta ahora, a fin de optimizar su funcionamiento y coordinación efectiva. De igual modo, los nuevos planteamientos del consumo exigen prestar una especial atención a la mejora y ampliación de la información a recoger, y a la evidencia de la efectividad disponible para cada ámbito de intervención, así como continuar promoviendo la

cohesión de las actuaciones emprendidas y la máxima implicación de todos los actores e instancias participantes.

En este contexto, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 se configura como un marco de referencia para todas las Administraciones Públicas y las organizaciones sociales. Aspira, además, a ser una herramienta que pueda ser usada para promover, facilitar y apoyar a cada instancia implicada a desarrollar su trabajo desde su ámbito competencial, en el interés común por lograr disminuir de forma significativa los consumos de drogas, y prevenir al máximo el impacto sanitario y social de los diversos problemas y daños relacionados con los mismos.

La Estrategia reconoce los importantes cambios habidos en las diferentes variables que confluyen en el fenómeno de las drogas y su entorno en los últimos años, a fin de afrontar con garantías de éxito los retos planteados, entre los que figuran:

- Los cambios en los perfiles de los consumidores de sustancias psicoactivas, el patrón de policonsumo cada vez más generalizado, la precocidad en el inicio del uso de algunas sustancias y la relación, cada vez más estrecha, entre éste y los espacios y tiempos de ocio.

- La aparición de nuevas sustancias que se están introduciendo en el mercado.

- El incremento de trastornos mentales asociados a los consumos de sustancias psicoactivas que produce una considerable demanda de atención a la patología dual.

- El fenómeno de la inmigración y su impacto en la sociedad española, con los cambios correspondientes en aspectos sociales, culturales e, incluso, económicos.

- El envejecimiento de consumidores problemáticos.

- La creciente importancia del tráfico de drogas en el escenario del crimen organizado, las interrelaciones cada vez más frecuentes entre las

organizaciones de narcotraficantes y las que cometen otros tipos de actos delictivos, y la tendencia de los actuales grupos delictivos a la multicriminalidad organizada.

- El necesario impulso a la investigación en todos los campos de las drogodependencias y su trasferencia a la práctica.

- Las modificaciones habidas en las redes asistenciales, especialmente desde que se completó el proceso de transferencias de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas.

- La necesidad de diversificar e individualizar los programas y actuaciones preventivas por poblaciones en riesgo y por contextos de riesgo.

Asimismo, esta Estrategia incorpora la responsabilidad de hacer efectiva la perspectiva de género en los objetivos a conseguir y promueve, por tanto, su inclusión y extensión en el diseño y la planificación de las distintas intervenciones a realizar en todos los ámbitos de actuación.

La Estrategia 2009-2016 tiene en cuenta la evolución de los consumos en los últimos años y las actuaciones emprendidas tanto desde el sector público como por parte de las organizaciones sociales que actúan en este campo.

En este sentido, implica un impulso y desarrollo de aquellos aspectos en los que la Estrategia anterior, 2000-2008, se ha demostrado adecuada y una corrección de las limitaciones observadas. Ello supone, entre otras cosas, una mejora y optimización en la oferta de iniciativas de prevención, de disminución de riesgos y reducción de daños y del tratamiento de las personas afectadas por problemas de consumo. También, una especial atención a los factores de riesgo que sitúan a las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad.

La Estrategia 2009-2016 parte del marco institucional establecido desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, marco en el que, como se ha dicho, tiene una relevancia fundamental la coordinación y colaboración entre la Administración General del Estado y las Administraciones Autonómicas.

Asimismo, a lo largo de estas dos décadas, hay que señalar el papel que han ido adquiriendo las corporaciones locales y la consolidación del trabajo llevado a cabo por las ONGs y otras entidades de carácter privado.

En su elaboración se han tenido en cuenta los principales documentos de planificación existentes, tanto nacionales como internacionales. De un lado, los Planes de Drogas y las Estrategias de las Comunidades y Ciudades Autónomas y, de otro, aquellas de diferentes países de nuestro entorno y, muy especialmente, las Estrategias y Planes de Acción aprobados por la Unión Europea. También, se ha contado con la Administración Local, a través de su órgano de representación, la Federación Española de Municipios y Provincias.

Igualmente, se han analizado otras estrategias de salud (Cáncer, Salud Mental, Cuidados Paliativos,…) y otros planes sectoriales (Juventud, Igualdad,…), valorando su impacto y sus interrelaciones.

Se han recibido aportaciones de Departamentos y órganos de la Administración General de Estado que tienen competencias o colaboran en distintos aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; Ministerio de Justicia; Ministerio de Economía y Hacienda; Ministerio del Interior; Ministerio de Educación, Política Social y Deporte; Ministerio de Trabajo e Inmigración; Ministerio de Administraciones Públicas; Ministerio de Ciencia e Innovación; Ministerio de Igualdad; Fiscalía Especial Antidroga, etc.

Además, se ha pedido la colaboración de un centenar de profesionales de diferentes campos de actuación, de las ONGs que forman parte del Foro «La Sociedad ante las Drogas» y de las sociedades científicas que, por su trabajo en el ámbito de las drogas o de la salud pública en general, se consideraban más adecuadas.

En este sentido, hay que señalar, también, la elaboración de un cuestionario, enviado a un grupo amplio de expertos, cuyas contribuciones han enriquecido sensiblemente el planteamiento general y permitido

identificar los aspectos más prioritarios o relevantes a abordar en esta Estrategia.

Por último, se han tenido en cuenta los datos conocidos hasta este momento relacionados con la evaluación de la Estrategia 2000-2008. Si bien la evaluación definitiva de ésta se producirá al acabar su período de vigencia, es decir cuando finalice el año 2008, se dispone, sin embargo, de una evaluación de sus primeros cuatro años de vigencia, 2000-2003, que se llevó a cabo a lo largo del segundo semestre de 2004.

Los resultados de esa evaluación revelaron importantes avances tanto en la asistencia a las personas consumidoras de drogas, como en los programas de disminución de riesgos y reducción de daños, mientras que se detectaron insuficiencias en los programas de prevención. De otro lado, se constató el impulso en áreas como el control de la oferta, la investigación, la formación y la colaboración en el ámbito internacional.

A la vista de lo anterior, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas decidió promover la elaboración de un Plan de Acción con el objetivo fundamental de movilizar recursos e iniciativas para avanzar y dar un nuevo impulso a la Estrategia.

El Plan de Acción fue presentado a la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de la Droga en marzo de 2005, con un horizonte de ejecución que abarca los cuatro últimos años de la Estrategia, esto es, el cuatrienio 2005-2008. Está estructurado en torno a seis grandes ejes de actuación e incorpora un total de 68 acciones. Además, se encuentra en clara sintonía con la Estrategia Europea sobre Drogas 2005-2012, aprobada por el Consejo Europeo en diciembre de 2004.

Es evidente que hay conductas adictivas que no suponen el consumo de sustancias psicoactivas, y que esos comportamientos pueden provocar efectos indeseables graves sobre la salud y la calidad de vida de las personas, como sucede con las conductas de juego patológico, la utilización exagerada de las tecnologías de la información, sexo compulsivo, etc.

No obstante, y aun reconociendo el creciente aumento de esas adicciones en la sociedad actual, la atención a las mismas y el tratamiento de los adictos a ellas no están incluidos en el marco de esta Estrategia, algo, que por otra parte, también sucede en el caso de la Estrategia Europea actualmente vigente. Ello no obsta a que, en el futuro, puedan contemplarse y abordarse con la debida extensión en próximas Estrategias. Así pues, el objeto de este documento se circunscribe a las sustancias adictivas, ya sean de comercio legal, como el alcohol, el tabaco o determinados fármacos, o excluidas de ese comercio legal.

Finalmente, hay que señalar que, como desarrollo y complemento al marco establecido en la Estrategia, se van a elaborar dos Planes de Acción cuatrienales y consecutivos, que abarcarán todo el período de vigencia de la misma.

Será en estos Planes de Acción donde se contemplará la realización de actuaciones concretas y específicas, señalando los objetivos inmediatos a conseguir, las acciones a desarrollar, el periodo de tiempo en el que se llevarán a cabo y los instrumentos de evaluación a poner en marcha, todo ello en función de los objetivos generales establecidos en la Estrategia y de las prioridades señaladas en los distintos ámbitos de actuación. Las Administraciones públicas e instituciones sociales que integran el Plan Nacional sobre Drogas orientarán sus esfuerzos presupuestarios a fin de facilitar el mayor grado de cumplimiento de dichas actuaciones.

La adopción de las distintas medidas que desarrollen la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 habrá de ajustarse a las disponibilidades presupuestarias existentes en cada ejercicio de aplicación de la Estrategia.

2. Estado de situación

2.1 Sistemas de información

Desde hace más de una década, España cuenta con un número importante, variado y fiable de sistemas de información e investigaciones diversas que facilitan datos sobre multitud de aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias: prevalencias de consumo y perfil de los consumidores; actitudes y percepciones de diversos sectores sociales; número y características de las personas en tratamiento o atendidas en servicios de urgencia; morbilidad y mortalidad relacionadas con los consumos de drogas; actuaciones en prevención, asistencia y reinserción social, así como aquellas otras relacionadas con la intervención judicial y policial en el ámbito del control de la oferta.

Cabe destacar la realización de dos tipos de encuestas periódicas que se llevan a cabo por la Delegación del Gobierno para el PNSD, desde mediados de la década de los noventa y que se han potenciado a partir del año 2005: la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Además de ellas, en los últimos años se han llevado a cabo otras encuestas dirigidas a personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína, así como a internos en instituciones penitenciarias. Igualmente, en EDADES 2007 se ha introducido un módulo específico para estudiar el consumo de drogas y sus implicaciones en el medio laboral. En ESTUDES 2006, a su vez, se introdujo un cuestionario para conocer el consumo problemático de cannabis.

Por otra parte, se cuenta desde 1987 con indicadores que ofrecen información anual sobre admisiones a tratamiento por consumo de drogas, urgencias hospitalarias y mortalidad en consumidores de drogas.

Asimismo, y también con carácter anual, existen sistemas de información y datos de tipo policial y judicial sobre aprehensiones de drogas y características de las mismas, detenidos por tráfico, procedimientos judiciales incoados, etc.

Muchos de los datos e indicadores antes citados utilizan métodos que son comparables a nivel internacional, por lo que no sólo se puede seguir su evolución temporal desde un marco nacional, sino que los datos españoles pueden analizarse en comparación con los de otros países de nuestro entorno.

Entre las fuentes más importantes que proporcionan información hay que señalar, en primer lugar, los Planes Autonómicos de Drogas. Junto a ellos, diversos departamentos y órganos ministeriales, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y la Fiscalía Especial Antidroga. De forma creciente, también las Administraciones Locales y la Federación Española de Municipios y Provincias están aportando información valiosa sobre las actuaciones que se llevan a cabo desde ese ámbito.

2.2 Evolución de los consumos y de los problemas asociados

Desde los inicios del Plan Nacional sobre Drogas, a mediados de la década de los ochenta, el perfil de las personas que consumen drogas en España ha experimentado cambios notables. En aquella época y, de forma más o menos aproximada, hasta principios de los años noventa, la sustancia que más alarma social causaba era la heroína.

Las personas usuarias de esta sustancia psicoactiva presentaban, en general, una grave situación de marginalidad, acentuada por su asociación con la comisión de delitos, en ocasiones con grave peligro para la integridad de las víctimas, para sufragarse el coste de esa sustancia. A todo ello había que añadir el padecimiento de patologías infecciosas como consecuencia de las condiciones de uso de esta droga (administrada generalmente por vía parenteral, y en una proporción importante de consumidores, compartiendo el material de inyección).

Entre estas patologías destacaba, de forma importante, la infección por VIH y el SIDA, enfermedad que comenzó en España a comienzos de los años 80 y que, entre 1981 y 2005 ocasionó 48.565 fallecimientos. Hay que señalar que el principal grupo de población afectado por esta patología en nuestro país fue el de los usuarios de drogas por vía parenteral.

Esto no quiere decir que no hubiera un consumo importante de otras sustancias: cannabis y cocaína principalmente, además del alcohol y el tabaco que, obviamente, eran las dos sustancias más consumidas en nuestro país, disfrutando además de una gran aceptación social.

Es necesario señalar, por otra parte, que entre los consumidores estaba, y continúa estando, bastante extendido el uso simultáneo de varias sustancias, lo que incrementaba los riesgos y daños producidos por las mismas.

A partir de mediados de los años noventa, el perfil de quienes consumen drogas ilegales y las pautas de ese consumo experimenta algunos cambios. De un lado, comienza a descender el número de nuevos usuarios de heroína, si bien queda un núcleo de antiguos usuarios que exigen una importante aportación de recursos humanos y económicos para atender a su situación.

De otro lado, a lo largo de esa década de los noventa, aumenta el número de consumidores de cannabis y de cocaína en polvo (el «crack» ha tenido una incidencia muy poco significativa en España), tanto entre la población general de quince a sesenta y cuatro años, como entre los escolares de catorce a dieciocho.

Finalmente, se empieza a conformar lo que se conoce como "consumo recreativo" de drogas, es decir, el consumo, en ocasiones simultáneo, de sustancias como el alcohol, el cannabis, la cocaína, el éxtasis o MDMA (droga cuyo consumo comienza a extenderse por esa época), y toda una serie de derivados anfetamínicos, más o menos emparentados con esta última sustancia.

A diferencia de los consumos que tenían lugar, de forma mas extendida, en la década anterior, durante los noventa se incrementa notablemente la asociación de los consumos de esas sustancias a los espacios de ocio, de forma que se incorpora de forma creciente a los estilos de vida de sectores de población (en ocasiones prácticamente adolescente), que lo practican en un marco de «normalización» muy diferente al de los usuarios de heroína de la década anterior, cuya característica más destacable había sido la marginación de los consumos y el gran deterioro físico que

producía el consumo de heroína en un espacio de tiempo muy breve desde el inicio del consumo.

Para muchos de estos adolescentes y jóvenes, este modo de consumo llega a considerarse prácticamente como un rito de entrada en la vida adulta y de integración en el grupo de iguales y, en general, se lleva a cabo compatibilizándolo con el mantenimiento de estilos de vida integrados, tanto en el ámbito familiar, como en el educativo e, incluso, en el laboral, en el caso de quienes ya están trabajando.

Entre los años 2000 y 2008, período de vigencia de la primera Estrategia Nacional sobre Drogas, los elementos más destacados, en relación con los consumos son:

- Ha continuado disminuyendo progresivamente el número de usuarios de drogas por vía parenteral.

- Entre los usuarios de drogas por vía parenteral persisten altos niveles de infección por VIH y virus de la hepatitis, así como de conductas sexuales y hábitos de inyección de riesgo, aunque ha disminuido progresivamente el número de nuevos diagnósticos de VIH en esta población.

- Tras un prolongado período de incremento, se está estabilizando e incluso parece estar descendiendo el consumo de cannabis y cocaína. Este descenso es más notable entre los escolares de catorce a dieciocho años.

- Ha descendido lentamente la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales, aunque persiste un número apreciable de muertes por esta causa (casi 800 en 2004).

- Después de muchos años de descenso continuado del consumo de heroína, algunos datos parecen apuntar a una estabilización del mismo o a un cierto incremento en el caso de la heroína fumada.

- Ha descendido el consumo de tabaco, aunque la proporción de personas fumadoras sigue siendo alta.

- Ha descendido la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, aunque ha aumentado la frecuencia de episodios de consumos intensivos (borracheras).

La droga ilegal más consumida en España es el cannabis. En el año 2007, la prevalencia de consumo en los últimos doce meses entre la población adulta, de quince a sesenta y cuatro años de edad, que se había estabilizado entre 2003 y 2005 en torno al 11,2 por 100, disminuyó dos puntos porcentuales (9,2 por 100) hasta las cifras del año 2001. Esta evolución del consumo de cannabis es consistente con los datos registrados para la prevalencia de consumo diario en los últimos treinta días que en 2007 se aproxima a los niveles apreciados en 2001 (1,6 por 100).

Evolución similar se observa en la población escolar de catorce a dieciocho años, ya que tras varios años de aumento continuado, la prevalencia de consumo en los últimos doce meses ha descendido a partir de 2004, pasando del 36,6 por 100 en dicho año al 29,8 por 100 en 2006.

La cocaína ocupa el segundo lugar entre las drogas ilegales que se consumen en España. A partir del año 2001, la prevalencia de consumo en los últimos doce meses entre la población de quince a sesenta y cuatro años de edad creció hasta situarse en el 3 por 100, cifra en la que se ha mantenido según los datos de la última Encuesta correspondiente a 2007.

Como en el caso del cannabis, también la prevalencia de consumo de cocaína en los últimos doce meses, entre los escolares de catorce a dieciocho años de edad, ha experimentado una considerable reducción en los últimos años: tras el aumento continuado desde el año 2000 hasta el 2004 en el que esta tasa llegó a situarse en el 7,2 por 100, los datos de la Encuesta de 2006 mostraron un brusco descenso hasta el 4,1 por 100, cifra inferior a la registrada en el año 2000.

Entre la población adulta (quince a sesenta y cuatro años de edad), se ha incrementado discretamente la percepción del riesgo ante el consumo esporádico de cannabis y en mayor cuantía por lo que se refiere al

uso esporádico de cocaína (del 93,3 al 95,8 por 100) y de éxtasis (del 93,3 al 95,8 por 100). Más significativo ha sido el incremento del riesgo percibido ante el consumo habitual de cannabis entre los escolares (de catorce a dieciocho años), que del 82,8 por 100 de 2000 se situaba en el 89 por 100 en 2006, mientras que el riesgo percibido ante el consumo habitual de cocaína, ha permanecido prácticamente estable en este grupo de población entre el año 2000 y el año 2006, siempre en niveles elevados en torno al 96,8 por 100.

En lo que respecta al tabaco y el alcohol, las últimas encuestas disponibles muestran tendencias generales a la reducción de las prevalencias en los consumos. El porcentaje de estudiantes de catorce a dieciocho años que fuma diariamente ha pasado del 21,5 por 100 en 2004 al 14,8 por 100 en 2006. También ha descendido la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes, así como entre la población adulta.

Debe destacarse que el consumo abusivo de alcohol en los jóvenes se produce, fundamentalmente, en relación con las bebidas alcohólicas destiladas, cuya concentración de alcohol es mayor y que, además, se mezclan con bebidas carbónicas, lo que refuerza su efecto intoxicador.

2.3 Impacto de los consumos: morbilidad, mortalidad, y otros costes sanitarios y sociales

El daño sanitario y social directamente atribuible al consumo de drogas se manifiesta de diversas formas.

En primer lugar, cuando el consumo alcanza la fase de adicción o dependencia, puede hablarse de una enfermedad en sí misma, en la que la persona afectada está periódica o crónicamente intoxicada, muestra una compulsión a tomar una o varias sustancias y tiene gran dificultad para modificar o abandonar el consumo.

En segundo lugar, mediante la incidencia de episodios de sobredosis o de intoxicación aguda por adulteración de las sustancias consumi-

das, especialmente en el caso de las drogas ilegales, que son la causa de muerte inmediata más visiblemente relacionada con el consumo.

En tercer lugar, en el contagio de infecciones que se adquieren como consecuencia del tipo de consumo, básicamente compartiendo medios de administración de las drogas, que facilitan la transmisión de gérmenes patógenos como el VIH o los virus de diversas hepatitis. Y más indirectamente, la probabilidad de adquirir otras infecciones transmitidas por contacto personal, entre las que destacan las infecciones de transmisión sexual.

En cuarto lugar, generando enfermedades para las que el consumo de drogas constituye a veces la causa directa y, en otros supuestos, un factor de riesgo decisivo. Es el caso del tabaco, el alcohol, la cocaína, el cannabis y otras sustancias, y su relación directa con ciertas enfermedades neoplásicas, cardiovasculares, hepáticas, mentales y neurológicas.

En quinto lugar, se deben considerar los problemas de salud o incapacitación provocados por diversas circunstancias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, tanto en personas que consumen drogas como en las que constituyen su entorno cercano. Es el caso de las lesiones o la incapacidad permanente derivadas de los accidentes de tráfico en los que el uso de alcohol o de otras drogas juega un papel decisivo, al igual que ocurre para una parte significativa de los accidentes laborales.

También son de gran trascendencia las alteraciones provocadas por las drogas durante la infancia (consumo durante el embarazo, exposición al humo ambiental de tabaco, abusos físicos y psicológicos, desatención y abandono) así como en el rendimiento laboral de la población adulta.

Cabe destacar algunos datos en relación con lo anterior. En el año 2006 se produjeron 49.283 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco). La tasa global para el conjunto de España fue de 112,7 casos por 100.000 habitantes.

Con respecto a las drogas que motivan el tratamiento, la situación ha cambiado radicalmente en los últimos años. La heroína dejó de ser por primera vez en 2005 la droga que motivaba un mayor número de admisiones a tratamiento, cediendo su puesto a la cocaína. Esta última motivó, en ese mismo año, el 45,1 por 100 de las admisiones, frente al 38,2 por 100 de la heroína. A continuación se situó el cannabis con el 10,7 por 100.

En 2006 se recogieron 7.042 episodios de urgencias sanitarias directamente relacionados con el consumo no terapéutico de drogas psicoactivas. La principal sustancia mencionada fue la cocaína (59,2 por 100 de los episodios), seguida del alcohol (42,9 por 100) a pesar de que sólo se recogió este dato cuando se asociaba a alguna otra droga (policonsumo), cannabis (30,9 por 100), hipnosedantes (28,3 por 100) y heroína (21,8 por 100).

Como se ha señalado anteriormente, la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas ha disminuido considerablemente en los últimos años, habiéndose incrementado la proporción de fallecidos en que se encuentra cocaína o sus metabolitos.

Los resultados de las pruebas toxicológicas realizadas por el Instituto Nacional de Toxicología muestran que en el año 2003, el 34,7 por 100 de los conductores fallecidos en accidentes de tráfico superaban los 0,3 g/l de alcohol en sangre. En el año 2006, este porcentaje había descendido al 28,8 por 100.

Por otra parte, los resultados de los controles preventivos de alcoholemia llevados a cabo por la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil muestran un descenso considerable de los positivos en el año 2007 (2,38 por 100) con respecto al porcentaje registrado en 2003 (4,18 por 100).

A todo esto hay que añadir la participación del consumo o de la adicción a las drogas en episodios de violencia doméstica y de género, así como en abusos de diversa índole cometidos en contextos familiares y sociales diversos, en cuyo análisis causal generalmente se omite la mención a la intervención de elementos relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas.

2.4 Evolución del tráfico de drogas y aspectos asociados

España, por su situación geográfica y su posición estratégica como puerta de entrada hacia Europa a través de los continentes americano y africano, forma parte de muchas de las rutas de tránsito y entrada de las drogas hacia Europa. Sin embargo, no desempeña un papel especialmente relevante en la producción de sustancias ilegales a partir del cultivo de materias primas o del procesamiento químico de sustancias o precursores de drogas.

El número de decomisos de drogas psicoactivas y las cantidades de droga incautadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de drogas en el mercado e incluso se puede afirmar que la evolución temporal de estos indicadores para las principales sustancias psicoactivas de comercio ilegal (cannabis, cocaína, heroína) es bastante consistente con la evolución de los datos de consumo y problemas de drogas. No obstante, en España existe un mayor tránsito de sustancias que en otros países, no siendo proporcional la cantidad de droga que llega a España con los niveles de consumo de la población.

Durante el periodo 2000-2006, las incautaciones han sufrido tendencias variables dependiendo de la sustancia de que se trate. Así, se ha producido una disminución en la cantidad de hachís y MDMA incautados con respecto a 2004, año en que se alcanzaron las cifras más elevadas de este periodo, después de unos años de ascenso. Sin embargo, aunque las cantidades de MDMA aprehendidas representan aproximadamente un 50 % de lo incautado en el año 2000, para el caso del cannabis no ha habido apenas variación durante el periodo 2000-2006 globalmente considerado.

Por su parte, la cantidad de cocaína incautada ha continuado la tendencia creciente que mantiene desde el año 2000 y la heroína, que ha venido mostrando un llamativo descenso desde el año 2000, ha iniciado en 2006 un repunte muy leve.

El número de decomisos ha aumentado, desde el punto de vista global, durante el periodo 2001-2006, pasando de 130.862 en 2001 a 243.858

en 2006. Este aumento se ha producido a expensas, fundamentalmente, del aumento en el número de decomisos de productos cannábicos, cocaínicos y, en menor proporción, de estimulantes diferentes a la cocaína, lo cual se ha conseguido gracias a un mayor trabajo de investigación, positivo y que ha producido importante éxitos.

El Centro de Inteligencia del Crimen Organizado del Ministerio del Interior elabora periódicamente los "Informes sobre precios y purezas de drogas". En los últimos diez años se ha producido un claro descenso del precio de la heroína y del éxtasis, un ascenso ligero en el precio del cannabis y algo más llamativo en el del LSD, mientras que el precio de la cocaína se ha mantenido relativamente estable.

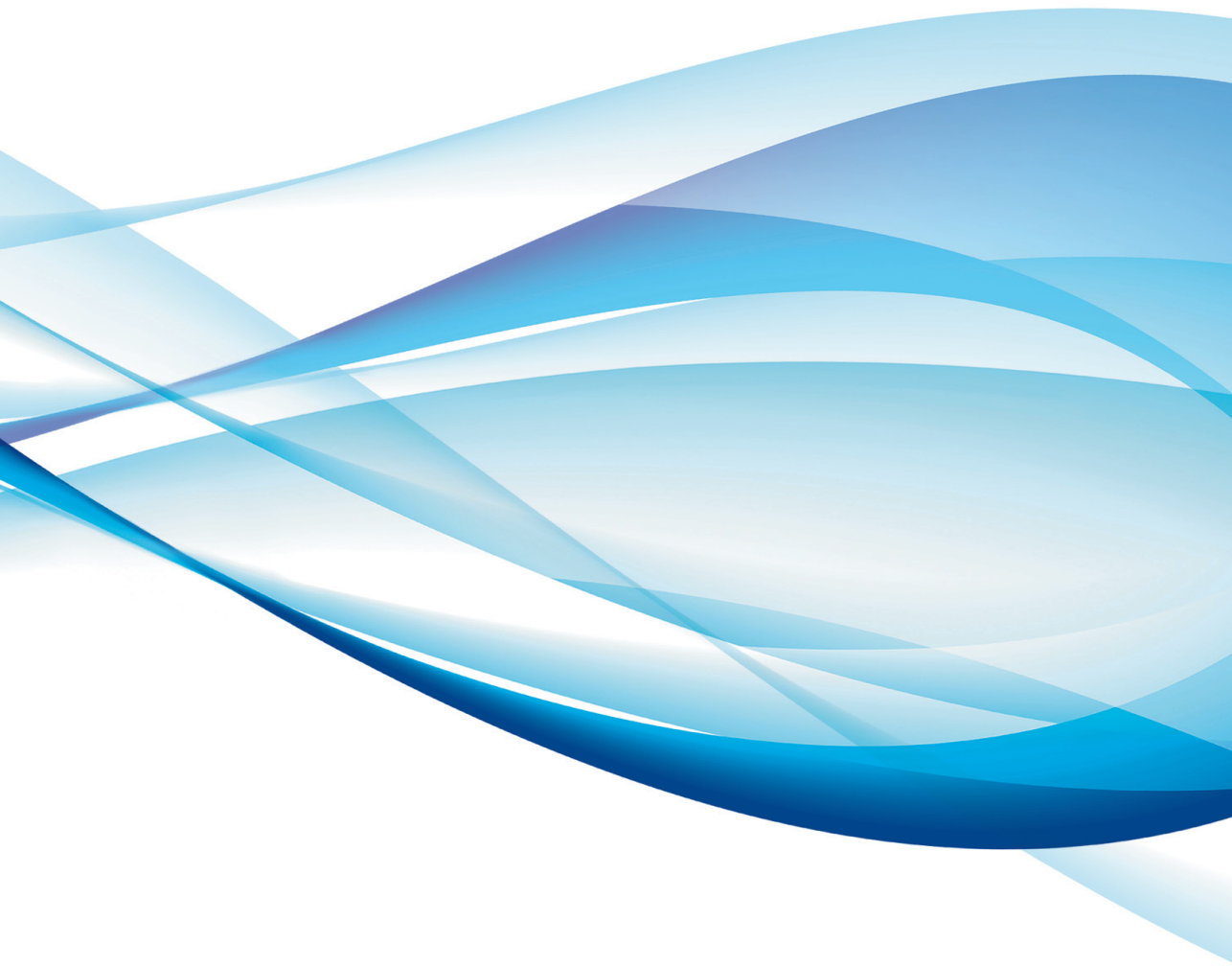
Por lo que respecta a la pureza media de la droga decomisada, es sabido que ésta es mayor en los grandes decomisos que en los decomisos de nivel de gramo o de dosis, debido al efecto de «dilución» o adulteración que sufre la droga a lo largo de la cadena de distribución hasta llegar al consumidor. En la última década, tanto la heroína como la cocaína han visto reducido este efecto. En el caso del cannabis, la concentración de tetrahidrocannabinol (THC) no depende tanto del traficante sino más bien del tipo de cosecha. En el periodo entre 2001 y 2006, la concentración de THC en la marihuana pasó de 3,8 por 100 a 7,9 por 100.

En relación con los procedimientos judiciales incoados por tráfico de drogas, hay que señalar que se produjo un aumento sostenido de los mismos en los primeros años que siguieron a la creación del Plan Nacional sobre Drogas, alcanzando la cifra máxima de 53.585 en el año 1991. A partir de esa fecha, la tendencia es descendente, con la excepción de un ascenso registrado en 1994, hasta alcanzar la cifra de 18.602 en el año 2006.

El número de detenciones por tráfico de drogas ha mantenido una tendencia bastante estable durante el periodo 1997-2006, pasando de 14.922 a 16.766. Por el contrario, el número de denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas ha mostrado un claro ascenso en el mismo periodo, pasando de 63.855 en 1997 a 218.656 en 2006.

Los derivados cannábicos, en primer lugar, y los cocaínicos, en segunda posición, son los responsables del mayor número de denuncias y detenciones.

3. Principios rectores y objetivos generales



El planteamiento más ampliamente aceptado y apoyado por la evidencia para alcanzar una disminución significativa del impacto sanitario y social, indeseado y evitable, en relación con el uso de drogas en el contexto actual, es el de actuar mediante una combinación de medidas que intervengan simultáneamente en los ámbitos de la exposición y accesibilidad a las sustancias psicoactivas, del consumo y de la reducción del daño asociado a éste.

Muchas de las actuaciones son específicas de algunos de los ámbitos, pero también existen otras muchas con objetivos comunes. Lógicamente, los esfuerzos deben concentrarse en los primeros estadios o factores de riesgo identificables y, por tanto, se debe incidir de forma especial en el ámbito de la protección frente a los factores de riesgo más globales que promueven la exposición a las drogas.

Por otro lado, es necesario diferenciar entre los distintos niveles de contacto con las drogas (abstinencia, experimentación, consumo habitual, adicción) ya que ello implicará objetivos y estrategias de actuación también diferenciadas aunque, obviamente, enmarcadas en otras de más amplio alcance, incluyendo las educativas, sociales y de protección y fomento de la salud pública.

En todo caso, esta Estrategia 2009-2016 responde globalmente a los siguientes principios rectores y objetivos generales, al tiempo que se enmarca en el concepto de la Salud Pública de amplia trayectoria en España.

3.1 Principios rectores

- **La consideración de la evidencia científica.** En función de la misma y de los criterios objetivos de efectividad y eficiencia se definirán, priorizarán y desarrollarán las intervenciones.

- **La participación social.** Mediante la sensibilización y concienciación de la sociedad en su conjunto, a fin de que se involucre de forma directa en este tema. Se prestará una especial atención a la identificación, motivación e implicación activa de los grupos poblacionales que se hallan en situaciones de mayor vulnerabilidad.

- **La intersectorialidad.** Ofrece un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar, y aspira a una optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes.

- **La integralidad.** Comprende tanto el objeto de la Estrategia, que contempla las drogas legales e ilegales, como el ámbito de las intervenciones, que incluye la reducción de la demanda y el control de la oferta.

- **La equidad.** Garantiza la igualdad efectiva de todos los ciudadanos en el acceso a los diferentes programas y servicios, contemplando la resolución o reducción de las desigualdades que afectan a las personas.

- **El enfoque de género.** Asume la responsabilidad de incorporar esta perspectiva en todos los objetivos señalados en la Estrategia, y de hacer posible su efectividad en las acciones desarrolladas para conseguir los mismos.

3.2 Objetivos generales

- Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.

- Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.

- Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas.

- Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.

- Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas.

- Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.

- Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.

- Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a regular y controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.

- Aumentar los mecanismos de control económico sobre los procesos de blanqueo de dinero, profundizando la colaboración con las autoridades administrativas competentes en materia de prevención del blanqueo de capitales y de acuerdo con los criterios establecidos con carácter general en este ámbito por la Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias.

- Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.

- Incrementar y mejorar la investigación con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento.

- Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas.

- Optimizar la coordinación y cooperación, tanto en el marco del Estado español como en el marco europeo e internacional en general.

4. Coordinación

El fenómeno de las drogas y las drogodependencias obedece a múltiples determinantes y dimensiones. Para desarrollar una política que se pretenda coherente en relación con el fenómeno y sus manifestaciones derivadas, es necesario no sólo considerar las diferentes perspectivas a fin de conseguir una visión global, sino también contar con la necesaria colaboración de todos aquellos agentes que tienen responsabilidad en los sectores de actividad implicados. En este doble sentido, el principio básico para el correcto desarrollo de la Estrategia es el de la coordinación.

La coordinación posibilita tanto la mejor ordenación de las intervenciones que se llevan a cabo por los agentes implicados, como el aprovechamiento más racional y eficiente de todos los recursos, tanto humanos como materiales existentes, en orden a la consecución de los objetivos comunes.

Las políticas públicas se caracterizan, entre otras muchas cuestiones, por la relación existente entre las competencias atribuidas a las diferentes Administraciones Públicas, mucho más en el seno de Estados con organizaciones territoriales autónomas, como es el caso de España.

En el caso de las que atañen a las drogas y las drogodependencias, esta relación se evidencia, en primer lugar, en la interdependencia existente entre las dos áreas tradicionales de actuación en la materia: la Reducción de la Demanda y la Reducción de la Oferta, interdependencia que no sólo se da entre ambas, sino también en el seno de cada una de ellas.

En el área de la reducción de la demanda, la mayor implicación y compromiso corresponde, fundamentalmente, a las administraciones con responsabilidad y competencias en los sectores sanitario, social y educativo. Las actuaciones en esta área tendrán que revestir obligatoriamente un carácter transversal para obtener los objetivos perseguidos y, por consiguiente, tendrán que implicar a las Administraciones Públicas que, en los distintos ámbitos territoriales, resulten competentes en dichas materias y también en trabajo y empleo, inmigración, justicia, y promoción de la seguridad vial, entre otras.

El área de la reducción de la oferta compete de un modo especial a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, a sus homólogos en las Comunidades Autónomas, a los distintos órganos de inspección de las Administraciones Públicas, tanto a nivel nacional como autonómico y local, así como a los órganos judiciales especializados. La actividad en este área de control de la oferta también podrá verse beneficiada de la cooperación que pueden prestar los cuerpos de las policías locales.

De otro lado, es necesario destacar, también, la necesidad de mantener y potenciar las relaciones de coordinación en el ámbito internacional, tanto a nivel bilateral entre los distintos Estados, como en el marco de los distintos foros internacionales. En este orden de actividad, la coordinación abarcará obligatoriamente tanto los aspectos relativos a la Reducción de la Demanda como a la Reducción de la Oferta, pues España tiene que mantener una posición nacional única, en el seno de los organismos internacionales, en cuanto a las múltiples manifestaciones del fenómeno de las drogas y las drogodependencias en estas dos áreas de actuación.

En lo que se refiere a la política interior, la política de drogas, entendida, fundamentalmente, en el marco del derecho a la protección de la salud, al que se refiere la Constitución Española en su artículo 43, se configura como una política de Estado, y, en este sentido, exige la participación de todos los poderes del mismo, en función de sus respectivas funciones y competencias.

Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas, las Cortes Generales, que representan el poder legislativo en España, se dotaron de un órgano de carácter permanente y especializado, como es la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de la Droga, que ha tenido una singular trascendencia en cuanto que ha conseguido encauzar el consenso de las principales fuerzas políticas sobre las líneas generales de la política española sobre drogas.

Por lo que se refiere al poder judicial, hay que señalar la creación, en 1988, de la Fiscalía Especial Antidroga con funciones de intervención en los procedimientos relativos al tráfico de drogas y blanqueo de capi-

tales, investigación de los hechos que puedan ser constitutivos de delito en estos campos, coordinación de las actuaciones de las distintas fiscalías delegadas y colaboración con la autoridad judicial.

Finalmente, en el poder ejecutivo confluyen tres niveles de Administración Pública con competencias en materia de drogas: la Administración General del Estado, las Administraciones de las Comunidades Autónomas y las Administraciones Locales. El principio de coordinación funciona, aquí, tanto en la necesaria relación entre las Administraciones como en el seno de cada una de ellas.

Desde su puesta en marcha, el Plan Nacional sobre Drogas se dotó de un mecanismo que aseguraba la necesaria coordinación entre las Administraciones Públicas, tanto a nivel territorial como a nivel interno. El esquema actual de coordinación, cuya operatividad ha sido ampliamente contrastada a lo largo de más de dos décadas, se basa en la existencia de los siguientes órganos:

- El Grupo Interministerial del Plan Nacional sobre Drogas, órgano que asegura la coordinación entre los distintos Departamentos de la Administración General del Estado.

- La Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas, máximo órgano de coordinación entre la Administración General del Estado y las Administraciones de las Comunidades Autónomas.

- La Comisión Interautonómica de la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas, que actúa como órgano delegado de la Conferencia.

En este esquema de coordinación, a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que nació como órgano de apoyo al Grupo Interministerial, le corresponde, actualmente, la dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas. Además, y entre otras funciones, le corresponde el mantenimiento de las relaciones con las diferentes Administraciones e instituciones, tanto públicas

como privadas, incluyendo a las organizaciones no gubernamentales, que desarrollen actividades en el ámbito del PNSD, prestándoles el apoyo técnico necesario.

Como ya se ha mencionado, los dos órganos de coordinación y cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas son las Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas y la Comisión Interautonómica.

La Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas es un órgano de cooperación de composición multilateral y ámbito sectorial que, desde 1985, reúne a las Comunidades Autónomas y los diferentes Departamentos que forman parte del Grupo Interministerial donde se toman las principales decisiones sobre la política de drogas del Estado.

La Conferencia Sectorial se ha dotado de un Reglamento de Régimen Interior que ha dado carta de naturaleza a la Comisión Interautonómica, de la que forman parte los máximos responsables de los Planes Autonómicos de Drogas, junto con los directivos de la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas. La Comisión Interautonómica asume la preparación de los asuntos a someter a la Conferencia Sectorial y el estudio de todos aquellos que interesan al Plan constituyendo el foro técnico en el que se somete a debate aquellas cuestiones que atañen puntualmente al desarrollo de las políticas sobre drogas y drogodependencias en España.

En el nivel de la coordinación intragubernamental, en el de la Administración General del Estado, es ineludible mencionar la Mesa de Coordinación de Adjudicaciones a la que se refiere el artículo 6 de la Ley 17/2003, de 29 de mayo, por la que se regula el Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados. Este órgano colegiado, en el que se encuentran representados los Ministerios de Sanidad y Consumo, Interior, Justicia y Economía y Hacienda, adopta las medidas necesarias para, en el marco de su normativa específica, procurar el incremento de los ingresos del Fondo mediante la colaboración con los órganos judiciales y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y la mejora de la gestión de los bienes integrados en el mismo.

La utilización de los recursos del Fondo se lleva a cabo conforme a lo dispuesto en la mencionada ley, procurando que su distribución se ajuste a criterios de ponderación y equidad en la valoración de las actuaciones para las que soliciten financiación.

El éxito de la política general de drogas requiere de la cooperación de las Administraciones Locales, y de su máximo órgano de representación, que es la Federación Española de Municipios y Provincias.

Una vez descrito el primer espacio de coordinación circunscrito al ámbito de la Administración Pública, es necesario aludir al nivel de participación requerido de las entidades sociales y del movimiento social en su conjunto. Para ello, se cuenta con la participación del Foro "La Sociedad ante las Drogas" y la de otros órganos representativos como son la Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral, o la Comisión Clínica y el Grupo de Atención Primaria en el ámbito asistencial sanitario. Especial atención merecen las asociaciones de personas afectadas por adicciones, tanto directa como indirectamente.

Se deben potenciar, también, las relaciones de coordinación con otros agentes implicados, como: el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; el correspondiente órgano de coordinación estatal de los servicios sociales (en cuanto a las políticas de apoyo y reinserción); los de educación, los de trabajo (políticas de reinserción laboral y de prevención de riesgos laborales); los responsables de la coordinación de las políticas penitenciarias; las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (en cuanto a las políticas de represión y control del tráfico y venta de drogas); el Ministerio de Economía y Hacienda, en cuanto a las políticas de fiscalidad de drogas legales; etc.

Finalmente, es preciso seguir potenciando y mejorando la cooperación con los agentes sociales (patronales y sindicatos) así como con los profesionales (sociedades científicas y órganos de representación de las distintas disciplinas académicas y profesionales implicadas).

En todo caso, las relaciones de coordinación establecidas en el plano estatal deben extenderse a cada uno de los ámbitos autonómicos y locales,

desde donde se llevan a cabo las intervenciones sobre las poblaciones y las personas.

Entre los elementos de actuación que se requieren para mejorar y reforzar la coordinación cabe señalar:

- Elaboración de criterios comunes para el establecimiento operativo de prioridades y para la formulación de los objetivos de los programas de prevención, protección y control.

- Definición de papeles y actividades de los agentes participantes, así como de los compromisos de colaboración a compartir.

- Establecimiento de un conjunto común de variables operativas para la valoración de los problemas y para la evaluación de las intervenciones.

- Definición de criterios de calidad y de acreditación para los diversos programas junto con la promoción de incentivos y apoyo formativo para alcanzar dichos criterios.

5. Ámbitos de actuación

Los objetivos generales, además de responder a los principios rectores, deben enmarcarse y hacerse operativos en unos ámbitos de actuación determinados:

5.1 Reducción de la demanda

La reducción de la demanda comprende desde la promoción de la salud hasta las estrategias de prevención del consumo y problemas asociados, pasando por la disminución de riesgos y reducción de daños y la asistencia e inserción social. Así pues, este ámbito incluye tres componentes, cada uno de los cuales requiere un abordaje específico, aunque algunos contenidos deben ser comunes y transversales.

De acuerdo con la Estrategia europea 2005-2012, el resultado a conseguir a través de las actividades de reducción de la demanda es una «reducción apreciable del consumo de drogas, de la dependencia y de los riesgos para la salud y la sociedad derivados de las drogas».

Por su parte, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 comparte los objetivos a alcanzar en el ámbito de la reducción de la demanda de los Planes de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga. Para operativizarlos, se incluyen las actuaciones de prevención del consumo, de la disminución de riesgos y reducción de daños, así como de la asistencia e integración social.

5.1.1 Prevención

La prevención del consumo se propone, en primer lugar, promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto, sea parte activa en su solución.

En segundo lugar, aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comporta-

mientos problemáticos relacionados con las mismas, es decir, promover el desarrollo de recursos propios que faciliten las actitudes y las conductas de rechazo, que serán distintas según el tipo de droga y el ámbito y nivel de la intervención.

Y, en tercer lugar, conseguir retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas, dado que además de acortar el tiempo potencial de exposición, cuanto mayor es la edad de las personas que entran en contacto con las drogas, menor es la probabilidad de desarrollar problemas de adicción y de padecer otro tipo de consecuencias indeseables.

Es preciso diferenciar y considerar separadamente los objetivos y las actuaciones dirigidos al «consumo habitual» y al «consumo ocasional», no porque uno tenga mayor importancia que el otro, que la tiene, sino porque las circunstancias que los rodean suelen ser distintas y, por lo tanto, también su abordaje.

También hay que tener en cuenta que, aun cuando el propósito sea el mismo y algunas intervenciones, básicamente educativas e informativas, puedan compartirse, las circunstancias que afectan a la exposición y al consumo de drogas legales, medicamentos y sustancias eventualmente adictivas de fácil acceso, son diferentes que las correspondientes a las drogas ilegales.

La prevención del consumo es el ámbito clave sobre el que se apoya la nueva Estrategia 2009-2016. En este sentido, y como ya se ha apuntado anteriormente, resulta fundamental tener presente los siguientes aspectos estratégicos:

- Fortalecer y ampliar el desarrollo y aplicación de políticas y programas de protección y control, prestando especial atención a aquellas personas y grupos poblacionales expuestos a un mayor número de factores de riesgo y, por tanto, particularmente susceptibles a desarrollar problemas en relación con las drogas.

- Profundizar en la adopción de medidas políticas, programas y actuaciones con base en la evidencia científica.

- Fomentar la cultura de la evaluación de los programas entre los profesionales del sector, proponiendo y apoyando a los Planes Autonómicos en el desarrollo de procesos de gestión basados en los resultados de las evaluaciones.

- Impulsar la investigación y la transferencia de tecnología de relevancia.

Estos aspectos estratégicos deben estar presentes a la hora de actuar en los distintos sectores de población. Asimismo, los programas y las actuaciones preventivas deberán tener en cuenta una serie de contextos o elementos que son claves a fin de obtener los mejores resultados.

Poblaciones diana:

a) La sociedad en su conjunto: Si bien la sociedad española, no puede considerarse un «sector» sobre el que actuar, la implicación de la ciudadanía, en general, puede promoverse de distintas formas:

   Reforzando la participación de la sociedad civil a través del movimiento asociativo y de las entidades sociales.

   Fomentando los valores culturales que incrementen la autonomía y la responsabilidad personal y familiar, así como los factores de protección en general, las habilidades de gestión familiar y las habilidades sociales y para la vida en particular.

   Manteniendo acciones informativas sostenibles a largo plazo, canalizadas a través de los medios de comunicación social, basadas en la evidencia científica y que potencien la transferencia de conocimientos de los expertos a la sociedad en su conjunto, mediante un lenguaje claro y comprensible.

   Promoviendo la utilización por parte de las entidades públicas y privadas, y de las personas individualmente, de los recursos documentales e informativos existentes y de las nuevas tecnologías de información (Internet, etc.) que han supuesto un cambio cuantitativo y cualitativo decisivo en la transmisión del conocimiento científico.

b) La familia: La familia sigue constituyendo el núcleo más importante de socialización, a pesar de los acelerados cambios sociológicos que se han producido durante las últimas décadas y que han supuesto una transformación de su estructura. Es, además, una de las referencias más sólidas para los adolescentes que, en general, la consideran, junto con los amigos, entre los ámbitos más importantes de su vida.

   De acuerdo con ello, deben facilitarse las actuaciones que impliquen una mejora de las competencias educativas y de gestión familiar, así como aquellas que faciliten el incremento de la cohesión familiar y refuercen la resistencia de todo el núcleo familiar, especialmente de los miembros más jóvenes, a la exposición y el consumo.

   Debe promoverse, asimismo, el desarrollo transversal de la participación social de las familias, potenciar las redes informales existentes entre éstas, así como reforzar y facilitar al máximo la participación familiar en los centros educativos.

   La información y los programas y actividades a desarrollar se adaptarán a las circunstancias y condiciones culturales y sociales de los diversos tipos de familia.

c) Población infantil, adolescentes y jóvenes: Se trata de sectores de la población que por diversas razones (situación en la etapa de desarrollo hacia la madurez, especial vulnerabilidad a los estímulos hacia el consumismo en general, curiosidad ante las novedades, etcétera), pueden verse afectado en mayor medida en relación con el uso de drogas.

   De otro lado, cabe señalar que son los adolescentes y los jóvenes quienes más participan en los denominados «consumos recreativos» de drogas como el cannabis o el alcohol y, en menor medida, la cocaína. Es imprescindible contar con ellos, tanto a la hora de aplicar las actuaciones preventivas, como incluso en el diseño y elaboración de las mismas.

d) La comunidad educativa: La comunidad educativa, en su acepción más amplia, constituye, junto a la familia, la instancia más importan-

te para la socialización de las personas. Para optimizar los resultados de la educación sobre drogas es imprescindible, tanto la implicación de los tres elementos que constituyen la comunidad educativa (alumnado, familias y profesorado), como la adecuada coordinación entre los mismos y con los recursos sociales y sanitarios existentes en el territorio local.

Por tanto, será necesario conseguir un alto grado de interrelación entre las actuaciones que se lleven a cabo desde los ámbitos social, sanitario y educativo, así como buscar y facilitar al máximo la colaboración y complicidad de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos y del personal docente, para la potenciación de la educación en valores y en la promoción y educación para la salud en general.

e) La población laboral: La población laboral incluye a una capa muy amplia de la sociedad (población activa) y posee unas características comunes: estructuración social, espacial, temporal, recursos humanos, técnicos y económicos. Estas características no sólo facilitan y favorecen la intervención preventiva sino que, además, contribuyen de forma muy positiva a alcanzar objetivos preventivos, tanto en su propio medio como en el conjunto de la comunidad, además de facilitar la integración social.

Las actividades desarrolladas con población laboral han de regirse por el enfoque de salud integral que propugna el Plan Nacional sobre Drogas y deben contemplarse incardinadas como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El abordaje de la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que son necesarias la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes (sindicatos), conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales. En este sentido, se considera muy importante el papel que deben desarrollar las Comisiones para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral, tanto en su acepción estatal como autonómica.

En relación con este apartado, conviene referirse a lo que se conoce como Responsabilidad Social Corporativa o Responsabilidad Social de la Empresa. Con ella se alude al conjunto de obligaciones y compromisos, legales y éticos, tanto nacionales como internacionales, que se derivan del impacto que la actividad de las empresas producen en los ámbitos social, laboral, medioambiental y de los derechos humanos. En el tema de las drogodependencias, las actuaciones de las empresas, junto con los sindicatos y las ONGs pueden ser decisivas a la hora de facilitar la integración laboral de los drogodependientes, la inversión en proyectos solidarios y el voluntariado de sus empleados.

También conviene referirse a las acciones que las Administraciones Públicas, en tanto en cuanto emplean a un elevado número de personas, están desarrollando y van a seguir haciéndolo sobre la base de la preocupación por la salud y el bienestar de los empleados públicos, ya sea en el marco de programas de responsabilidad social, como extensión de los programas de prevención de riesgos laborales, o como programas específicos de promoción de la salud en el trabajo.

f) Los colectivos en situación de especial vulnerabilidad: En los apartados anteriores se hace referencia a sectores de población identificados con un criterio generalista o universal, es decir, sin tener en cuenta su potencial exposición a factores de riesgo específicos (sociedad general, familias, población adolescente y juvenil, etc). No obstante, esta Estrategia considera imprescindible tener en cuenta a determinados colectivos que, por diversas razones, se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad, tanto en lo que se refiere a su inserción en la sociedad, como, de una forma más concreta, en lo que esa situación pudiera afectarles en su relación con el consumo de drogas.

Entre estos colectivos cabe señalar poblaciones inmigrantes, minorías étnicas o culturales, así como la población con problemas de salud mental, jurídico-penales y, en general, aquellos colectivos con especiales dificultades económicas, sociales, familiares o personales, entre los que hay que mencionar a los hijos de los propios consumidores de drogas y a los menores internados en centros de protección o reforma.

El papel de la población inmigrante en la sociedad española es cada vez más relevante. No sólo es el grupo de población que más aumenta, con un índice de natalidad mayor, sino que su participación en diversos sectores y segmentos de nuestra economía y sociedad es creciente, impulsando también cambios socioculturales. Es preciso señalar la necesidad de diferenciar diversos colectivos dentro de la población inmigrante, así como la de conseguir la implicación de estos mismos colectivos en el diseño y desarrollo de las políticas de prevención.

En ningún caso es legítimo generalizar y atribuir a esta población una incidencia mayor de problemas relacionados con las drogas a la de la población española en su conjunto, tanto en lo que se refiere al tráfico, como en relación con el consumo de drogas, pero sí puede ocurrir que, en algunas circunstancias, las drogodependencias u otros problemas relacionados con las drogas puedan afectar, con características propias, a algunos sectores de población inmigrante.

En la actualidad, es posible identificar una serie de condiciones personales y sociales que incrementan la vulnerabilidad hacia el consumo de drogas; la mayoría de ellas se relacionan con otras conductas problemáticas tales como el fracaso escolar, los problemas con la justicia, los embarazos no deseados en adolescentes, las conductas de riesgo para la salud, o el comportamiento violento, porque en la raíz de todas estas conductas se pueden encontrar procesos comunes.

Las conductas de riesgo y, dentro de ellas, el abuso de drogas, son procesos que suelen ir conformándose a lo largo del desarrollo del individuo, a veces desde las primeras etapas, a través de fracasos en los procesos de integración social.

Los colectivos en situación de marginación social han sido y son uno de los segmentos poblacionales más castigados por las drogodependencias. Si a esto sumamos el hecho de que se observa un mayor riesgo de que pueda producirse algún tipo de implicación en la distribución de drogas al por menor y de que, en muchas ocasiones, a personas de estos colectivos se les relaciona con la delincuencia, se

comprenderá que debe seguir siendo una de las poblaciones con las que es preciso intensificar el trabajo en todas las facetas de la intervención en drogodependencias.

Contextos de actuación:

Como complemento al carácter global y transversal que caracteriza a las políticas sobre drogas, es necesario contar también con una serie de elementos y entornos con un claro potencial preventivo. En este sentido, y para obtener una adecuada eficacia en la prevención del consumo, es imprescindible contar con la implicación de sectores sociales que cumplen funciones clave de mediación, así como con la cooperación de los profesionales que trabajan en ellos.

En este punto, hay que destacar fundamentalmente el protagonismo de los medios de comunicación, de los sistemas sanitario y social, del sector económico vinculado a la oferta de opciones de ocio, así como de los agentes de seguridad vial y ciudadana. Esto no significa que haya que obviar otros contextos relevantes para la prevención, como el educativo, el laboral o el comunitario en los que se viene trabajando de manera intensa desde hace años, sino que es necesario reforzar el trabajo en aquellos contextos que han recibido una menor atención.

a) Medios de comunicación: En la sociedad actual, el papel de los medios de comunicación es clave a la hora de contribuir a la creación de estados de opinión, así como a la formación de la ciudadanía para adquirir una visión informada sobre los principales temas que afectan a la sociedad y sobre los factores que los determinan. Por ello, no sólo es necesario atender al contenido de la información difundida, sino a los mensajes más o menos explícitos que contiene dicha información.

   Es conveniente potenciar el desarrollo del trabajo conjunto entre los responsables del Plan Nacional Sobre Drogas y los profesionales y representantes cualificados de los medios de comunicación para consensuar una serie de recomendaciones sobre el abordaje informativo de los temas relacionados con las drogas, sus condicionantes, su im-

pacto y la evidencia de efectividad de las distintas opciones preventivas y asistenciales.

Existen precedentes que pueden facilitar esta tarea, entre los cuales merece la pena destacar «El decálogo general para periodistas» (elaborado en el marco del Foro «La Sociedad ante las Drogas»).

El decálogo plantea, entre otras recomendaciones, la necesidad de que, en relación con las drogodependencias, los medios de comunicación se refieran a los usos de drogas de forma que quede explicito que existen distintos tipos de «consumos» (esporádico, problemático, adicción, policonsumo, etc.) y distintas formas de relación con las drogas, se evite tanto la banalización del consumo experimental como el sensacionalismo, se equilibre la atención entre drogas legales e ilegales y se restrinja la promoción y publicidad de todo tipo de sustancias tóxicas adictivas.

En este tipo de documentos se señala, además, la necesidad de disponer, facilitar y promover una adecuada formación para incrementar la competencia de periodistas y profesionales de los medios de comunicación en general.

Un aspecto importante a considerar es el establecimiento de proyectos de colaboración entre profesionales del sector preventivo y realizadores de audiovisuales para la producción de espacios de ficción a emitir en los canales televisivos, cuidando que el tratamiento que se haga de las drogas en los mismos no tenga un carácter contrapreventivo.

b) Sistemas educativo sanitario y social: Para lograr los objetivos de la prevención hay que contar con la implicación del sistema educativo, de los servicios sociales y sanitarios y, especialmente, del conjunto de profesionales que participan en la prestación de dichos servicios en el ámbito de la atención primaria. Su contribución en tareas de educación, información y formación a los distintos grupos de población con los que trabajan cotidianamente es imprescindible.

En este contexto cabe señalar la necesidad de la implicación de las oficinas de farmacia, que deben desarrollar una función insustituible en la adecuada dispensación de medicamentos psicoactivos, en relación con la comunidad donde se encuentran situadas.

c) Industria del ocio y del entretenimiento: La oferta comercial de opciones de ocupación del ocio y el tiempo libre se ha convertido en una de las industrias más potentes de las sociedades desarrolladas. Para muchos grupos, especialmente los comprendidos en edades más jóvenes, el ocio en general y, señaladamente, el ocio nocturno, no sólo se produce mayoritariamente asociado al consumo abusivo de alcohol y otras drogas sino que, además, entre quienes practican estos estilos de vida, se observa una baja percepción del riesgo asociado a los consumos.

A fin de incrementar la percepción del riesgo, así como promover la adopción de opciones personales y grupales encaminadas a disminuir los riesgos y reducir los daños derivados de los consumos en contextos recreativos, es fundamental que las Administraciones públicas promuevan la implicación de los empresarios y otros agentes económicos, relacionados con el sector recreativo, así como la formación necesaria del personal laboral que trabaja en dicho sector económico.

d) Seguridad vial y ciudadana: Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como aquellos otros que trabajan en los ámbitos territoriales autonómico y local, también tienen una función preventiva importante, tanto en el trabajo de velar por el cumplimiento del marco legal existente en aspectos de protección, regulación y control, como en el de contribuir a difundir las regulaciones existentes y las razones de convivencia democrática y de protección de la salud que las sustentan.

De hecho, los estamentos responsables de la seguridad vial y ciudadana ya desarrollan actividades que inciden de un modo especial en el campo de la prevención. Por ello, tanto desde los órganos centrales de la Administración General del Estado (y muy especialmente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) como desde los Planes Autonómicos, se potenciarán los recursos y

oportunidades de formación en el campo preventivo, así como los canales de coordinación y comunicación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para actuaciones de este tipo. De igual modo, desde los Planes Locales se deben llevar a cabo iniciativas en el mismo sentido.

5.1.2 Disminución del riesgo y reducción del daño

Se trata de dos conceptos próximos, pero no idénticos. La disminución del riesgo se encuentra más próxima a la prevención (como en el caso de los programas orientados a evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u otras drogas, a fin de prevenir los accidentes de tráfico), mientras que la reducción del daño atañe más a la faceta asistencial (es el caso de los programas de mantenimiento con derivados opiáceos, o las salas de venopunción asistida).

En cualquier caso, se trata de actividades y programas que, desde hace años, han experimentado un elevado nivel de desarrollo en España y en otros países, y que merecen una consideración especial en esta Estrategia.

Los objetivos a los que deben dirigirse las intervenciones en este ámbito son: evitar que el consumo experimental y el uso esporádico se conviertan en uso continuado y, sobre todo, reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos socio sanitarios indeseables relacionados con su uso.

Las actividades que deben mantenerse y las que deberán mejorar en el marco de esta Estrategia son distintas cuando se relacionan tanto con los riesgos como con los daños producidos por el consumo de drogas legales, medicamentos y sustancias eventualmente adictivas de fácil acceso, que cuando se refieren al consumo de drogas ilegales, aunque, no obstante, comparten algunos aspectos.

Poblaciones diana:

Es razonable afirmar que la sociedad en su conjunto debe tener una información adecuada y suficiente sobre la intención, las características

y la sólida evidencia de efectividad que informa aquellos programas y actividades dirigidos a disminuir los riesgos y reducir los daños que ocasiona el consumo de drogas. Al mismo tiempo, es preciso enfatizar la necesidad de velar para que programas, campañas y materiales específicos, no acaben utilizándose en contextos inadecuados (por ejemplo, con población general).

Los grupos de población beneficiarios de estos programas y actividades son:

- Sectores de población consumidores de drogas, no susceptibles de inclusión en programas encaminados a la abstención del consumo.

- Consumidores de heroína de larga duración.

- Entornos de población en situación de marginalidad o exclusión social (por ejemplo, personas que viven en barrios marginales, grupos vinculados a los «mercados de las drogas», personas internas en centros penitenciarios, etc.).

- Grupos de población que frecuentan entornos y participan en situaciones donde existe una especial facilidad para el consumo (por ejemplo, concentraciones juveniles en contextos de ocio y fiesta, discotecas, etc.).

- Colectivos que por determinadas circunstancias pueden verse especialmente afectados por el consumo de sustancias psicoactivas, como pueden ser los conductores de vehículos o las mujeres embarazadas.

Este tipo de programas comprende una serie variada de actuaciones entre las que cabe citar: programas de mantenimiento con metadona, intercambio de jeringuillas y kits sanitarios, talleres de sexo seguro, etc. Si bien en un principio estuvieron muy relacionados con la prevención de la infección del VIH y el SIDA, y en estrecha relación con el consumo de heroína, estos programas han ido evolucionando y en la actualidad incluyen actividades de prevención de accidentes de tráfico por consumo de alcohol y otras drogas, así como actuaciones de disminución de riesgos, especialmente en contextos de ocio nocturno.

En relación con lo anterior, los sectores de población que más se benefician de ellos se han ampliado desde unos colectivos de heroinómanos en situación marginal en sus inicios, a capas cada vez más amplias e integradas en la sociedad.

Contextos de actuación:

Para obtener un resultado eficaz en la disminución del riesgo y en la reducción del daño, las actuaciones deben llevarse a cabo, básicamente a nivel comunitario, en dos grandes ámbitos: el de la atención social, y el sanitario. En relación con ellos, cabe señalar los siguientes aspectos estratégicos:

"En el ámbito de la atención social"

- Fomentar la orientación comunitaria del conjunto del sistema de atención social, promoviendo y reforzando actividades coordinadas entre los distintos servicios existentes (recursos de calle, dispositivos itinerantes, sistema judicial, servicios de urgencias, etc.), tanto autonómicos como locales.

- Mejorar la cobertura y la accesibilidad de las personas internas en los centros penitenciarios a programas específicos de reducción de daños-intercambio de jeringuillas, metadona, etc.

- Mejorar los programas de medidas alternativas a la prisión.

- Facilitar la respuesta oportuna de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y otros colectivos dedicados a la atención ciudadana y de urgencias, frente a situaciones en las que es necesaria una intervención rápida para evitar muertes por sobredosis u otros daños evitables.

- Ampliar la cobertura de programas de calle o de contacto, acceso y detección precoz de problemas que afectan a grupos de población en situación de riesgo.

- Reforzar los sistemas de alerta y detección de nuevos consumos.

- Mejorar la información relativa a los recursos asistenciales y optimizar los procesos de cribaje y derivación a los servicios pertinentes.

"En el ámbito sanitario"

- Fomentar la orientación comunitaria del conjunto del sistema sanitario y su coordinación con los recursos sociales, promoviendo y reforzando actividades coordinadas entre los distintos servicios existentes (Salud Pública, Atención Primaria, servicios sanitarios de urgencias, etc.), tanto autonómicos como locales.

- Promover la coordinación entre la atención primaria, los centros de atención a drogodependientes, los centros de salud mental y los dispositivos de apoyo, con el propósito de generar sinergias en el abordaje de los problemas ocasionados por el consumo de drogas.

- Optimizar la implicación de las oficinas de farmacia y de los farmacéuticos en los programas de intercambio de jeringuillas y de información y consejo.

- Mejorar la calidad de la actuación de los servicios de urgencias hospitalarios mediante la capacitación de los profesionales y el diseño conjunto de procedimientos de atención con el objetivo principal de la reducción de daños (morbimortalidad directa e indirecta) y la detección y derivación de los pacientes.

- Mejorar la respuesta de los servicios de emergencias y de la atención especializada.

5.1.3 Asistencia e integración social

El análisis y la revisión de las políticas de drogas en los últimos años en España permiten observar el cambio producido en la percepción social del fenómeno del consumo de drogas y de las drogodependencias. Quizás el más significativo resida en la concepción de las adicciones como una enfermedad más y, por tanto, en el reconocimiento de que los

afectados por las mismas tienen derecho a la correspondiente atención sanitaria y social.

La atención sanitaria y social de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas debe estar adaptada a las nuevas necesidades, siendo necesario que se garantice, atienda, facilite, coordine e incremente la misma, desde la máxima de que cualquier programa está en función de las necesidades del individuo.

Las características de la atención sanitaria al drogodependiente deben contemplar, como principios básicos, la individualización del tratamiento, la atención normalizada desde los diferentes recursos sanitarios de la red asistencial pública, la integralidad y coordinación de los recursos implicados, así como la posibilidad de presentar una cartera de programas diversificados y flexibles adaptados a la realidad del usuario, a la hora de establecer el plan terapéutico.

El contexto asistencial en el que se desarrolla la desintoxicación y la deshabituación de la conducta adictiva es de relevante importancia, y cada vez está más extendida la conclusión de que existe una relación directamente proporcional entre las actuaciones sanitarias y sociales en el marco natural del entorno del paciente y el éxito terapéutico.

Por otro lado, al alto grado de calidad ya alcanzado por las redes asistenciales en el conjunto del Estado en la actualidad, se trata de añadir la máxima precocidad posible en las intervenciones (detección de factores de riesgo y cribaje, derivación, diagnóstico de la adicción, inicio de la deshabituación, y estrategias de mantenimiento y consolidación de la abstinencia), así como de garantizar la calidad (efectividad, eficiencia, equidad) de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, para lo cual es imprescindible la coordinación entre los servicios sociales, el sistema judicial y los servicios sanitarios.

Las recaídas en el consumo de drogas, una vez iniciado el proceso de tratamiento, forman parte del mismo y como tal han de abordarse, tanto por los profesionales como por el propio paciente y el entorno familiar y social que le rodea.

Se debe tener en cuenta que, para muchas personas, el problema no es única y exclusivamente el abandonar el consumo de una determinada sustancia, sino otras circunstancias: policonsumos, enfermedad mental, precariedad económica, desarraigo social, laboral y/o familiar, y en general ruptura o inexistencia de vínculos sociales integradores. En este sentido, se debe prestar una especial atención a la potenciación y mejora de los recursos de inserción social para aquellas personas que abandonan las instituciones penitenciarias.

Asimismo, es fundamental reforzar los mecanismos que promueven la «no desvinculación» de las personas en tratamiento de su medio laboral y, en todo caso, que faciliten la reinserción en el mismo. Se hace necesaria una atención integral y coordinada dirigida a la incorporación social de la persona, al acceso y disfrute de los derechos sociales básicos (vivienda, empleo, educación, salud, protección social, etc.), que, además, tenga en cuenta los distintos perfiles de las personas, no sólo desde las carencias, sino, sobre todo, desde sus potencialidades y capacidades, lo que exige la diversidad y personalización en la atención, acompañamiento y tratamiento.

Poblaciones diana:

En este apartado, los sectores de población sobre los que se debe trabajar son:

- Personas con problemas de adicción que se hallan en tratamiento en los diversos recursos de la red pública o específica de atención (centros ambulatorios, comunidades terapéuticas, etc.).

- Personas que consumen drogas y que acuden a la red sanitaria general por problemas relacionados con su consumo o por otros problemas de salud.

- Personas con problemas de adicción o que han logrado la abstinencia y, en ambos casos, se hallan en vías de inserción social (laboral, formativa, etc.).

- Personas que se hallan internas en centros penitenciarios o están siguiendo programas alternativos al cumplimiento de penas de prisión.

- Menores consumidores de drogas, internos en centros de protección o reforma.

- Las familias o el entorno de las personas con problemas de adicción, con especial atención a los descendientes.

- Las personas afectadas por patología dual, que presentan cuadros comórbidos complicados que se cronifican y empeoran la evolución y el pronóstico del problema adictivo.

Contextos de actuación:

Los entornos desde donde se desarrolla este ámbito de intervención son:

"El sistema sanitario"

Mediante la implicación de los servicios de atención primaria y de los dispositivos de apoyo específicos (centros de atención y seguimiento; centros de salud mental, etc.), pero siempre tendiendo a la «no duplicación» de redes asistenciales. Adicionalmente, hay que prestar atención al fomento de la coordinación entre el primer escalón asistencial y la atención especializada.

"Los servicios sociales"

Mediante la coordinación entre trabajadores sociales de los sistemas social y sanitario.

"El ámbito laboral"

Asegurando la coordinación de los servicios de prevención de riesgos laborales, los comités de empresa y los sindicatos, tanto con los servicios sanitarios como con los sociales.

"El sistema judicial"

Promoviendo la coordinación con el sector socio-sanitario y facilitando un enfoque judicial orientado a la incorporación social de las personas en situaciones vulnerables.

5.2 Reducción de la oferta

La moderna criminalidad organizada se caracteriza por su capacidad para aprovechar las oportunidades que le facilita un nuevo modelo cultural basado en la globalización económica y social, configurada a partir de la revolución tecnológica que ha permitido un incremento extraordinario de la capacidad para mover personas y mercancías a través de los nuevos medios de comunicación, el aumento de los intercambios casi instantáneos de datos e información y la posibilidad para transferir capitales entre puntos muy distantes del planeta en un tiempo muy reducido.

Como parte básica de la amenaza derivada del crimen, el tráfico de drogas, el desvío de precursores y el blanqueo de capitales relacionado, constituyen fenómenos de la máxima importancia para explicar el crimen organizado, y deben formar parte fundamental de cualquier estrategia contra el delito.

En relación con este apartado, la Estrategia Europea 2005-2012 señala que el resultado a conseguir es una mejora apreciable de la efectividad, la eficacia y los conocimientos en las intervenciones y actuaciones de las fuerzas y cuerpos de seguridad de la UE y sus Estados miembros centradas en la producción y el tráfico de droga, el desvío de precursores, el tráfico de drogas de síntesis y el blanqueo de dinero en conexión con la delincuencia relacionada con la droga.

En este ámbito, las actuaciones son muy distintas según se trate de drogas de acceso legal (tabaco alcohol) y medicamentos o de drogas ilegales.

En el primer caso, se debe poner el énfasis en la normativa sobre publicidad, venta y consumo, haciendo especial referencia a las edades y

lugares donde se puedan vender dichos productos y donde sea legal su consumo, junto con las circunstancias aplicadas en cada caso.

En lo que se refiere a las drogas ilegales, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Vigilancia Aduanera, los organismos judiciales y especialmente la Fiscalía Antidroga, actúan en esta parte del proceso genérico oferta-demanda, afectando a cuatro grandes áreas vulnerables de las organizaciones criminales:

1. El proceso de producción de las drogas a partir de materias primas y precursores.

2. El proceso de distribución mayorista de las sustancias, incluyendo el tráfico internacional y el tráfico interno en cada Estado.

3. El proceso de distribución minorista, es decir, de distribución al consumidor final de la sustancia.

4. El proceso de transformación de las ganancias obtenidas en bienes económicamente cuantificables.

España no es un país caracterizado por la fabricación de sustancias ilegales a partir de materias primas cultivadas, ni a partir de procesamientos químicos que transformen los principios activos en sustancias consumibles por los demandantes.

Sin embargo, es necesario prestar atención a los eventuales procesos de desplazamiento de laboratorios de elaboración de toda clase de drogas, singularmente cocaína, heroína y drogas de síntesis que pueda tener como resultado la progresiva instalación de dichos laboratorios en nuestro país.

La lucha contra la distribución mayorista de ciertas drogas (hachís y cocaína singularmente) ha sido tradicionalmente un punto fuerte en las acciones españolas contra el tráfico mundial de drogas, especialmente en Europa. Durante años, España ha sido el país europeo líder en cantidades incautadas de resina de hachís y de clorhidrato de cocaína, y su

posición en el ámbito mundial ha sido desde hace años una de las más altos en la relación de cantidades incautadas.

La creación, a finales de 2006, del Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO), una de cuyas funciones consiste en desarrollar Inteligencia Prospectiva sobre todas las modalidades de crimen organizado, incluyendo la derivada del tráfico de drogas y el blanqueo de capitales, ha supuesto un impulso considerable en lo que se refiere a estas tareas.

Consciente de la necesidad de formalizar mecanismos de coordinación eficaces entre las unidades y servicios competentes en la lucha contra el tráfico de drogas, el CICO asumió también funciones de coordinación operativa a fin de mejorar la eficacia policial y racionalizar los recursos empleados en la lucha contra esta modalidad de crimen organizado.

La mejora continuada de las medidas para reducir la oferta de drogas que se han puesto en marcha durante la vigencia de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, junto con la adaptación de las mismas a las tendencias actuales ha marcado la orientación de los aspectos estratégicos concretos en el área de la reducción de la oferta de drogas.

Los aspectos estratégicos a considerar y de mayor relevancia son:

- Perfeccionar las capacidades de Inteligencia sobre el fenómeno de las drogas, al objeto de comprender todas sus dimensiones, predecir sus tendencias y posibilitar la reacción anticipada ante las nuevas modalidades de tráfico de drogas ilegales y blanqueo de capitales.

- Desarrollar y mejorar los mecanismos operativos de lucha contra la oferta de drogas a través de la optimización de los recursos judiciales y policiales especializados.

- Reforzar la coordinación operativa entre Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Vigilancia Aduanera y Policías Autonómicas con competencias.

- Profundizar en los mecanismos de colaboración policial y judicial internacional en los foros y áreas territoriales de interés estratégico para España, singularmente Unión Europea, América Latina, Norte de África, África Occidental, Este de Europa, Asia central y Extremo Oriente.

- Desarrollar planes de formación específicos en la investigación del tráfico de drogas, así como en la investigación patrimonial y blanqueo de capitales relacionados con dicho tráfico, dirigidos a mandos intermedios y personal de base de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Vigilancia Aduanera y Policías Autonómicas.

- Desarrollar planes de intervención policial contra el consumo de drogas en virtud de lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1992, de Prevención de la Seguridad ciudadana. Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado diseñarán y aplicarán estos planes, procurando, en su caso, la participación de las policías autonómicas y locales.

Se mantendrán los Planes de Respuesta Policial al tráfico minorista y consumo de drogas en los centros educativos y sus entornos, y en las zonas, lugares y locales de ocio y diversión, de forma constante y su activación especial en períodos determinados (vacaciones de verano, festividades nacionales y locales), primordialmente orientadas a garantizar la seguridad de los jóvenes y los menores.

5.3. Mejora del conocimiento científico básico y aplicado

En relación con la información y la investigación, la Estrategia europea 2005-2012, señala como resultado a conseguir: «una mejor comprensión del problema de la droga y el desarrollo de una respuesta óptima al mismo, mediante una mejora apreciable y sostenible de la base de conocimiento y de su infraestructura».

Por su parte, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 tiene como objetivos en este ámbito «incrementar la cantidad y la calidad de la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacio-

nadas con las drogas y su capacidad de producir adicción, su consumo y su prevención y tratamiento» y «potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones».

Un aumento de la evidencia científica redundará en una mayor eficacia y mejores resultados de las intervenciones a realizar, y la apropiada evaluación de éstas podrá sumarse a la evidencia disponible.

Las áreas estratégicas en este campo son las siguientes:

- Impulsar la actividad investigadora en aspectos menos explorados como son los nuevos retos planteados en el ámbito de las drogodependencias, las motivaciones del consumo, las diferencias de género en el fenómeno de las drogodependencias y las características de la oferta.

- Establecer líneas prioritarias de trabajo basadas en criterios de efectividad y de viabilidad.

- Fomentar la realización de revisiones y metaanálisis en el ámbito del conocimiento científico, y en el de la eficacia y eficiencia de las intervenciones.

- Promover activa y selectivamente la investigación aplicada y la evaluación de programas e intervenciones, haciendo especial hincapié en los criterios de eficiencia e igualdad.

Se debe garantizar el incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos de investigación evitando duplicidades, y buscando la complementariedad de objetivos y resultados desde las entidades que financian estos proyectos.

Los ámbitos en los que se deben promover y desarrollar las actividades se refieren a la investigación básica; la aplicada y la evaluativa. En consonancia con lo anteriormente expuesto, desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y los Planes Autonómicos, se marcarán las orientaciones y prioridades de los proyectos a realizar por las instituciones y organismos responsables del fomento y el desarrollo de la actividad investigadora.

En el ámbito preventivo es necesario promover y apoyar la recogida y análisis de nuevos indicadores relevantes para la toma de decisiones en prevención. Debe procurarse, también, la validación experimental de programas y materiales existentes o en desarrollo, así como la validación de instrumentos de medida de resultados que hayan sido desarrollados y validados en otros contextos culturales.

En el ámbito asistencial se promoverá la investigación sobre efectividad asistencial y sobre la satisfacción de los usuarios de las redes y recursos, incluidos los propios profesionales.

Para todo ello es necesario fomentar la difusión y transferencia de información sobre los resultados de los estudios y proyectos financiados desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, los Planes Autonómicos y los Entes Locales.

Se debe contemplar:

- La optimización de los datos disponibles en las bases de datos de los programas estatales, autonómicos y locales.

- La recopilación y análisis de los datos procedentes de los estudios y proyectos subvencionados desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y otras fuentes financiadoras.

- La monitorización y vigilancia periódica de la evolución de los distintos indicadores.

En este marco de trabajo los esfuerzos deben orientarse a:

- La elaboración de criterios y requisitos para la presentación de proyectos que aspiren a recibir subvenciones en el ámbito de la investigación.

- El establecimiento de prioridades operativas elaboradas de manera que disuadan efectivamente la presentación de proyectos que no se ajusten a las mismas.

- La publicación y difusión de los resultados de las investigaciones financiadas.

- El análisis del impacto de las actividades en términos de efectos sobre la prevención; la reducción de daños y el fomento de la equidad.

- La promoción del análisis de costes y evaluación del impacto económico derivado de las actividades desarrolladas.

- La facilitación, y fomento de la sostenibilidad de redes de investigación específica que permitan la cooperación multidisciplinar y multisectorial.

- La promoción y desarrollo de la investigación participativa. La investigación, en este campo, no puede quedarse limitada a los grupos de profesionales o expertos que habitualmente se dedican a ello, sino que es necesario fomentar e implicar a otros actores que aporten visiones nuevas y complementarias de las ya existentes.

- El impulso de programas de investigación específicos en los centros del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Universidades, parques de investigación y empresas privadas.

- El fomento de la participación y la cooperación con instituciones y organismos de ámbito internacional que lleven a cabo su actividad investigadora en el campo de las drogodependencias (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Consejo de Europa, etc.).

5.4 Formación

Aun tratándose de un ámbito transversal que impregna toda la Estrategia, se contempla también de manera individualizada, ya que se trata de una dimensión básica para conseguir mejorar la competencia de los actores implicados en la prevención y el control de los problemas relacionados con las drogas.

Por ello, los propósitos de este ámbito de actuación se refieren a la mejora de la calidad de todas las intervenciones y actuaciones contempladas en la Estrategia, con una marcada preferencia por el de la reducción de la demanda, y a la contribución a la mejora de la calidad de cualquiera de los otros ámbitos.

Se trata, pues, de contribuir a la mejora de las competencias profesionales de quienes desarrollan su trabajo en los servicios sociales, educativos y sanitarios. Especialmente, en los contexto concretos donde se realicen actuaciones destinadas a la promoción de estilos de vida saludables y a la difusión de contenidos relacionados con un mejor desarrollo de la salud en la comunidad (centros educativos, de recursos sociales y de salud de la atención primaria, así como de los recursos propios de la salud pública, etc.).

Se fomentará, también, la mejora de la capacitación de las personas que trabajan, remunerada o voluntariamente, en las entidades ciudadanas y comunitarias, así como la contribución al desarrollo de las competencias del resto de agentes implicados: profesionales de los servicios de prevención de riesgos laborales, educadores, responsables de los servicios de sanidad penitenciaria, trabajadores y profesionales del sector del ocio, profesionales de los medios de comunicación, etc.

Para conseguir llevar a cabo efectivamente este tipo de contribuciones, los aspectos que deben marcarse coordinadamente desde el Plan Nacional Sobre Drogas, en colaboración con los responsables del sistema educativo, son:

- Establecer las prioridades, formular los objetivos y diseñar los procedimientos de evaluación de los programas de formación, tanto propios como subvencionados.

- Elaborar criterios y procedimientos de acreditación de los programas de formación de los profesionales que trabajan en drogodependencias.

- Aumentar y diversificar la oferta formativa estableciendo prioridades y requisitos que estimulen el diseño y el desarrollo de formación en aquellas facetas que se consideren más relevantes, o en las que se hayan detectado carencias.

- Promover la formación en técnicas concretas de investigación y en la transmisión y difusión de los conocimientos en las áreas científica y social.

Los colectivos a los que se deben ofrecer las actividades y programas de formación son, entre otros:

"Asociaciones y entidades ciudadanas"

En este caso, la oferta formativa debe estar abierta a las demandas existentes, pero incorporando criterios de calidad, así como programas específicos para las entidades que reciban subvenciones de las distintas instancias que constituyen el Plan Nacional sobre Drogas. De especial relevancia se debe considerar el papel a desarrollar con y por las Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPAS) ya que debe suponer un refuerzo de complementariedad añadido al trabajo que desarrolla el personal docente.

"Profesionales que integran la comunidad educativa"

Facilitar al profesorado formación e información fiable que incluya criterios de valoración, así como de aplicación de contenidos y métodos apropiados a cada etapa evolutiva. Complementariamente, es conveniente promover y facilitar la implicación voluntaria de adolescentes con interés en participar en intervenciones de prevención entre iguales.

"Profesionales de la salud y de los servicios sociales"

Aunque ya se ha expuesto anteriormente, se debe hacer hincapié en la necesidad de formación y actualización permanente de los profesionales y trabajadores implicados en la asistencia a las personas afectadas por problemas de adicción relacionados con las drogas y a sus familias.

"Profesionales de la comunicación"

Se promoverán acciones dirigidas a la formación de profesionales de los medios de comunicación, a fin de mejorar su capacidad para que

los mensajes que difunden se adecuen a los criterios mencionados anteriormente.

"Población laboral"

Debe realizarse en una doble dirección: Por un lado, dirigida a miembros de Comités de Empresa, servicios de prevención de riesgos laborales, sindicatos, etcétera, de manera que se les faciliten instrumentos de intervención en sus ámbitos de actuación. Por otro, a profesionales de servicios dedicados al ocio, particularmente de jóvenes, ya que es un ámbito en el que se produce una parte muy considerable de los consumos de drogas.

"Agrupaciones familiares de personas afectadas"

Se deben realizar ofertas formativas ágiles y adaptadas, dirigidas a mejorar la relación familiar y a promover su implicación en la prevención, el apoyo y la reinserción.

"Profesionales que prestan sus servicios en los centros penitenciarios"

Se fomentarán las acciones tendentes a mejorar la formación de los profesionales que trabajan en dicho sector.

"Profesionales de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales"

En este caso se deben realizar también acciones en doble dirección. Por un lado fomentando y mejorando sus capacidades en la lucha contra la oferta y por otro potenciando su vertiente de colaboración en la reducción de la demanda.

"Profesionales de la Justicia"

Se debe fomentar la sensibilización de dicho colectivo ante este problema que comprende aspectos legales, sanitarios y sociales.

5.5 Cooperación internacional

Los problemas generados por las drogas ilegales trascienden el ámbito nacional. La producción, el tráfico y sus delitos conexos así como el consumo de drogas poseen una dimensión mundial, más allá de áreas geográficas determinadas.

Los principios establecidos en la comunidad internacional pasan por tener en cuenta los siguientes aspectos:

"Enfoque equilibrado"

Las iniciativas dedicadas a hacer frente al fenómeno de las drogas han de regirse por un abordaje integral, por lo que han de incluirse las acciones destinadas a la reducción de la oferta de drogas, la prevención del consumo, y la atención a las personas con problemas de adicción.

"Responsabilidad compartida"

Los problemas relacionados con las drogas afectan a la comunidad internacional y todos los actores de la cooperación internacional juegan un papel en el que se comparten esfuerzos e iniciativas para así reforzar las actuaciones. Carece de sentido por ello hacer divisiones entre áreas geográficas determinadas, países o regiones, adjudicando la condición de productor, traficante o consumidor y estableciendo políticas discriminatorias al respecto.

Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, la cooperación internacional ha constituido un área de atención preferente para las autoridades españolas competentes en la materia, dado que dicha cooperación se desarrolla en diversos ámbitos de actuación y con la participación decidida de numerosos organismos e instituciones. Hay que tener en cuenta, además, las circunstancias que hacen de España un lugar estratégico para el tráfico de drogas ilegales en el contexto mundial y europeo, así como las crecientes dimensiones del consumo global de drogas que se tratan en otro apartado de esta Estrategia.

Ambos factores han consolidado una presencia permanente de representantes españoles en los foros de cooperación internacional sobre drogas, ya sean de ámbito mundial o regional. Al mismo tiempo, existe un reconocimiento internacional de la experiencia de los profesionales españoles, por lo que la presencia de éstos viene siendo solicitada por parte de diversas instancias para desarrollar actividades de formación, así como para el intercambio de informaciones y la constitución de equipos y redes de colaboración internacionales.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 cumple una doble función en el ámbito internacional: por un lado debe necesariamente encuadrarse en la unidad de representación y actuación del Estado español en el exterior y, por otro, consolidar todos los esfuerzos internacionales llevados a cabo hasta el presente. En este sentido, hay que recordar una vez más que el fenómeno de las drogas es dinámico y que es necesario disponer de instrumentos que permitan responder a las nuevas necesidades que puedan surgir, tanto en lo que se refiere a la aparición de nuevas sustancias y nuevos métodos de consumo, como al trazado de nuevas rutas para el tráfico ilícito de sustancias, lo que a nivel internacional podría dar lugar a nuevas áreas de cooperación. Todo ello hace necesaria la creación de un instrumento flexible, capaz de responder a la realidad cambiante ya descrita.

Es necesario destacar la dimensión profesional de esta cooperación, con una continuada transferencia de conocimientos y experiencias, tanto en aspectos de prevención y asistencia a las drogodependencias, como en la formación e investigación. La cooperación internacional sobre drogas incide en las políticas de cooperación al desarrollo en aquellos países donde esta dimensión resulta fundamental.

En el ámbito internacional, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 consolida todos los esfuerzos llevados a cabo hasta el presente, se encuadra en la necesaria unidad de representación y actuación del Estado español en el exterior y tiene la vocación de estar pendiente de nuevos desarrollos que puedan surgir en el dinámico campo de las drogas con objeto de avanzar en nuevas áreas de cooperación.

Cabe señalar los ámbitos de cooperación internacional siguientes:

"Naciones Unidas"

La participación de España en las actividades de las Naciones Unidas constituye un ámbito destacado de la cooperación española sobre drogas. El Gobierno español coopera desde antiguo en los órganos de decisión política del sistema de Naciones Unidas y presta asistencia técnica y financiación de proyectos ejecutados por los órganos especializados en drogas.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 impulsará la presencia activa de España en la cooperación con las Naciones Unidas sobre drogas.

"Unión Europea"

La Unión Europea desarrolla su Estrategia europea en materia de lucha contra la droga 2005-2012 a través de la mejora de la coordinación entre los Estados miembros y la Comisión, así como en el fomento y la continuación de un planteamiento equilibrado de los problemas relacionados con las drogas.

La Estrategia Europea tiene un carácter horizontal y abarca actuaciones dirigidas a promover la salud pública en las personas que consumen drogas, luchar contra el tráfico de drogas y delitos conexos y promover la cooperación de la Unión Europea ante organizaciones y foros internacionales y en sus relaciones con países y áreas geográficas de todo el mundo.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 se asociará estrechamente a las actuaciones que se deriven de la Estrategia Europea contenidas en el Plan de Acción 2009- 2012 que la desarrolla y promoverá las iniciativas españolas que se presenten en la Unión Europea.

"Otros ámbitos de la cooperación internacional sobre drogas"

Son numerosos los foros de cooperación, general y especializada, en los que se desarrolla la cooperación internacional sobre drogas en las

diversas dimensiones de los problemas planteados por la producción, el tráfico y delitos conexos a la comercialización y el consumo de drogas.

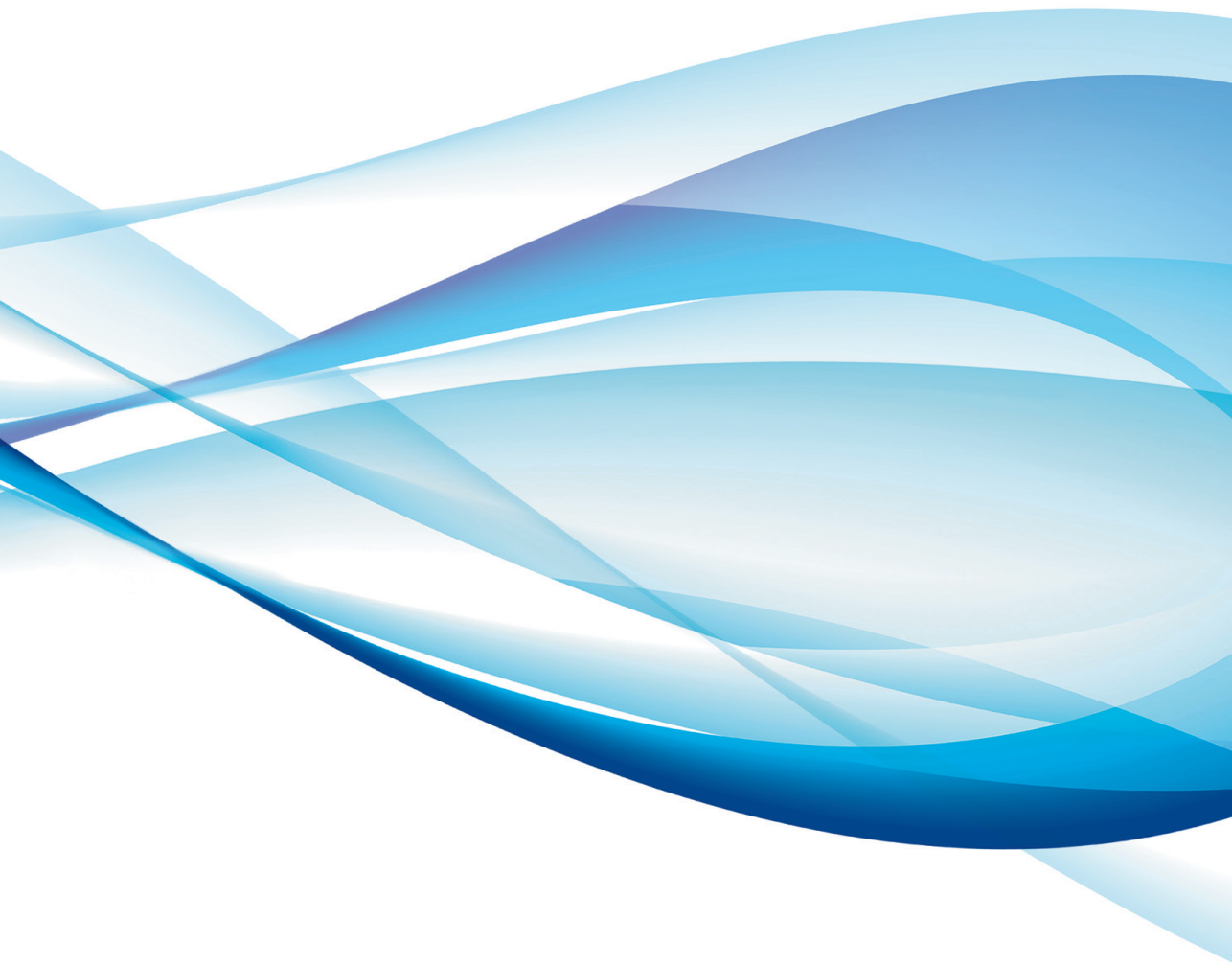
Los Planes de Acción que desarrollan la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 incluirán las acciones a realizar por España en ámbitos específicos, y en los organismos internacionales correspondientes de la cooperación internacional sobre drogas.

"Áreas geográficas de atención preferente"

La política exterior del Gobierno español señala, entre sus prioridades, la cooperación con Iberoamérica y la cuenca mediterránea. En esas áreas geográficas, la cooperación española en materia de drogas ha venido desarrollándose con continuidad de forma bilateral con países concretos o en las estructuras regionales existentes. Son numerosos los proyectos realizados para la prevención del consumo de drogas, la desaparición de cultivos ilícitos y la lucha contra el tráfico de drogas.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 promoverá la presencia activa de España en la cooperación sobre drogas que se desarrolla con Iberoamérica y con los Estados de la cuenca mediterránea.

6. Evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016



La evaluación de las políticas públicas se ha convertido, en los últimos años, en un requisito indispensable de la acción de la Administración, debido, por una parte, a la obligación de rendir cuentas a la sociedad sobre la utilización de los recursos públicos y, por otra parte, a la necesidad de mejorar el conocimiento sobre los efectos de las acciones llevadas a cabo y de los mecanismos que los explican. Sólo incrementando este conocimiento es posible mejorar, de forma paulatina, la efectividad y eficiencia de las actuaciones emprendidas.

La Estrategia 2009-2016, al igual que otras estrategias del sector público, incluye una propuesta de evaluación, cuyo objetivo general es hacer un juicio de valor de la misma mediante un abordaje científico. En concreto, esta evaluación persigue conocer si se están llevando a cabo en la forma prevista las intervenciones recogidas en la Estrategia, si se alcanzan sus objetivos y, si se producen desviaciones, detectarlas precozmente, en su caso, y proponer las medidas correctoras oportunas. Por tanto la evaluación debe considerarse como una parte de la propia estrategia y no como un elemento adyacente a la misma.

Su diseño debe contemplar los siguientes criterios:

- Evaluación de la eficacia o efectividad en la consecución de los objetivos, así como la eficiencia de los recursos y mecanismos puestos en marcha para conseguir lo previsto.

- Garantía de la credibilidad y solidez de los datos y resultados que aporte, mediante la adopción de una metodología objetiva y de calidad. Para ello es oportuno que se realice de forma mixta, contando con la colaboración de agentes externos que garanticen estos dos aspectos.

- Participación en la evaluación de todos los agentes interesados en la Estrategia, incluyendo Administraciones Públicas, Organizaciones no Gubernamentales, sociedades científicas, asociaciones de consumidores, sindicatos, y pacientes, entre otros.

- Análisis de su contribución a la promoción de valores finales como la equidad, la igualdad y la calidad de vida.

- Establecimiento de los períodos idóneos para realizarla. Debe incluir una evaluación basal, que ofrezca un dibujo del estado de situación inicial, evaluaciones intermedias realizadas de forma periódica que permitan conocer precozmente si se producen desviaciones y proponer las medidas correctoras oportunas y una evaluación final que ofrezca una visión de los resultados obtenidos y de los mecanismos que los explican.

- Los momentos en los que se realice la evaluación deben determinarse de manera que garanticen su contribución a un proceso continuo de toma de decisiones que permita conseguir los objetivos finales marcados.

- Inclusión de mecanismos que permitan mejorar el conocimiento sobre las relaciones de causalidad, incluyendo el análisis de factores contextuales que ayuden a su comprensión.

  Para establecer esos vínculos de causalidad, los Planes de Acción que desarrollen la Estrategia contemplarán las siguientes actividades:

  – Selección de intervenciones para las que, en la mayoría de los casos, haya evidencias razonables sobre su eficacia o efectividad.

  – Clasificación de los objetivos de las estrategias, en cada uno de sus ámbitos, en objetivos de proceso, producto y resultado.

- Combinar de forma equilibrada la necesidad de saber con los recursos disponibles. En este sentido, se cuenta con algunos de los desarrollos metodológicos incluidos en la evaluación de la Estrategia 2000-2008, tales como la identificación de indicadores clave y fuentes de información que puedan servir para la monitorización de las acciones y los resultados.

  Una buena parte de los indicadores que informen sobre la consecución de los objetivos serán comunes con los usados en la Estrategia 2000-2008, para poder realizar monitorización a largo plazo. Además, habrá de tener indicadores calculables con los sistemas de información sanitaria actualmente disponibles.

Una vez aprobada la Estrategia Nacional 2009-2016 y formulado el Plan de Acción 2009-2012, en colaboración con las instituciones implicadas, se establecerán los objetivos concretos de la evaluación y la metodología para llevarla a cabo.

Para detectar precozmente desviaciones en las intervenciones, la evaluación deberá incluir la revisión del progreso en los indicadores de proceso, y de resultados, lo que, además, supondrá un potente estímulo para conseguir los objetivos propuestos.





GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLITICA SOCIAL

pnsd
plan nacional sobre drogas

ANEXO IV

Observatorio Español de la droga y las Toxicomanias.

Informe 2011

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS

INFORME 2011

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

INFORME 2011

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS

Situación y tendencias de los problemas de drogas en España

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
pnsd plan nacional sobre drogas

REDACCIÓN

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT)
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)

Elena ÁLVAREZ
Begoña BRIME
Julia GONZÁLEZ
Noelia LLORENS
Mercedes RUBIO
Aurora RUIZ
Rosario SENDINO

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

Andalucía
Fernando ARENAS

Aragón
Ana Isabel NAVARRO
Milagros SOLER

Asturias
José Ramón de HEVIA
Margarita EGUIAGARAY
José Antonio GONZÁLEZ

Baleares
Joana ROVIRA
Elena TEJERA
Margarita CRESPI

Canarias
Nicolás AMADOR
Pilar Teresa DÍAZ

Cantabria
M Carmen DIEGO
Inés RUIZ

Castilla-La Mancha
Miguel Ángel GARCÍA
Carmen DE PEDRO

Castilla y León
Ana SÁNCHEZ
Susana REDONDO

Cataluña
Josep Mª SUELVES
M. Teresa BRUGAL

Extremadura
Antonia María VAS
Juan Carlos MARTÍN

Galicia
Bernardo SEOANE
Jaime FRAGA

Madrid
Ana RUIZ
Julio PÉREZ
Luis Fernando PORTALES

Murcia
Ana Belén VILLAR
Isabel CASCALES
Juan Emilio URAN

Navarra
Miguel MARTÍNEZ

País Vasco
Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA
Oskar LONGO

La Rioja
Juan DEL POZO
Ana GONZÁLEZ

Comunidad Valenciana
Francesc J. VERDÚ
Mª Lidón CALDUCH

Ceuta
Miguel Angel MANCILLA

Melilla
Natalia MARTÍNEZ

AGRADECIMIENTOS

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

- Los coordinadores de los departamentos autonómicos de drogas, los trabajadores de los sistemas de información sobre drogas en las comunidades autónomas; así como a todas las instituciones y personas que aportan rutinariamente información al sistema, en particular a los centros de tratamientos de drogas, los servicios de urgencia hospitalarios, los institutos de medicina legal, las unidades de tratamiento de Instituciones Penitenciarias, los laboratorios de toxicología y los centros educativos de enseñanzas secundarias.
- Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO). Secretaría de Estado de Seguridad. Ministerio del Interior.
- Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Ministerio de Educación y Departamentos de Educación de las Comunidades Autónomas.
- Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Economía y Hacienda.
- Departamentos del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia.
- Eva SÁNCHEZ, por su ayuda en el tratamiento de textos y en la elaboración de tablas y figuras.
- Antonia DOMINGO-SALVANY. IMIM (Instituto de Investigación Hospital del Mar).

INFORMACIÓN DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS (OEDT)

Dirección: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Calle Recoletos, 22 - 28071 Madrid
Teléfono: 91 822 00 00 - Fax: 91 822 61 08
Correo electrónico: cendocupnd@msssi.es
Internet: www.pnsd.msssi.gob.es



Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
Centro de Publicaciones
© SECRETARÍA GENERAL DE POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 860-11-280-9
NIPO en línea: 860-11-278-0
Depósito legal: M-46378-2011

Diseño y maquetación: Quadro

Una información veraz, bien estructurada, actualizada, periódica y continuada es la mejor herramienta para el correcto desarrollo de políticas en cualquier sector. Nos permite evaluar lo que se ha hecho y lo que falta por hacer, al tiempo que muestra la orientación a seguir en la planificación de las políticas a desarrollar, permitiendo las correcciones necesarias en el momento oportuno. Es decir, evaluar y diseñar políticas.

Eso es exactamente lo que recoge esta publicación: información sobre la situación real del consumo de drogas en nuestro país. Y eso es precisamente lo que nos va a permitir la modificación, continuación o puesta en marcha de medidas adecuadas para combatir con los medios óptimos la lacra social que supone el consumo de drogas y la drogadicción.

El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías nos ofrece, pues, una información relevante que debemos poner en valor como instrumento de planificación. Una información que proviene de las fuentes directas donde se genera, que son las Comunidades y Ciudades Autónomas, a las que resulta obligado agradecer su esfuerzo y su interés.

Una información que elabora el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, a partir de diversas fuentes de datos y que ya mantiene una serie continuada y regular en el tiempo que le dota de un valor extra por las posibilidades comparativas que ofrece.

Una información que resulta no sólo útil, sino imprescindible para todos los que, de una manera u otra, estamos comprometidos con la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en relación a la drogadicción.

El informe actual contiene los datos correspondientes a la *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España* (EDADES) de 2009-2010, entre residentes en España de 15-64 años que, con referencia a las otras encuestas europeas, como debe ser para que sean útiles y comparativas, es una de las que presenta una mayor muestra y una de las series históricas más dilatadas, así como los datos procedentes de la *Encuesta Estatal sobre Consumo de Drogas entre Estudiantes de Enseñanza Secundaria* de 14 a 18 años (ESTUDES), de 2010.

Ambas encuestas, con resultados más generales y significativos, confirman que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida y el cannabis la droga ilegal que presenta el consumo más elevado, que el policonsumo es un patrón que se generaliza entre los consumidores y en el que el alcohol participa en una mayoría significativa de casos, que se estabilizan los consumos de alcohol, heroína y cannabis, que el consumo de hipnosedantes es mayoritario entre mujeres y, como dato muy positivo, que, por primera vez, disminuye el consumo de cocaína así como la caída importante del consumo de tabaco a partir de la normativa aprobada de cara a la prevención del tabaquismo. También hay que destacar, por lo que supone de preocupación, el aumento de los consumos intensivos de alcohol (borracheras y atracones o *binge drinking*), especialmente entre menores de edad.

Este Informe también recoge los indicadores de problemas relacionados con las drogas, actualizados con los datos más recientes aportados por las comunidades autónomas, lo que resulta el complemento más interesante para los datos que aportan las encuestas.

Cabe destacar que por primera vez se incorpora a un documento de estas características un capítulo dedicado al Sistema de Alerta Temprana Español establecido a partir de la Decisión 2005/387/JAI del Consejo, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas, en conexión con la Red, a estos efectos establecida, de la Unión Europea y con el objeto de detectar la circulación de nuevas sustancias psicoactivas por el territorio de la Unión y el abordaje de su consumo y disponibilidad.

Esta publicación y la información que en ella se recoge se encuadran dentro de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y en su primer Plan de Acción 2009-2012, que actualmente se encuentra en fase de una primera evaluación. También se enmarca en la política general de transparencia en cuanto a datos e información relevante y útil para administraciones, organizaciones o simplemente personas interesadas.

Confío en que para todos ellos esta publicación, que sólo es posible con el apoyo y la actitud positiva de todas las comunidades autónomas, será de interés y que redunde en una mejor atención a la drogadicción y a los drogodependientes y su entorno social. Con ello habrá cumplido su finalidad.

Nuria Espí de Navas
Delegada del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

Índice

Presentación **4**

Introducción **7**

Capítulo 1. Consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas **8**

1.1. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2009 8

1.2. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 1994-2010 54

1.3. Evolución del consumo problemático de heroína y cocaína en España 126

Capítulo 2. Problemas relacionados con las drogas **131**

2.1. Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1991-2009 131

2.2. Indicador urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2009 158

2.3. Infecciones en consumidores de drogas 168

2.4. Indicador mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2009 179

Capítulo 3. Sistema de Alerta Temprana (Early Warning System-EWS) **192**

3.1. El Sistema de Alerta Temprana en Europa 192

3.2. El Sistema de Alerta Temprana Español 198

Capítulo 4. Oferta de drogas. Medidas de control **202**

4.1. Ventas de tabaco, 2000-2010 202

4.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2010 206

4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2010 209

4.4. Detenciones por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2001-2010 212

Anexos **217**

Índice de tablas 217

Índice de figuras 223

Información complementaria 230

Introducción

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

Las principales fuentes o métodos utilizados para elaborar el Informe del OEDT 2011 son: 1) la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2) la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 3) los indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad), 4) los indicadores sobre infecciones y conductas de riesgo en consumidores de drogas, y 5) los indicadores sobre control de la oferta de drogas.

EDADES y ESTUDES se realizan de forma bienal (un año EDADES y el siguiente ESTUDES), y se promueven y financian directamente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), contando la segunda con la estrecha colaboración de las comunidades autónomas. Los indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad se gestionan desde 1987 en el marco del Plan Nacional sobre Drogas como una colaboración interinstitucional en el que tienen un papel muy activo las comunidades autónomas, así como las instituciones de las que procede la información (centros de tratamiento de drogodependencias, hospitales, institutos de medicina legal y laboratorios toxicológicos). En algunos casos, los Ayuntamientos prestan también soporte a la recogida y depuración de la información. Los indicadores sobre infecciones y conductas de riesgo en consumidores de drogas proceden de varias fuentes, pero fundamentalmente de la DGPNSD y de otras divisiones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Finalmente, los indicadores de oferta y control de la oferta proceden del Ministerio del Interior, en el caso de las drogas ilegales, y del Ministerio de Economía y Hacienda en el caso del tabaco.

El presente Informe, que se ha estructurado de forma bastante parecida al Informe del OEDT 2009, contiene mucha información novedosa, incluyendo un resumen detallado de los resultados de EDADES 2009 y ESTUDES 2010, así como datos sobre los indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad de 2008 y 2009. Por su parte, los datos de sida por infección por VIH en inyectadores de drogas se actualizan hasta 2009, y los indicadores de control de la oferta hasta 2010. Por último se incluye un capítulo que describe las características y el fundamento de los sistemas de alerta temprana sobre consumo de drogas en España y la Unión Europea.

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

1.1. ENCUESTA DOMICILIARIA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA (EDADES), 1995-2009

Introducción

El Programa de Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) es un programa bienal de encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas, promovido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, que se inició en 1995, y cuenta actualmente con resultados de ocho encuestas (1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007 y 2009). Se dispone así de una serie temporal cada vez más dilatada que permite analizar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal, así como las pautas de consumo dominantes, los perfiles de los consumidores, las percepciones sociales ante el problema, y las medidas que los españoles consideran más efectivas para resolverlo.

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

En este informe se describen los objetivos, la metodología, y los principales resultados de la serie de encuestas realizadas hasta 2009.

Objetivos

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

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

a) Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas.

b) Conocer las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.

c) Conocer algunos patrones de consumo relevantes.

d) Conocer la disponibilidad de drogas percibida por la población y el riesgo percibido ante diversas conductas de consumo.

e) Conocer la visibilidad de los problemas de drogas en el lugar donde viven los encuestados.

f) Conocer la opinión de la población acerca de la importancia de los problemas de drogas y las medidas para reducirlos.

Metodología

En el cuestionario de la encuesta de 2009 se han introducido algunas modificaciones con el fin de converger en mayor medida hacia el cuestionario estándar propuesto por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA).

En todas las encuestas a partir de 1999 se mantuvieron las modificaciones metodológicas introducidas en 1997 (muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución, autoadministración de todas las preguntas relacionadas con el consumo de drogas), lo que facilita la comparación directa entre las encuestas y elimina el posible impacto de las variaciones metodológicas sobre los resultados.

En cualquier caso, para la encuesta realizada en 1995 se mantiene la comparabilidad para los indicadores esenciales, como las prevalencias de consumo, la percepción del riesgo o la disponibilidad percibida.

Universo y marco muestral

El universo o población de referencia a la que se pretenden extrapolar los resultados es la población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive. La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra incluye también la población de zonas rurales (municipios menores de 2.000 habitantes) y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla; sin embargo incluye sólo a la población residente en hogares familiares, quedando fuera de marco la población que reside en instituciones (cuarteles, conventos, cárceles, residencias de estudiantes o de ancianos, etc.), la población que vive en establecimientos colectivos (hoteles, pensiones, etc.), y la población sin techo.

Muestra

El tamaño de la muestra ha ido modificándose a lo largo de los años. Así, en 2009 fue de 20.109 personas; en 2007 la integraron 23.715, en 2005 fue de 27.934 y entre 1995 y 2003 entre 8.000 y 15.000, dependiendo de la encuesta.

La distribución de la muestra por comunidad autónoma es disproporcional a su población en todas las encuestas realizadas en el período 1995-2009, para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas. Además, algunas comunidades han financiado una ampliación de la muestra que correspondía a su territorio. En 2009, por ejemplo, financiaron ampliaciones 3 comunidades (Baleares, Cantabria y La Rioja).

El tamaño de la muestra final por comunidades varió entre 196 encuestados en Ceuta y 2.109 en Andalucía, siendo la muestra superior a 2.000 en 4 comunidades, y entre 1.000 y 2.000 en 6 comunidades (Tabla 1.1.1). La distribución por edad fue también disproporcional, sobrerrepresentando en la muestra a la población joven (15-39 años), para posibilitar un análisis más detallado en este grupo de edad, que es el más expuesto al consumo de las drogas consideradas.

El número de entrevistados, en el conjunto nacional, supera los 2.000 por cada grupo quinquenal hasta la edad de 44, y los 1.500 por cada grupo de 5 años, entre los 45 y los 64.

Se realizó un muestreo por conglomerados trietápicos sin sustitución:

- En la primera etapa se seleccionaron *secciones censales* (2.011 en 2009), correspondientes a un cierto número de municipios (902 en 2009), de forma aleatoria con probabilidad proporcional al tamaño de la sección. Previamente, se realizó una estratificación de las secciones según tamaño de hábitat, dividido en ocho categorías: menos de 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000 habitantes; de

10.001 a 20.000, de 20.001 a 50.000 habitantes; de 50.001 a 100.001 habitantes; de 100.001 a 400.000 habitantes; de 400.001 a 1.000.000 habitantes; y más de 1.000.000 habitantes. Esta operación se realizó de forma centralizada utilizando un programa informático.

- En la segunda etapa se seleccionaron *hogares,* siguiendo un procedimiento aleatorio sistemático. Esta operación fue realizada por los propios trabajadores de campo. Para ello, utilizaron como instrumentos la hoja de ruta y el callejero de la sección censal. Se consideró que un hogar estaba habitado y era vivienda habitual cuando alguna persona de 15-64 años había vivido en él al menos 8 de los últimos 12 meses, o pensaba vivir en él al menos durante 8 meses. No se consideraron hogares las residencias colectivas (cuarteles, conventos, residencias de estudiantes o de ancianos, hoteles, etc.), las segundas residencias que no eran viviendas habituales, las oficinas, las empresas, y los hogares deshabitados (confirmado por tercera persona).
- Finalmente, en la tercera etapa, tras anotar los datos del hogar seleccionado en la hoja de contacto, se seleccionó un *individuo* dentro de cada hogar, utilizando tablas de números aleatorios *ad hoc* que permitían aumentar la probabilidad de los jóvenes de 15-39 años de ser seleccionados.

Tabla 1.1.1. Distribución de la muestra por comunidad autónoma. España, 2009.

CC.AA.	PNSD	Ampliación	Realizadas	Error muestral
Andalucía	2.098	–	2.109	2,1
Aragón	828	–	846	3,4
Asturias	752	–	753	3,6
Baleares	767	338	1.111	2,9
Canarias	1.079	–	1.084	2,9
Cantabria	558	317	881	3,3
Castilla-La Mancha	1.029	–	1.033	3,0
Castilla y León	1.141	–	1.141	2,9
Cataluña	1.978	–	1.989	2,2
C. Valenciana	1.642	–	1.644	2,4
Extremadura	752	–	764	3,5
Galicia	1.202	–	1.202	2,8
Madrid	1.852	–	1.854	2,3
Murcia	883	–	910	3,2
Navarra	570	–	571	4,1
País Vasco	1.071	–	1.071	3,0
La Rioja	410	340	750	3,6
Ceuta	196	–	196	7,0
Melilla	190	–	200	6,9
Total	**18.998**		**20.109**	**0,7**

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

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

Cuestionario y trabajo de campo

Como se indicó, en 2007 y 2009 se introdujeron algunas modificaciones orientadas sobre todo a converger con el modelo propuesto por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. En el período 1997-2003 se utilizó el mismo cuestionario estándar, en 1995 uno bastante diferente, y en 2005 uno casi idéntico al de 1997-2003.

A partir de 1997 las preguntas sobre consumo de drogas han figurado en un cuadernillo aparte para ser autocumplimentadas por el encuestado con papel y lápiz. Para garantizar la confidencialidad durante este proceso, el trabajador de campo debía mantenerse alejado del encuestado y, finalizada la misma, debía introducir el cuadernillo en un sobre en presencia del encuestado junto al resto del cuestionario. La conexión entre las dos partes del cuestionario se aseguraba cumplimentando en ambas los datos del hogar. No obstante, la información de las personas que rechazaron la autocumplimentación o tenían problemas para autocumplimentar el cuadernillo (ciegos, discapacitados para escribir, analfabetos, etc.) se obtuvo mediante entrevista cara a cara.

El cuestionario incluía preguntas de clasificación, sociodemográficas, salud, percepción de riesgo, disponibilidad percibida, visibilidad del fenómeno, y opiniones y respuestas frente al problema de las drogas. Ninguna de las preguntas del cuadernillo tenía filtros ni saltos (con el fin de facilitar la circulación entre las preguntas), y carecían de la opción no sabe/no contesta (con la intención de forzar la respuesta del encuestado). La sección sobre consumo de alcohol incluyó, entre otras, preguntas sobre el número de días de consumo y de borracheras en los últimos 12 meses, el número de días de consumo en los últimos 30 días, y referido a los mismos 30 días la frecuencia de consumo de cada uno de los tipos de bebidas alcohólicas (vino/champán, cerveza/sidra, aperitivos/vermut, combinados/cubatas, licores de frutas y licores fuertes) durante los días laborables (de lunes a jueves) y durante los fines de semana y el número medio de vasos, copas o cañas de cada bebida que consumió cada día laborable y cada fin de semana conjunto (viernes+sábado+domingo) durante el período citado.

Las preguntas sobre consumo de hipnosedantes se plantearon separadamente para tranquilizantes o sedantes (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) y para somníferos (pastillas para dormir), y se refirieron al consumo en general (sin diferenciar si fue con o sin receta médica), aunque después se exploró también el consumo sin receta médica en los últimos 12 meses con el fin de mantener la comparabilidad con el período 1997-2005. Finalmente, las preguntas sobre drogas de comercio ilegal (cannabis, cocaína en polvo, cocaína base o crack, heroína, alucinógenos, éxtasis, anfetaminas, speed e inhalables volátiles) se refieren al consumo alguna vez en la vida, edad de inicio en el consumo, número de días de consumo en últimos 12 meses y en últimos 30 días.

En 2009 la tasa de respuesta sobre la muestra seleccionada inicialmente fue de un 50,1%. Las no respuestas se distribuyeron como sigue: negativas de hogar, incluyendo no apertura de puerta y negativa a que nadie del hogar sea entrevistado (22,0%), ausencia de todos los miembros del hogar (14,6%), negativas de la persona seleccionada (7,8%), ausencia de la persona seleccionada (5,5%). Según el protocolo de trabajo de campo, antes de clasificar a un hogar o a una persona como ausente y pasar a seleccionar otro hogar, el trabajador de campo debía realizar al menos tres visitas al hogar inicialmente seleccionado en horarios y días distintos.

En EDADES 2009 el trabajo de campo se realizó entre el 15 de noviembre y el 15 de diciembre de 2009, y febrero-marzo de 2010. No se realizaron encuestas en enero, para evitar la influencia de la Navidad

en las preguntas sobre consumo durante los últimos 30 días. Por lo que respecta a la supervisión, un 27,2% de las entrevistas fueron supervisadas (un 21,9% de forma telefónica y un 5,3% personalmente con visita a los hogares).

Análisis

La distribución disproporcional de la muestra por edad y comunidad autónoma no permite agregar directamente los resultados, por lo que fue necesario ponderarlos. Para devolver la proporcionalidad a la muestra, los resultados de cada encuesta se ponderaron por comunidad autónoma (19 grupos), edad (10 grupos) y sexo (2 grupos). Ello obligó a asignar individualmente 380 coeficientes de ponderación diferentes. La ponderación por comunidad autónoma y edad se justifica por la desproporción de la muestra según estas variables derivada del diseño muestral, y la ponderación por sexo se realizó para equilibrar la posible desproporción de la muestra derivada de la mayor probabilidad de ausencia del hogar de los hombres.

El análisis que se presenta a continuación se ha basado principalmente en el cálculo de la prevalencia de consumo de las diferentes drogas psicoactivas utilizando diversos períodos de referencia: vida del entrevistado, 12 meses previos a la encuesta, 30 días previos a la encuesta y todos los días en los 30 días previos a la encuesta. Los resultados se presentan para el conjunto de la población española de 15-64 años, y posteriormente desagregados por sexo y por grupo de edad. Todos los cálculos se han efectuado excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos para las variables que intervienen en cada tabulación cruzada. Este proceder conduce a resultados algo superiores a los de aquellos análisis que asignan a los valores desconocidos un valor negativo o computan como una categoría más el "no sabe/no contesta". En 2009 la proporción de valores desconocidos para las preguntas sobre el consumo de drogas fue muy baja.

En el caso de las bebidas alcohólicas se realizó un análisis más complejo, estimándose indicadores de prevalencia de consumo en fin de semana y en días laborables durante los últimos 30 días, indicadores de consumo habitual (prevalencia de consumo semanal en los últimos 12 meses, prevalencia de consumo durante más de 8 días en los últimos 30 días y prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días), indicadores de consumo problemático (prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses y prevalencia de personas que han consumido en la misma ocasión 5 ó más bebidas alcohólicas para los hombres y 4 ó más en el caso de las mujeres, durante los últimos 30 días *—binge drinking—)*.

Se realizaron los cálculos del error muestral asumiendo un muestreo aleatorio simple; así, el error muestral máximo para un nivel de confianza del 95% para p=q=0,5 fue del 0,9%, para la población de 15 a 64 años, oscilando entre un error del 2,1% en Andalucía y un 7,0% en Ceuta. Para ser más precisos se tendría que tener en cuenta el diseño del muestreo realizado.

En este sentido, hay que resaltar que la muestra está diseñada para obtener resultados con una precisión aceptable para el conjunto de España. Si se obtienen resultados por comunidad autónoma, los intervalos de confianza de las drogas menos extendidas en las comunidades autónomas pequeñas pueden ser demasiado amplios, lo que significa que dichas estimaciones estarán muy afectadas por el azar y pueden generar dientes de sierra y líneas de tendencia engañosas.

No obstante, la muestra utilizada permite obtener resultados con una precisión aceptable para la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y cannabis por comunidad autónoma, pero sigue sin permitir obtener estimaciones fiables para drogas con prevalencias menores.

Resultados

Extensión del consumo de drogas

En 2009 las sustancias psicoactivas más extendidas entre la población española de 15 a 64 años fueron el alcohol y el tabaco. Entre las drogas de comercio ilegal, las más extendidas fueron el cannabis y la cocaína en polvo, con prevalencias en los últimos 12 meses que sobrepasan el 2% (10,6% para cannabis, 2,6% para cocaína) y el éxtasis con una prevalencia de 0,8% en los últimos 12 meses. Los consumos de otras drogas de comercio ilegal presentaron prevalencia inferiores de consumo. La prevalencia de uso de tranquilizantes (5,5%) y somníferos (3,6%) con o sin receta médica en los últimos 12 meses, sólo se ve superada por el alcohol, el tabaco y el cannabis (Tablas 1.1.2 a 1.1.5).

Tabla 1.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Tabaco	–	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0
Alcohol	–	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88	94,2
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7
Anfetaminas/speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9
Cocaína general	–	–	–	–	–	–	8,3	10,2
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6
Inhalables	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	7,0	13,0	11,0
Somníferos	–	–	–	–	–	4,6	6,0	6,3
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	8,7	15,4	13,4

* Tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.3. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Tabaco	–	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7	42,8
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,1	0,8
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5
Anfetaminas/speed	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9	0,6
Cocaína en polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,1
Cocaína general	–	–	–	–	–	–	3,1	2,7
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	3,9	6,9	5,5
Tranquilizantes (sin receta)	–	–	–	–	–	0,9	0,9	1,6
Somníferos	–	–	–	–	–	2,7	3,8	3,6
Somníferos (sin receta)	–	–	–	–	–	0,8	0,8	1,1
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	5,1	8,6	7,1
Hipnosedantes (sin receta)*	12,3	2,3	2,3	2,8	3,1	1,2	1,3	1,9

* Tranquilizantes y/o somníferos.
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.4. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Tabaco	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4
Alcohol	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3
Cannabis	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6
Éxtasis	0,3	0,2	0,8	0,4	0,6	0,6	0,4
Alucinógenos	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
Anfetaminas/speed	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,3
Cocaína en polvo	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2
Cocaína base	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1
Cocaína general	–	–	–	–	–	–	1,3
Heroína	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Inhalables	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Tranquilizantes	–	–	–	–	2,7	4,7	4,0
Somníferos	–	–	–	–	2,0	2,5	2,7
Hipnosedantes*	–	–	–	–	3,7	5,9	5,2

* Tranquilizantes y/o somníferos.
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.5. Evolución de la prevalencia de consumo diario de drogas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España,1997-2009.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8
Alcohol	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0
Cannabis	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,6	2,0
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	2,6	2,3
Somníferos	–	–	–	–	–	1,1	1,4
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	3,1	2,7

* Tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Edad media de primer uso

En 2009, la edad media de inicio en el consumo de las diferentes sustancias, se mantuvo estable respecto a años anteriores, aunque varió sustancialmente según el tipo de droga. Las drogas que se consumieron, por término medio, a una edad más temprana fueron las de comercio legal, como el tabaco (edad media 16,5 años) y las bebidas alcohólicas (16,7 años). La droga ilegal cuyo consumo se había iniciado más tempranamente fue el cannabis (18,6 años). Por el contrario, las que se empezaron a consumir más tardíamente fueron los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos), con 34,5 años. El uso del resto de las drogas se inició por término medio entre los 19 y los 23 años (Tabla 1.1.6 y Figura 1.1.1).

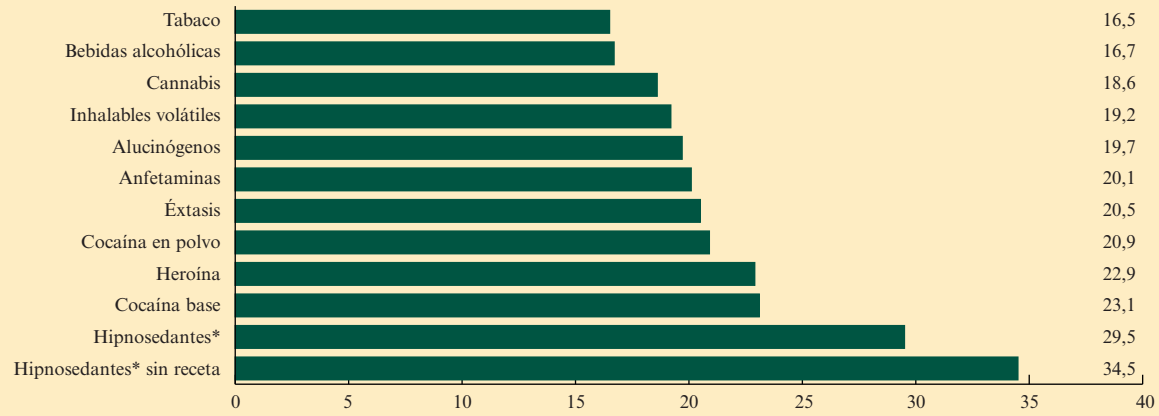
Tabla 1.1.6. Evolución de la edad media de inicio de consumo de las diferentes sustancias entre la población de 15-64 años. España, 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Tabaco	15,9	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5	16,5
Bebidas alcohólicas	–	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7
Cannabis	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6
Cocaína en polvo	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6	20,9	20,9
Heroína	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0	20,2	21,7	22,9
Anfetaminas	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6	19,2	19,7	20,1
Alucinógenos	19,3	19,0	19,3	18,9	19,9	19,0	19,9	19,7
Inhalables volátiles	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7	19,2
Cocaína base	21,8	20,6	20,1	19,6	20,1	20,8	21,4	23,1
Éxtasis	21,1	20,0	20,7	20,2	20,3	20,1	20,8	20,5
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	–	33,8	34,5
Hipnosedantes* sin receta	35,2	28,7	29,2	29,5	30,0	–	29,1	29,5

* Tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.1. Edades medias de inicio en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población española de 15-64 años. España, 2009.



* Tranquilizantes y/o somníferos.
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Diferencias en el uso de drogas por sexo

Excepto en el caso de los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos), en 2009 en España la extensión del uso de drogas en la población de 15-64 años fue bastante mayor en los hombres que en las mujeres, especialmente en el caso de las drogas de comercio ilegal, donde la prevalencia entre los hombres fue varias veces más elevada que en las mujeres (Tablas 1.1.7 y 1.1.8).

Tabla 1.1.7. Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (porcentajes). España, 1995-2009.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	–	–	55,0	38,7	50,3	39,2	51,5	40,5	53,0	42,6	47,2	37,5	46,0	37,6	48,4	37,0
Alcohol	79,3	58,0	86,4	70,5	83,2	67,2	85, 2	70,9	84,5	68,4	84,0	69,2	80,4	66,4	84,4	72,7
Cannabis	10,7	4,4	10,7	4,7	9,6	4,3	13,0	5,5	16,2	6,3	15,7	6,6	13,6	6,6	14,8	6,2
Éxtasis	1,9	0,7	1,2	0,5	1,2	0,5	2,8	0,7	2,0	0,8	1,8	0,6	1,6	0,5	1,4	0,3
Alucinógenos	1,1	0,4	1,4	0,4	0,8	0,4	1,2	0,2	0,9	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3	0,7	0,2
Anfetaminas/speed	1,3	0,7	1,4	0,4	1,0	0,4	1,6	0,6	1,1	0,5	1,4	0,5	1,3	0,3	1,0	0,3
Cocaína en polvo	2,7	1,0	2,6	0,6	2,3	0,8	3,8	1,3	4,1	1,2	4,6	1,3	4,4	1,5	4,2	1,0
Cocaína base	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,7	0,1	0,2	0,1
Cocaína general	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4,7	1,6	4,2	1,0
Heroína	0,8	0,3	0,4	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Inhalables	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,6	5,2	4,7	9,1	3,4	7,6
Tranquil. sin receta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,8	1,0	0,9	0,9	1,5	1,7
Somníferos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,0	3,5	2,8	4,3	2,6	4,6
Somníferos sin receta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,7	0,9	0,6	0,8	1,1	1,0
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3,5	6,7	6,8	11,5	4,6	9,3
Hipnosed.* sin receta	8,2	1,6	2,3	2,4	2,3	2,4	2,5	3,1	2,9	3,3	1,1	1,3	1,2	1,4	1,9	1,9

* Tranquilizantes y/o somníferos.
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.8. Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 1997-2009.

	1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	51,4	34,4	45,0	35,2	46,5	36,3	47,9	37,9	43,1	33,6	42,6	34,7	44,7	34,0
Alcohol	75,8	52,1	74,4	49,1	76,4	50,9	75,8	52,1	76,0	52,9	71,4	49,0	74,0	52,2
Cannabis	6,7	2,5	6,2	2,8	9,4	3,4	11,3	3,9	12,5	4,7	10,0	4,2	11,0	4,0
Éxtasis	0,5	0,1	0,3	0,2	1,3	0,3	0,5	0,2	0,9	0,3	0,6	0,2	0,5	0,2
Alucinógenos	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
Anfetaminas/speed	0,4	0,1	0,4	0,2	0,9	0,2	0,4	0,1	0,6	0,2	0,4	0,1	0,4	0,2
Cocaína en polvo	1,5	0,2	1,3	0,4	2, 2	0,5	1,6	0,5	2,5	0,7	2, 5	0,8	2,0	0,4
Cocaína base	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0, 5	0,1	0,1	0,0
Cocaína general	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,5	0,8	2,0	0,4
Heroína	0,2	0,1	0,1	0,0	0, 1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0, 1	0,0	0,1	0,0
Inhalables	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0, 1	0,0	0,0	0,0
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	1,7	3,7	3,3	6,3	2,4	5,7
Somníferos	–	–	–	–	–	–	–	–	1,3	2,8	2,0	3,0	1,9	3,5
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	–	–	–	2,3	5,1	4,3	7,6	3,2	7,0

* Tranquilizantes y/o somníferos.
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Refiriéndonos al consumo en los últimos 12 meses destacan las diferencias en el uso de cannabis (14,8% hombres y 6,2% mujeres) y de cocaína en polvo (4,2% en hombres y 1% en mujeres) (Tabla 1.1.7). En cuanto a las drogas de comercio legal, la prevalencia de consumo es también mayor entre los hombres. Por ejemplo, la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días fue de 74% en hombres y de 52,2% en mujeres, y la de tabaco de 44,7% y 34%, respectivamente, en la población de 15-64 años (Tabla 1.1.8).

Sin embargo, existen algunos tipos o patrones o de consumo para ciertas sustancias psicoactivas (consumo diario de tabaco, consumo de riesgo de bebidas alcohólicas e intoxicaciones etílicas, por citar algún ejemplo) en los que las prevalencias de consumo en mujeres de determinados grupos de edad han venido aumentando considerablemente en los últimos tiempos, disminuyendo, de este modo, las diferencias de prevalencias de consumo entre hombres y mujeres e, incluso, invirtiendo la relación en algunos grupos de edad, como se verá más adelante.

Diferencias en el uso de drogas por edad

En 2009, los consumidores de sustancias psicoactivas fueron, excepto en el caso de los tranquilizantes o somníferos, predominantemente jóvenes de 15 a 34 años (Tablas 1.1.9 a 1.1.11), tanto para drogas legales como ilegales. Así, por ejemplo, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses para cannabis, cocaína en polvo y éxtasis fue de 19,4%, 4,3% y 1,8%, respectivamente, en el grupo de 15-34 años frente a 4,6%, 1,5% y 0,2% en el grupo de 35-64 años. Las prevalencias de consumo de alcohol o tabaco son algo superiores en el grupo de 15-34 años que en el grupo de 35-64, con cifras en los últimos 12 meses de 80,1% y 45,3% entre los primeros y 77,7% y 41,1% entre los segundos. Finalmente, el grupo de 35-64 años consume alguna vez en la vida, en mayor proporción, tranquilizantes o somníferos (13,8% y 8% respectivamente) que el grupo 15-34 (7,1% y 4%).

Tabla 1.1.9. Evolución de las prevalencias de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2009.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	–	–	72,7	66,9	65,2	64,7	69,4	67,6	69,2	68,7	67,9	70,7	66,6	69,8	70,1	78,3
Alcohol	–	–	91,4	89,9	87,4	87,2	89,3	88,8	88,9	88,3	93,2	94,1	87,7	88,3	92,2	95,5
Cannabis	22,9	6,1	32,4	14,4	28,1	12,3	34,3	15,3	39,0	21,0	39,4	20,4	37,5	20,2	42,4	25,2
Éxtasis	3,5	0,5	4,8	0,4	4,4	0,7	7,7	1,0	8,3	1,6	7,6	1,9	7,2	2,2	8,4	2,6
Alucinógenos	3,3	0,9	4,7	1,3	2,9	1,0	4,6	1,3	4,7	1,6	5,4	1,9	5,9	2,3	5,7	2,4
Anfetaminas/speed	3,7	1,0	4,2	1,3	3,1	1,3	4,6	1,5	4,7	1,9	5,2	2,0	5,6	2,6	5,7	2,4
Cocaína en polvo	5,4	1,4	5,5	1,6	4,7	1,8	7,7	2,4	8,9	3,6	10,4	4,4	11,4	5,5	13,5	7,9
Cocaína base	0,5	0,1	0,7	0,2	0,6	0,2	0,7	0,3	0,7	0,3	0,7	0,6	2,3	1,5	0,9	0,9
Heroína	1,4	0,2	0,9	0,3	0,6	0,3	0,7	0,5	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	1,0	0,4	0,6
Inhalables	1,1	0,3	1,3	0,3	0,9	0,4	1,5	0,2	1,7	0,5	1,2	0,5	1,7	0,8	1,0	0,4
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5,1	8,4	8,8	16,0	7,1	13,8
Somníferos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,9	5,8	3,7	7,6	4,0	8,0

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.10. Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2009.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	–	–	54,5	39,9	49,5	40,6	52,0	41,2	52,8	43,8	47,3	38,8	46,2	38,8	45,3	41,1
Alcohol	72,9	64,1	82,5	74,9	79,0	71,8	81,5	75,2	79,5	74,2	79,4	74,7	76,9	71,1	80,1	77,7
Cannabis	12,7	2,3	14,2	1,8	12,6	2,2	16,7	3,3	20,1	4,2	19,8	4,7	18,9	3,9	19,4	4,6
Éxtasis	2,4	0,1	1,8	0,0	1,6	0,1	3,7	0,2	2,9	0,1	2,4	0,4	2,4	0,4	1,8	0,2
Alucinógenos	1,3	0,2	1,8	0,1	1,2	0,2	1,3	0,2	1,1	0,2	1,5	0,1	1,4	0,1	1,1	0,1
Anfetaminas/speed	1,8	0,2	1,8	0,1	1,3	0,2	2,2	0,2	1,6	0,2	1,9	0,3	1,7	0,2	1,4	0,1
Cocaína en polvo	3,1	0,5	2,9	0,5	2,8	0,5	4,5	0,9	4,8	0,9	5,2	1,3	5,3	1,3	4,3	1,5
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,6	0,2	0,2	0,1
Heroína	0,9	0,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Inhalables	0,2	0,1	0,4	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,7	4,8	4,4	8,4	3,1	7,1
Somníferos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1,5	3,6	1,8	4,6	1,9	4,7
Tranquilizantes sin receta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,7	0,9	1,1	0,8	1,6	1,5
Somníferos sin receta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,6	0,9	0,7	0,7	1,0	1,1

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.11. Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1997-2009.

	1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	49,6	36,9	43,7	36,9	46,3	37,5	47,2	39,5	42,3	35,5	42,2	36,3	40,9	38,4
Alcohol	66,7	61,6	64,4	59,4	65,7	62,1	65,8	62,7	66,3	63,4	61,7	59,4	63,1	63,3
Cannabis	8,5	1,1	7,9	1,5	11,5	2,3	13,4	2,9	15,4	3,6	13,5	2,8	14,1	3,2
Éxtasis	0,6	0,0	0,5	0,0	1,5	0,2	0,7	0,0	1,1	0,2	0,8	0,2	0,8	0,1
Alucinógenos	0,4	0,0	0,3	0,1	0,4	0,1	0,4	0,0	0,5	0,1	0,2	0,0	0,4	0,0
Anfetaminas/speed	0,5	0,0	0,5	0,1	1,1	0,1	0,4	0,1	0,8	0,1	0,5	0,1	0,7	0,1
Cocaína en polvo	1,6	0,2	1,5	0,3	2,4	0,5	1,9	0,4	2,8	0,7	2,9	0,7	2,0	0,7
Cocaína base	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1
Heroína	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Inhalables	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	1,6	3,5	2,5	6,2	1,8	5,5
Somníferos	–	–	–	–	–	–	–	–	0,8	2,9	1,0	3,6	1,2	3,7

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Diferencias en el uso de drogas por comunidad autónoma

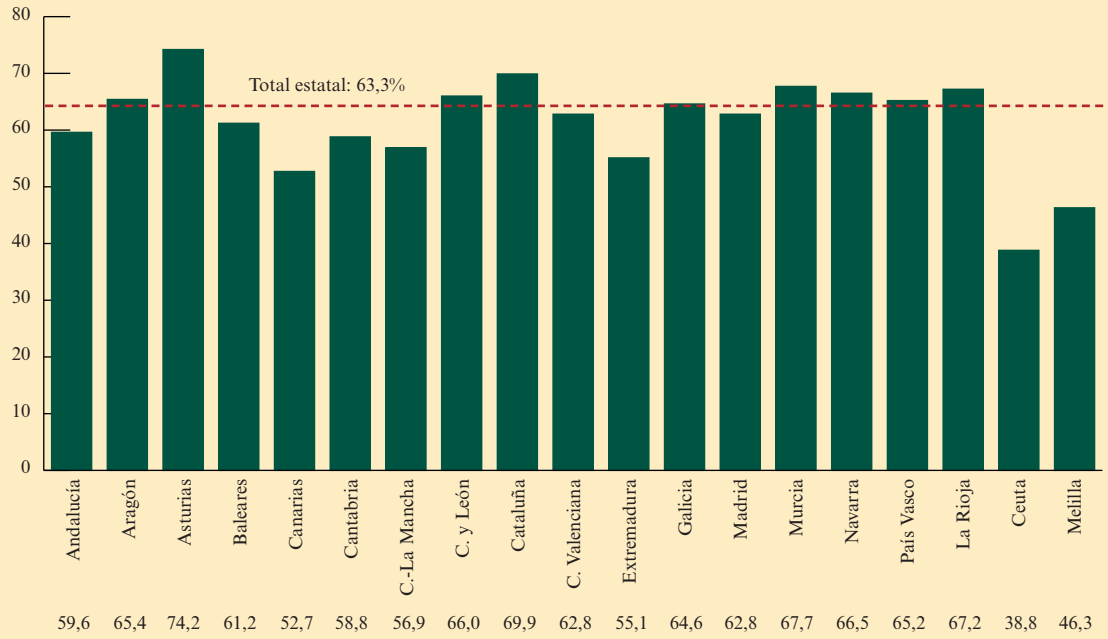
Los amplios intervalos de confianza de las estimaciones de prevalencia y el distinto tamaño de la muestra, en algunas comunidades autónomas, no permiten realizar análisis de las diferencias interautonómicas (como ya comentamos en el apartado de metodología) más allá de las drogas más extendidas, como alcohol, tabaco y cannabis, datos que se presentan en las siguientes tablas.

La medida del consumo de alcohol es muy complicada por la gran variedad de tipos de bebida, recipientes, patrones de consumo y situaciones en las que se bebe. Esto dificulta el recuerdo por parte del encuestado y la integración posterior de la información. Los problemas de medida están afectando seguramente a las diferencias entre comunidades, que de hecho varían según el indicador que se considere. Respecto a las prevalencias de consumo en las diferentes comunidades autónomas, las prevalencias más elevadas para el consumo en los últimos últimos 30 días se encontraron en Asturias (74,2%), Cataluña (69,9%), Murcia (67,7%) y La Rioja (67,2%), y las más bajas en Ceuta (38,8%), Melilla (46,3%), Canarias (52,7%), Extremadura (55,1%) y, situándose el conjunto de España en el 63,3% (Figura 1.1.2).

Si analizamos el consumo diario de tabaco (Figura 1.1.3), no se aprecian diferencias tan marcadas como en el caso del alcohol, ya que el rango va del 39,4% (obtenido en Aragón), al 20,8% como valor más bajo (en Melilla).

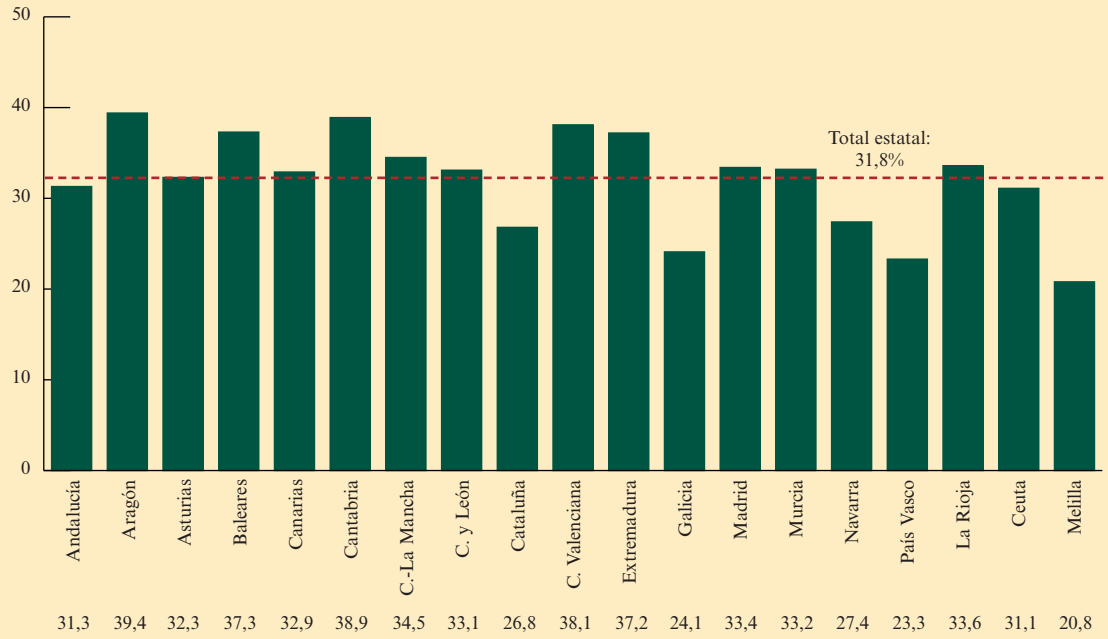
Con respecto a la prevalencia de consumo de cannabis, si nos centramos en la prevalencia en los últimos 30 días, se observa que hay importantes diferencias entre comunidades autónomas, con un rango que va desde el 3,0% en Melilla a 10,9% de la C. Valenciana, aunque la mayor parte de las comunidades se sitúan en la banda del 4,5-7,5% (Figura 1.1.4).

Figura 1.1.2. Prevalencias de consumo de alcohol en los últimos 30 días entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009.



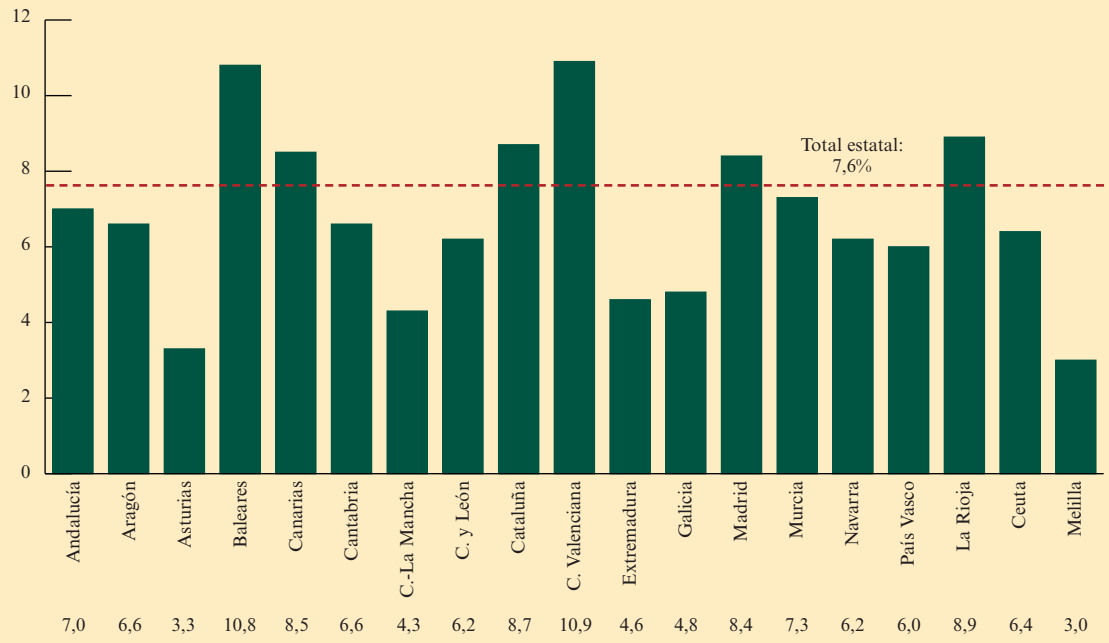
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.3. Prevalencias de consumo de tabaco diario entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.4. Prevalencias de consumo de cannabis en los último 30 días entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

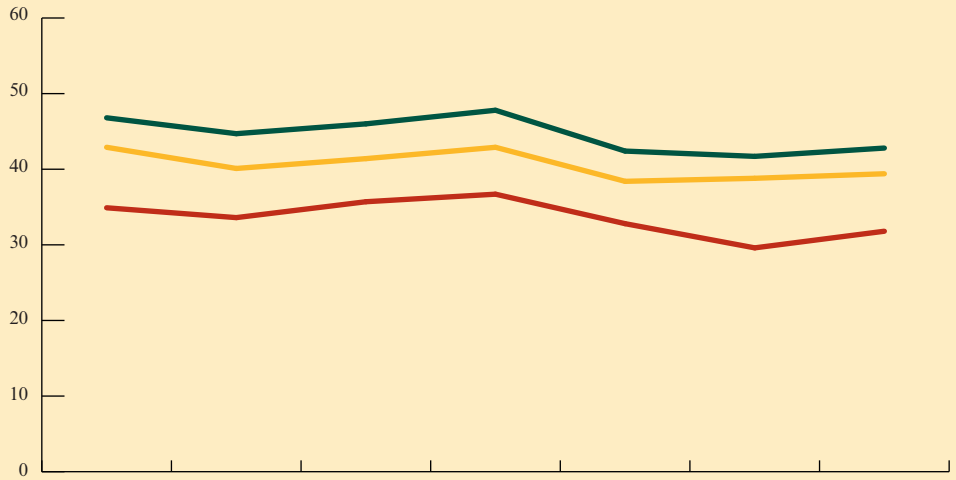
Se debe señalar que, aunque la muestra utilizada nos permite obtener resultados, con una precisión aceptable, para la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y cannabis por comunidad autónoma, existe un nivel sustancial de error aleatorio y de errores sistemáticos (en la recogida de datos) que obligan a interpretar con precaución las diferencias de prevalencia entre CCAA, así como la evolución temporal en una misma comunidad.

Tabaco

En 2009, un 42,8% de la población de 15-64 años residente en España ha consumido tabaco durante los últimos 12 meses; un 39,4% durante los últimos 30 días y un 31,8% diariamente durante este periodo (Figura 1.1.5). Estas cifras indican una cierta estabilización del consumo durante el periodo 2005-2009, con niveles de consumo, en la actualidad, muy parecidos a los obtenidos inmediatamente antes de la entrada en vigor de la normativa estatal sobre tabaco en diciembre de 2005, pero inferiores a los niveles de consumo anteriores (1997-2003) al debate social que suscitó el proyecto de elaboración de la Ley del Tabaco en España.

La prevalencia de consumo diario fue más alta en hombres que en mujeres (36,2% y 27,2%). Por grupos de edad la prevalencia más elevada la presentaron los varones de 45 a 54 años (42,6%), siendo las mujeres de 55 a 64 años las que presentaron las más bajas (13%). Entre los más jóvenes (15-24 años) las diferencias intersexuales fueron menores (29% hombres y 25,9% mujeres) (Figura 1.1.6). Entre los adolescentes de 15-18 años fumaban diariamente un 20,7% de los hombres y un 17,6% de las mujeres.

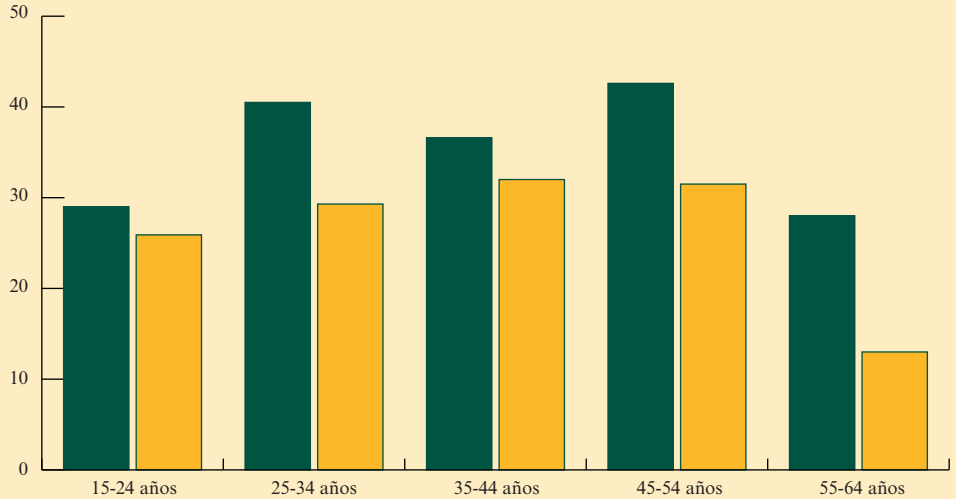
Figura 1.1.5. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Últimos 12 meses	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7	42,8
Últimos 30 días	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4
Diariamente en los últimos 30 días	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.6. Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.



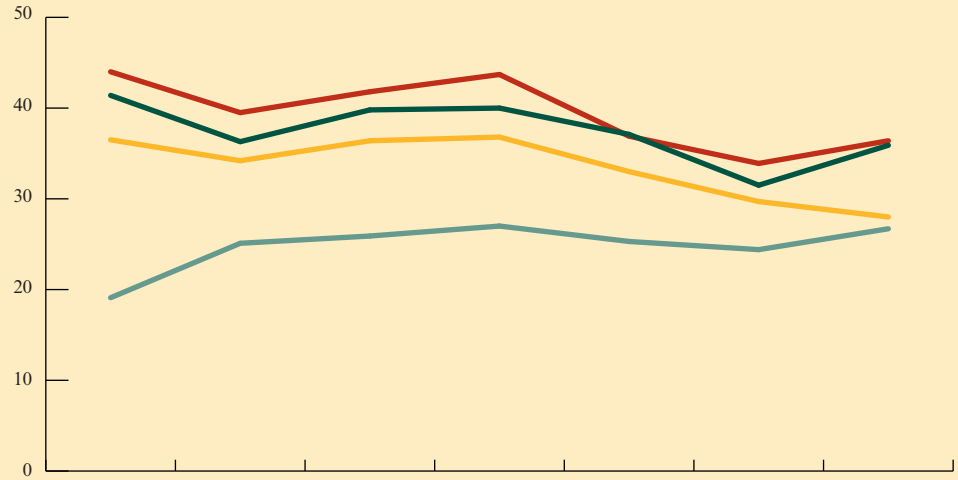
	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Hombres	29,0	40,5	36,6	42,6	28,0
Mujeres	25,9	29,3	32,0	31,5	13,0

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

El consumo medio diario de cigarrillos en el último mes fue de 15 cigarrillos entre los hombres y de 12,4 entre las mujeres. La edad media de inicio en el consumo en 2009 fue de 16,5 años, al igual que en 2007 y muy mantenida en el tiempo. No obstante, los hombres se inician a los 16 años mientras que las mujeres lo hacen un año después. La edad media de inicio en el consumo diario fue de 18,5 años.

Por lo que respecta a las tendencias temporales, se observa que hasta 2003 el consumo diario se había mantenido relativamente estabilizado. En el periodo comprendido entre 2003 y finales de 2007, la prevalencia de consumo diario ha descendido en todos los grupos de edad y en ambos sexos, continuando la tendencia descendente para las mujeres entre 15 y 34 años y apreciándose ligeros aumentos en los distintos grupos de edad (Figura 1.1.7). En esta figura se observa, por primera vez, cómo las diferencias de prevalencias por grupos de edad, tanto en hombres como en mujeres, disminuyen hasta casi desaparecer, hecho que nunca se había producido, en el caso de las mujeres, en el que el grupo de 15 a 34 años siempre había presentado prevalencias superiores de consumo diario de tabaco a las del grupo de 35 a 64 años.

Figura 1.1.7. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2009.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Hombres 15-34 años	41,4	36,3	39,8	40,0	37,1	31,5	35,9
Mujeres 15-34 años	36,5	34,2	36,4	36,8	33,0	29,7	28,0
Hombres 35-64 años	44,0	39,5	41,8	43,7	36,9	33,9	36,4
Mujeres 35-64 años	19,1	25,1	25,9	27,0	25,3	24,4	26,7

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Alcohol

La extensión del consumo de alcohol en la sociedad española es prácticamente universal. Así en 2009, el 94,2% de la población de 15 a 64 años lo había consumido alguna vez en su vida, el 78,7% admitió haberlo consumido durante el año anterior a ser encuestado, el 63,3% lo hizo alguna vez durante el mes previo a la encuesta aunque sólo un 11,0% lo consumió a diario durante este mismo periodo.

Por lo que respecta a las tendencias temporales, hasta 2005 se apreciaba una estabilidad en la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas tanto de forma esporádica (alguna vez en la vida), como

habitual (último año) y reciente (en el último mes), que se quebró ligeramente en 2007 iniciando un descenso general de todos los indicadores y que parece haber repuntado ligeramente en 2009, salvo para la prevalencia de consumo diario que se mantiene estable con respecto a 2005. No obstante, las prevalencias obtenidas en 2009 (con la excepción de los consumos alguna vez en la vida) se mantienen en niveles muy similares a los obtenidos en anteriores ediciones de la encuesta (2005, 2003, 2001 y 1999) por lo que será preciso estar a la espera de nuevos datos que confirmen las tendencias.

Tabla 1.1.12. Evolución temporal de las prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Alguna vez en la vida	–	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2
Últimos 12 meses	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7
Últimos 30 días	–	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3
Diariamente en últimos 30 días	–	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0
Nunca	–	9,4	12,7	11,0	11,4	6,3	12,0	5,8

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Con carácter general, la prevalencia de consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres para todos los indicadores de consumo considerados, aunque las diferencias relativas aumentan cuando se hace referencia a consumos más frecuentes o intensivos, con la excepción de las intoxicaciones etílicas (a las que nos referiremos posteriormente) en las que esta diferencia de prevalencia según sexo se hace apenas perceptible e incluso se invierte a favor de las mujeres en algunos grupos concretos de edad.

De este modo, los datos muestran que en 2009 el 96,0% de los hombres encuestados habían consumido alcohol alguna vez en la vida frente al 92,3% de las mujeres; el 84,4% de los hombres consumió alcohol durante el año anterior a la encuesta frente al 72,7% de las mujeres y el 74,0% de los hombres lo hizo durante el mes previo a ser encuestado frente al 52,2% de las mujeres. El cociente de prevalencias hombre/mujer fue de 1,04 para la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, de 1,16 para la prevalencia de consumo anual, de 1,41 para la prevalencia de consumo mensual, de 3,3 para la prevalencia de consumo diario en el último mes, de 1,9 para la prevalencia anual de borracheras y de 2,4 para la prevalencia de consumos en atracón o *binge drinking* en el mes anterior a la encuesta. Es evidente que, en relación con los datos obtenidos en ediciones anteriores de esta misma encuesta, existe una tendencia general y progresiva, para todos los indicadores, a la disminución del cociente de las prevalencias de consumo hombres/mujeres, lo que pone de manifiesto la incorporación plena de las mujeres a los distintos patrones de consumo de bebidas alcohólicas, especialmente en los grupos de menor edad.

Con respecto a las diferencias por edad, se observa que la prevalencia de consumo en el último año es superior en el grupo de jóvenes de 15 a 34 años (80,1%) que en el de 35 a 64 años (77,7%) aunque la diferencia entre ambos grupos ha disminuido con respecto a ediciones anteriores. Por otra parte, a diferencia de lo ocurrido en ediciones previas de la encuesta, se observa que la prevalencia de consumo en el último mes fue ligeramente superior en la población de 35 a 64 años (63,3%) que en los jóvenes de 15-34 años (63,1%). De igual modo, la prevalencia de consumo diario es más elevada en la población de 35-64 años (25,4%) que en la de 15-34 (5,5%). Sin embargo, las diferencias a favor del

grupo de menor edad se hacen muy notables cuando se valoran los consumos de tipo intensivo como las borracheras (prevalencia anual de 35,2% en el grupo de 15-34 años frente a 15,0% en los de más edad) o los consumos en atracón *(binge drinking)* (21,7% en 15-34 años frente a 10,3% en población de más edad).

Al realizar una valoración más pormenorizada de los datos según los diferentes grupos de edad para cada tipo de indicador de consumo, se observa que para el consumo durante el último año son los jóvenes de 25 a 34 años los que muestran una mayor prevalencia de consumo (80,5%). Con respecto al último mes, son los grupos de 25 a 34 (65,0%) años, 35 a 44 años (64,4%) y 45 a 64 años (64,7%) en los que se observan mayores prevalencias de consumo. Por último, es el grupo de 55 a 64 años (22,1%) el que muestra una mayor prevalencia de consumo diario, lo que confirma la extensión de patrón de consumo diario en comidas y cenas en grupos de mayor edad y el consumo más bien episódico de fin de semana en los más jóvenes, como se verá más adelante.

Tabla 1.1.13. Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2009.

	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Alguna vez	90,2	87,4	95,8	93,1	96,5	94,0	98,2	95,1	98,7	90,1
Últimos 12 meses	82,1	76,9	86,6	73,9	84,1	74,9	85,4	73,3	82,6	63,0
Últimos 30 días	65,2	55,1	76,7	52,6	75,1	53,2	76,2	53,0	74,5	46,3
Diariamente en los últimos 30 días	2,1	0,9	7,9	1,5	15,4	5,1	28,0	8,4	33,7	11,1
Nunca	9,8	12,6	4,2	6,9	3,5	6,0	1,8	4,9	1,3	9,9

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

La edad media de iniciación al consumo de alcohol fue, en 2009, de 16,7 años, prácticamente idéntica a la registrada en 2007, 2005, 2003, 2001, 1999 y 1997 (oscilando entre 16,7 años y 16,9 años). El primer contacto con las bebidas alcohólicas es algo más temprano en los hombres (15,9 años) que en las mujeres (17,6 años). Sin embargo, el análisis de los datos por grupo de edad y sexo muestra, además del adelanto de la edad de inicio a medida que desciende la edad del grupo considerado, un claro adelanto de la edad de inicio en el consumo de alcohol en las mujeres con respecto a los hombres, lo que demuestra la incorporación más temprana de las mujeres de las generaciones más recientes al consumo de alcohol.

La bebida alcohólica más consumida en día laborable fue la cerveza. Un 20,0% de los encuestados (15 a 64 años) reconoció beber cerveza algún día laborable de lunes a jueves, concentrándose este consumo en el grupo de mayor edad (22,4% para el grupo de 35 a 64 años frente a 16,5% en el grupo de 15 a 34 años). El consumo de cerveza en días laborables es más prevalente en hombres que en mujeres (29,3% frente a 10,5%) para la población general de 15 a 64 años.

El vino es la segunda bebida con mayor prevalencia de consumo diario en días laborables (16,1%) aunque esta cifra, al igual que en el caso de la cerveza, muestra un ligero descenso respecto a los valores de 2007 que forma parte de una tendencia general al descenso del consumo de bebidas alcohólicas en días laborables, frente a un aumento del consumo, en general, durante los fines de semana tanto para la población general de 15 a 64 años como para los grupos de 15 a 34 y de 35 a 64. En días laborables,

el consumo de bebidas alcohólicas es más prevalente en el grupo de 35 a 64 que en el de 15 a 34, salvo en el caso de los combinados y los licores de frutas. La mayor diferencia de prevalencia, a favor del grupo de mayor edad, se observa para el consumo de vino (22,5% en 35 a 64 años frente a 6,5% en 15 a 34 años).

En fin de semana, la bebida alcohólica más consumida es la cerveza, seguida del vino y, a no mucha distancia, los combinados/cubatas. En la Tabla 1.1.14 se observa claramente como el consumo de bebidas alcohólicas se concentra para la población general en el fin de semana (la proporción de los que consumen durante el fin de semana es el doble de la que consume los días laborables), aunque esta ratio aumenta en el caso del grupo de 15 a 34 años (3,1) frente al grupo de 35 a 64 años (1,7). Con respecto a 2007, en 2009 se ha producido un aumento de la proporción de consumidores de cerveza (37,5% a 41,3%) y de combinados/cubatas (21,9% a 24,4) en fin de semana en la población general, mientras que son menos en 2009 los pertenecientes a este grupo que consumen licores fuertes.

Tabla 1.1.14. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes). España, 2009.

	15-64 años		15-34 años		35-64 años	
	Días laborales	Fines de semana	Días laborales	Fines de semana	Días laborales	Fines de semana
Vino/champán	16,1	27,9	6,5	16,4	22,5	35,6
Cerveza/sidra	20,0	41,3	16,5	41,5	22,4	41,2
Aperitivos/vermut	0,8	3,9	0,7	3,1	0,9	4,5
Combinados/cubatas	1,9	24,4	2,4	39,0	1,7	14,6
Licores de frutas	0,6	2,4	0,6	2,9	0,6	2,0
Licores fuertes	1,4	4,9	1,2	5,6	1,5	4,4
Cualquier bebida alcohólica	29,0	61,9	19,5	62,1	35,3	61,7

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Por grupos de edad, las mayores prevalencias de consumo en fin de semana se observan en el grupo de 15 a 34 años para la cerveza (41,5%) y los combinados/cubatas (39,0%) y en el grupo de 35 a 64 años para la cerveza (41,2%) y el vino (35,6%).

En el grupo de 15 a 34 años se observa un ligero descenso de la prevalencia de consumo de todas las bebidas alcohólicas durante los días laborables y un discreto aumento del consumo en fines de semana. La prevalencia del consumo de combinados/cubatas en fines de semana ha pasado de 35,3% en 2007 a 39,0% en 2009 y la de cerveza/sidra ha aumentado un punto porcentual en el mismo periodo.

En el grupo de 35 a 64 años se observa, con respecto a 2007, un aumento de la prevalencia de consumo de cualquier bebida alcohólica en general durante el fin de semana que, sin embargo, no se corresponde con un descenso del consumo en días laborables de magnitud similar. Por tipos de bebidas alcohólicas, en este grupo han aumentado las prevalencias de consumo de cerveza/sidra tanto en días laborables como en fines de semana y la de combinados /cubatas en fines de semana y ha descendido la del consumo de licores de frutas tanto en días laborables como en fin de semana.

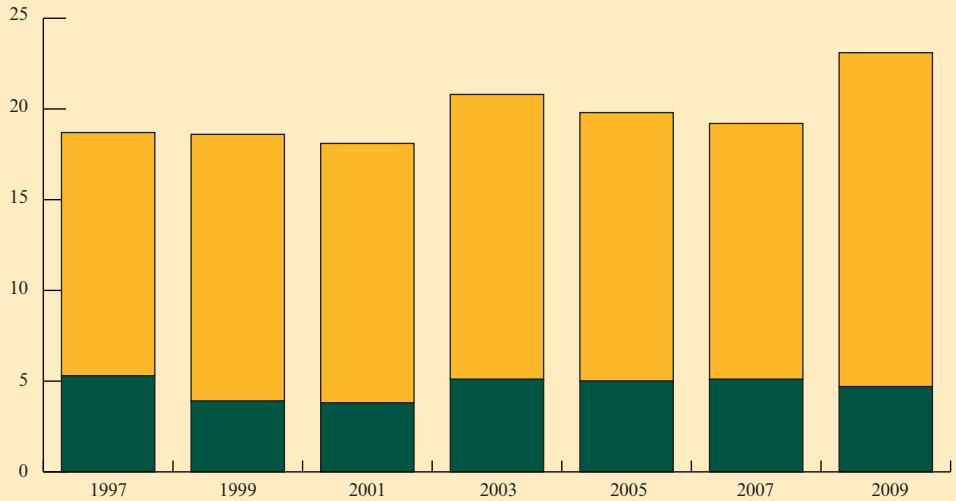
Los dos grupos grandes de edad comparten prevalencias muy similares para el consumo de cerveza/sidra durante el fin de semana (41,5% en 15 a 34 años frente a 41,2% en 35 a 64 años) y, sin embargo, dispares para el consumo de combinados/cubatas en fin de semana (39,0% frente a 14,6%) y el consumo de vino/champán en días laborables (6,5% frente a 22,5%).

Las prevalencias de consumo en población general de 15 a 64 años son siempre más elevadas para hombres que para mujeres, para cualquiera de los tipos de bebida considerada (observándose las mínimas en el caso de los licores de frutas) y tanto en días laborables (2,27) como en fines de semana (1,41).

En relación con las intoxicaciones etílicas, un 23,1% de la población de 15 a 64 años se había emborrachado alguna vez durante el último año (un 18,4% menos de 10 veces al año y un 4,7% lo hizo 10 o más veces durante el año) (Figura 1.1.8). La prevalencia de borracheras fue mayor entre los hombres (30,0%) que entre las mujeres (15,5%) y entre los jóvenes de 15 a 34 años (35,2%) que entre los mayores de esa edad (15,0%). Así pues, con respecto a 2007, se ha producido un aumento en la proporción de consumidores que se emborrachan de casi 4 puntos porcentuales y, aunque no ha variado mucho la razón hombre/mujer (en torno a 2 tanto en 2007 como en 2009), sí ha disminuido la razón de las prevalencias por grupo de edad (15 a 34 años/35 a 64 años), pasando de alrededor de 4 en 2007 a 3 en 2009, lo que significa una aproximación entre estos dos grupos etarios en cuanto a este tipo de consumo intensivo.

En cuanto a la evolución temporal de la prevalencia de borracheras por sexo y grupo de edad la Figura 1.1.9 muestra cómo, desde 2007, se ha invertido la tendencia descendente en hombres (15 a 34 años y 35 a 64 años) y se ha producido un ascenso en las cifras correspondientes a mujeres de 35 a 64 años que venían descendiendo desde 2003 y se confirma claramente la tendencia ascendente que venían mostrando las mujeres jóvenes desde 2001.

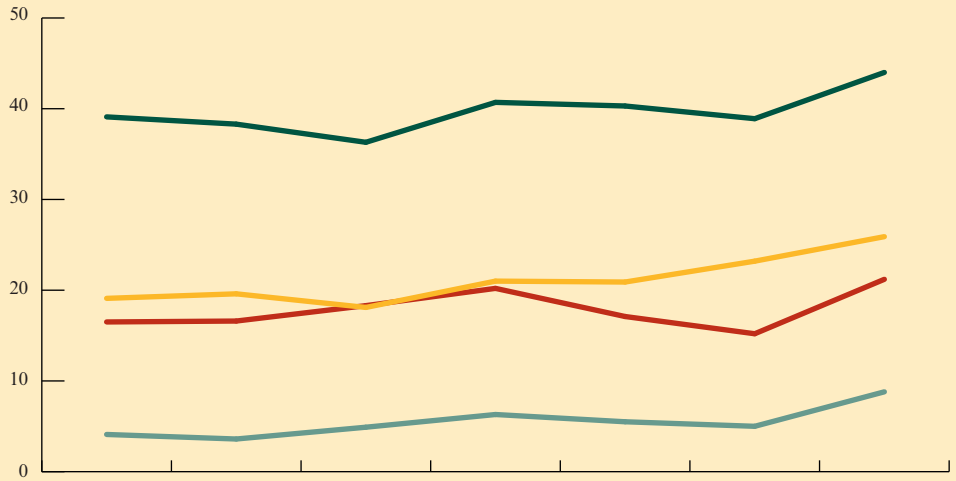
Figura 1.1.8. Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Más de una vez al mes	5,3	3,9	3,8	5,1	5,0	5,1	4,7
Menos frecuencia	13,4	14,7	14,3	15,7	14,8	14,1	18,4

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.9. Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2009.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Hombres 15-34 años	39,1	38,3	36,3	40,7	40,3	38,9	44,0
Mujeres 15-34 años	19,1	19,6	18,1	21,0	20,9	23,2	25,9
Hombres 35-64 años	16,5	16,6	18,3	20,2	17,1	15,2	21,2
Mujeres 35-64 años	4,1	3,6	4,9	6,3	5,5	5,0	8,8

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

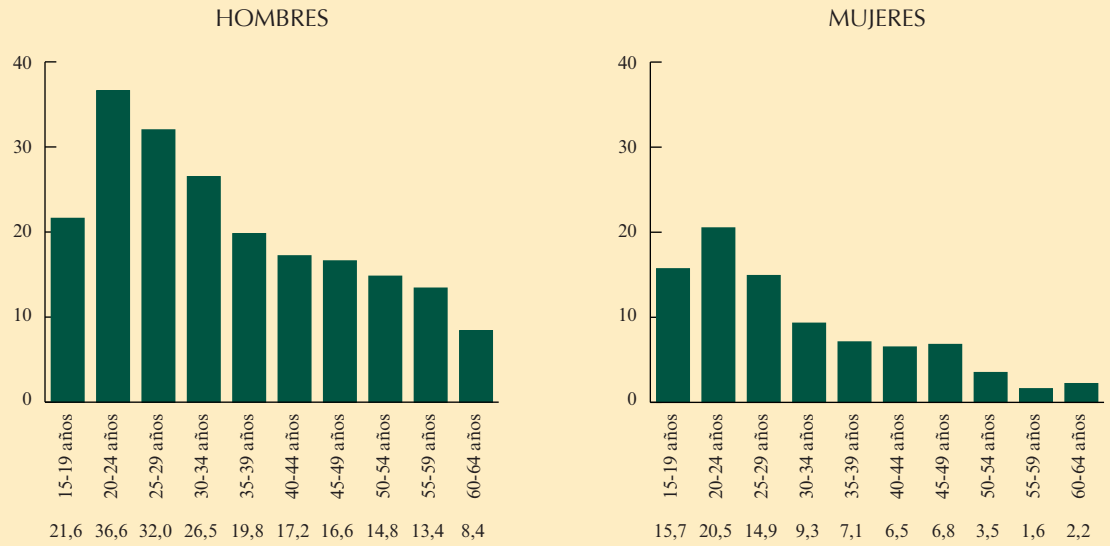
Abundando en los datos obtenidos con respecto a los consumos de bebidas alcohólicas de tipo intensivo, la proporción de bebedores de riesgo en 2009 en la población de 15 a 64 años fue del 4,4%, cifra ligeramente superior a la obtenida en 2007 (3,4%) pero inferior a las obtenidas en las ediciones de 2005, 2003 y 2001. Se consideran "bebedores de riesgo" los hombres que, por término medio, consumen 50 cc de alcohol puro al día o más y las mujeres que consumen 30 cc o más.

Debe destacarse que es en el grupo de edad de 15 a 24 años en el que se obtienen las mayores prevalencias (5,5%), aunque con poca diferencia con respecto al resto de grupos de edad, y que es este mismo grupo de edad el único en que se observa una cifra mayor de prevalencia en mujeres (6,1%) que en hombres (5,0%).

Las prevalencias para hombres y mujeres se equiparan si consideramos el grupo de edad de 15 a 34 años y se hacen mayores en hombres en la población de mayor edad (35 a 64 años). Estos datos contrastan con la idea, tradicionalmente aceptada, de que las prevalencias de consumo de las sustancias psicoactivas, son mucho mayores en varones y más cuanto más intensos o frecuentes sean los consumos. Por otra parte son superponibles con el intervalo de edad en el que se obtienen mayores prevalencias de *binge drinking* en mujeres, como se detalla posteriormente en este apartado, y con la tendencia ascendente de las prevalencias de intoxicaciones etílicas en mujeres jóvenes (15 a 34 años) que comenzó a observarse en 2007 y que se ha confirmado en 2009.

Por último, con respecto al consumo en atracón o *binge drinking,* la proporción de consumidores de alcohol que realizó consumo en la población de 15 a 64 años alcanzó en 2009 el 14,9% (21,0% en hombres y 8,6% en mujeres), lo que supone un aumento de más de 2 puntos porcentuales con respecto a las cifras obtenidas en 2007. La razón hombres/mujeres, sin embargo, no muestra apenas cambios en este indicador de consumo intensivo para el grupo de edad de 15 a 64 años (2,7 en 2007 a 2,4 en 2009).

Figura 1.1.10. Proporción de consumidores de alcohol en atracón (binge drinking) según grupo de edad y sexo (porcentaje) en la población de 15-64 años. España, 2009.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Si en lugar de considerar la población general de 15 a 64 años, se estudia la prevalencia de este tipo de consumo en aquellos que, habiendo consumido en los últimos 30 días, admiten haber realizado consumo en atracón alguna vez durante este periodo, la cifra alcanza el 23,8% (28,7% en hombres y 16,7% en mujeres) y la razón hombres/mujeres disminuye hasta 1,7 puntos.

Considerando la población de 15 a 64 años se observa que entre los hombres, por grupos de edad, es el grupo de 20 a 29 años donde se identifica una mayor proporción de consumidores en atracón alguna vez durante los últimos 30 días. Para todos los grupos de edad, la mayor proporción de consumidores en atracón lo son entre 1 y 5 días al mes. Este patrón podría identificarse con consumos episódicos durante los fines de semana *(binge drinking* episódico).

Entre las mujeres para todos los grupos de edad y todos los rangos de frecuencia, los porcentajes son inferiores a los de los varones y descienden a medida que aumenta la edad de las encuestadas. La mayor proporción de mujeres que admite haber practicado *binge drinking* alguna vez en los 30 días previos a la encuesta se localiza en el grupo de edad de 15 a 24 (17,9%) a pesar de que un 82,1% niega haberlo hecho.

Cannabis

El cannabis continúa siendo la droga ilegal más consumida en España y la que ha experimentado un mayor incremento en su prevalencia desde el año 2007. Un 32,1% de la población afirma haberla probado alguna vez en la vida, un 10,6% lo hizo en el último año, un 7,6% en el último mes y un 2% a diario durante el último mes. A pesar de que se ha alcanzado la mayor prevalencia de consumo experimental (alguna vez en la vida) desde que se inició el registro, las prevalencias del resto de indicadores registrados se mantienen relativamente estables desde el 2003.

El consumo está bastante más extendido entre los hombres que entre las mujeres, en todos los grupos de edad y para todos los periodos de consumo.

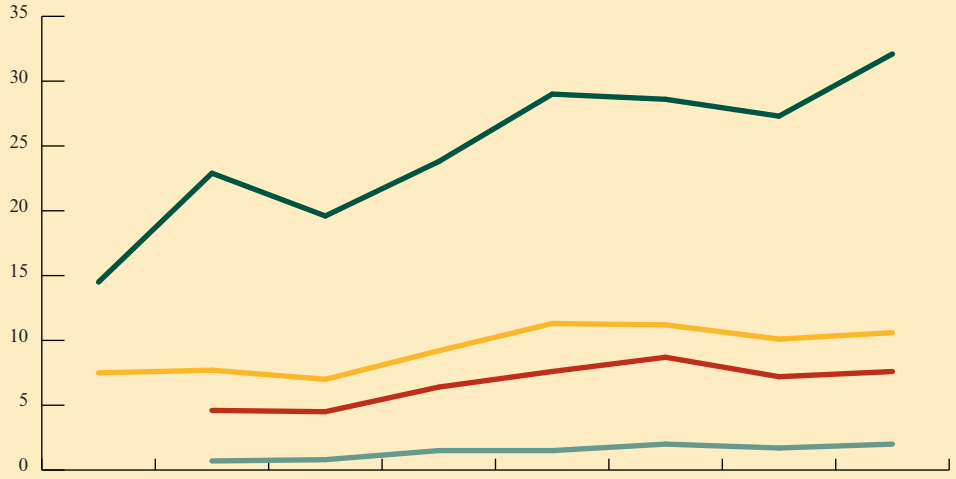
Las diferencias intersexuales relativas en el consumo de cannabis son muy elevadas tanto para el consumo en el último año (14,8% hombres y 6,2% mujeres), como para el consumo mensual (11% hombres y 4% mujeres) y diario (3,2% hombres y 0,9% mujeres).

Las mayores proporciones de consumidores de cannabis se encuentran en el grupo de los más jóvenes (15-24 años), sobre todo entre los hombres (Figuras 1.1.12 y 1.1.13).

La edad media de inicio en el consumo de cannabis fue de 18,6 años, que es muy similar a la edad de años anteriores (18,6 en 2007 y 18,3 años en 2005).

La continuidad en el consumo de cannabis no es elevada. En 2009, alrededor de un tercio de los que habían probado esta droga alguna vez en la vida la había consumido también en los últimos 12 meses y, aproximadamente, una cuarta parte la había consumido en los últimos 30 días. Como se puede apreciar observando el paralelismo de las cifras de prevalencia en los distintos períodos, la continuidad en el consumo se ha mantenido relativamente estable a partir de 1997 (Tabla 1.1.15).

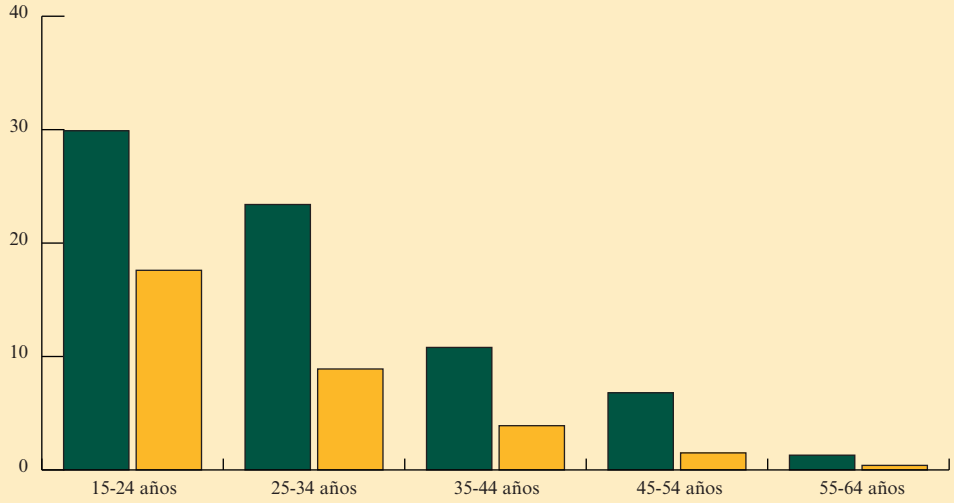
Figura 1.1.11. Evolución de las prevalencias de consumo de cannabis en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Alguna vez en la vida	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1
Últimos 12 meses	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6
Últimos 30 días		4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6
Diariamente en los últimos 30 días		0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,7	2,0

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

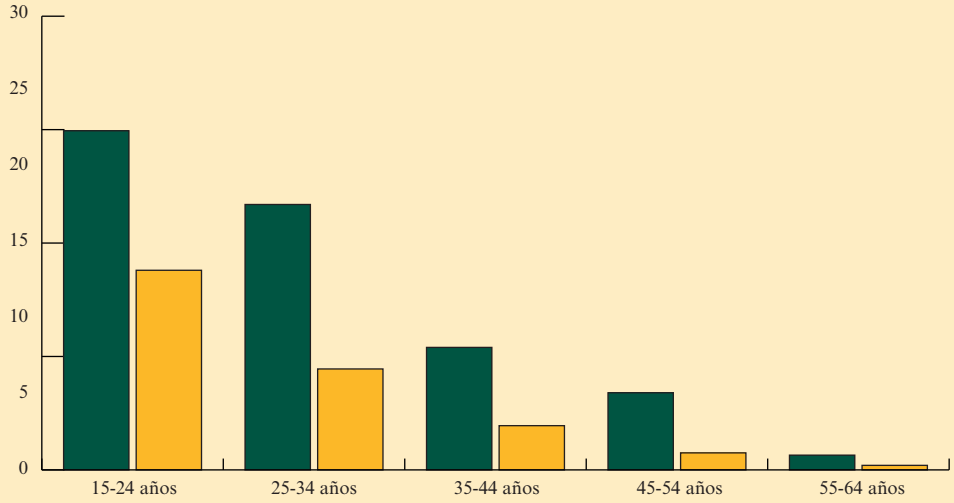
Figura 1.1.12. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.



	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Hombres	29,9	23,4	10,8	6,8	1,3
Mujeres	17,6	8,9	3,9	1,5	0,4

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.13. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.



	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Hombres	22,1	18,3	7,3	5,0	0,9
Mujeres	12,1	5,3	2,6	1,1	0,1

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.15. Evolución de la prevalencia y continuidad en el consumo de cannabis en la población española de 15-64 años. España, 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Prevalencia alguna vez en la vida (%) (A)	14,5	22,9	19,6	23,8	29	28,6	27,3	32,1
Prevalencia últimos 12 meses (%) (B)	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6
Prevalencia últimos 30 días (%) (C)		4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,1	7,6
B/A	0,52	0,34	0,36	0,39	0,39	0,39	0,37	0,33
C/A		0,20	0,23	0,27	0,26	0,30	0,26	0,24

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Cocaína

La cocaína es la segunda sustancia psicoactiva ilegal de mayor prevalencia de consumo en España: el 10,2% de la población residente de 15-64 años la ha probado alguna vez en la vida, el 2,6% lo ha hecho en el último año y un 1,2% en el último mes (Figura 1.1.14).

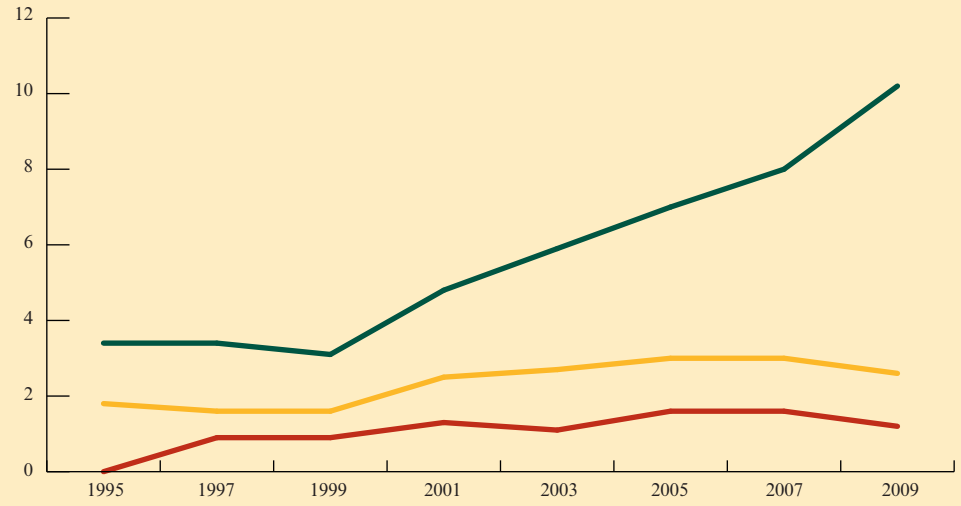
En relación a las tendencias temporales, la prevalencia de cocaína en polvo mostró un aumento desde 1995 a 2005, pasando la proporción de consumidores en los últimos 12 meses, de 1,8% a 3,0% respectivamente y estabilizándose en torno a esta cifra. Desde entonces, ha mostrado un descenso hasta alcanzar el 2,6%.

La Figura 1.1.14 muestra claramente el incremento del consumo de cocaína desde 1999 hasta 2005 para todos los indicadores utilizados. En 2005, España ocupaba los primeros puestos del *ranking* mundial de países consumidores de cocaína junto con otros países de nuestro entorno como Reino Unido, Italia y Estados Unidos, que también mostraron un aumento considerable del consumo de cocaína durante ese periodo. Sin embargo, debe precisarse que España partía de prevalencias de consumo más elevadas con respecto al resto por lo que, en realidad, no hubo un incremento tan llamativo del consumo sino, más bien, una agudización de un problema que ya existía en 1995.

A partir de 2007 y, coincidiendo con la puesta en marcha del *Programa de Actuación frente a la Cocaína 2007-2010,* se observa la quiebra de la tendencia al alza del consumo y la estabilización de aquellas cifras de prevalencia que se refieren a los consumos más problemáticos (en torno al 3% para el consumo en el último año y en 1,6% para el consumo en el último mes) y un descenso en 2009 (2,6% para el consumo en el último año y 1,2% para el consumo en el último mes). Para la confirmación de esta tendencia descendente habrá de esperar a futuras ediciones de la encuesta.

El consumo de cocaína base (crack) muestra un panorama similar. Aun contando con la menor prevalencia de consumo, la evolución temporal muestra un ascenso progresivo desde 1995 a 2007, año en que esta tendencia se invierte, mostrando un claro descenso en 2009 y pasando la proporción de consumidores en los últimos 12 meses de 0,5% a 0,1% (Figura 1.1.15).

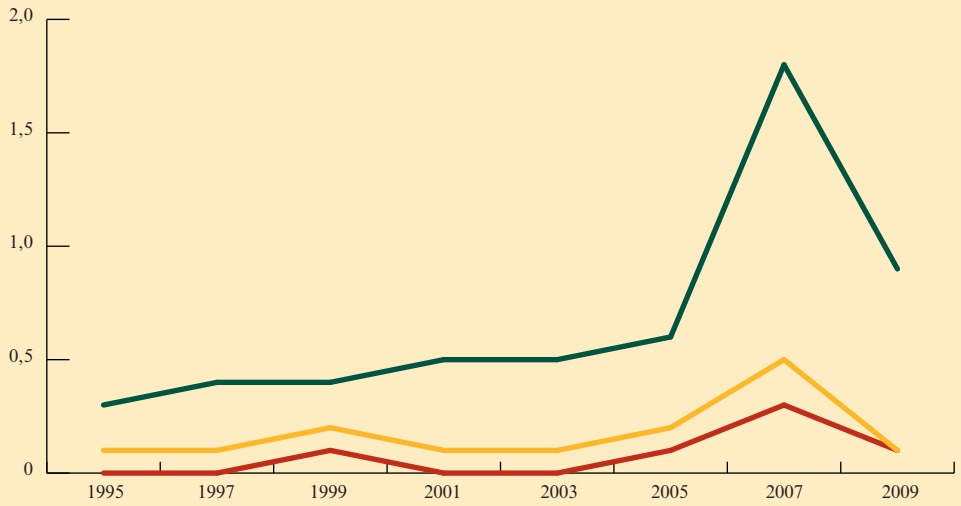
Figura 1.1.14. Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína polvo en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Alguna vez en la vida	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2
Último año	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6
Último mes	0,0	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.15. Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína base en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.

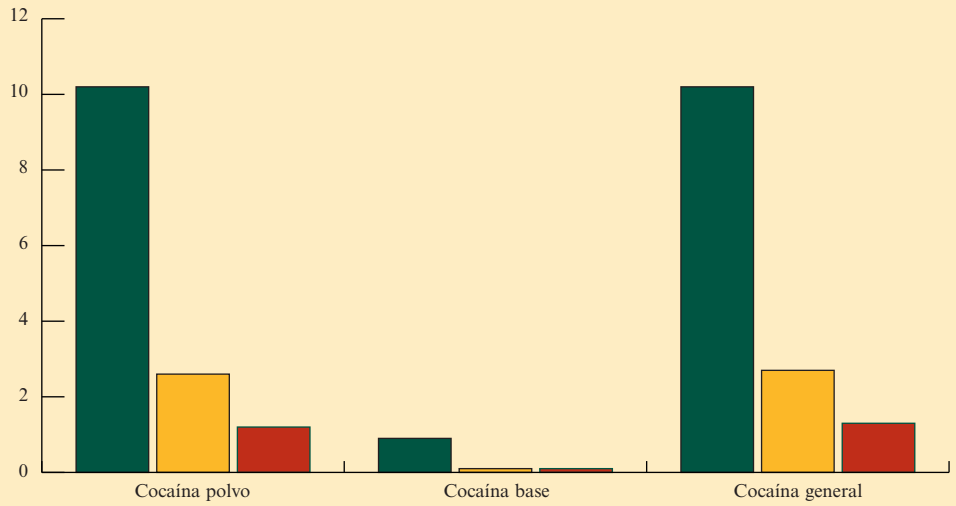


	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Alguna vez en la vida	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9
Último año	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,1
Último mes	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Como puede observarse en la Figura 1.1.16, la cocaína se consume mayoritariamente en polvo, siendo la prevalencia de consumo de cocaína base o crack muy baja.

Figura 1.1.16. Prevalencia de consumo de cocaína según forma de presentación (base y polvo) en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009.



	Cocaína polvo	Cocaína base	Cocaína general
Alguna vez	10,2	0,9	10,2
Último año	2,6	0,1	2,7
Último mes	1,2	0,1	1,3

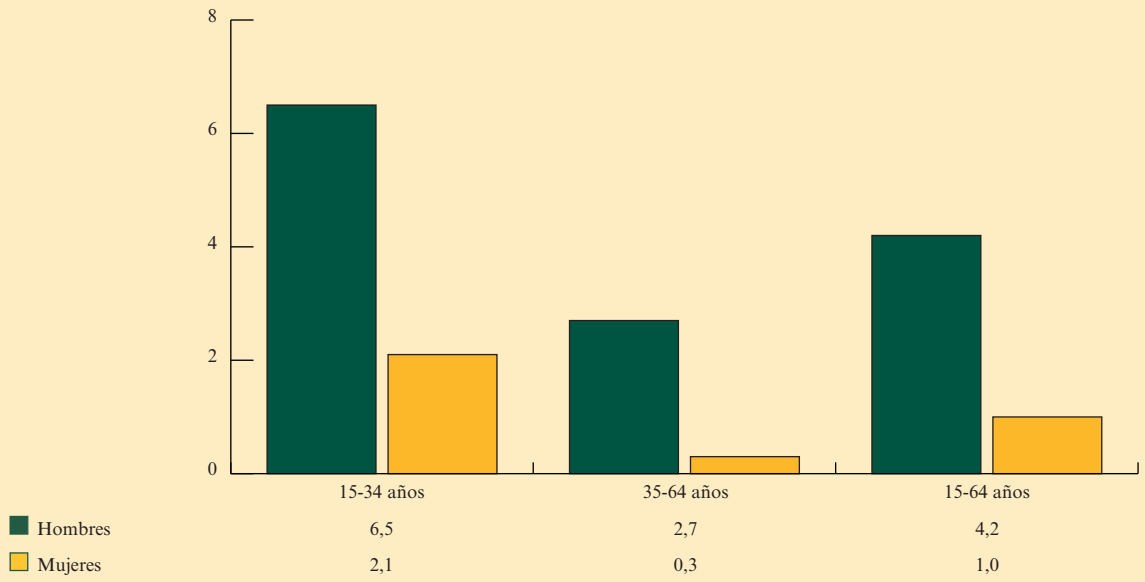
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Las prevalencias de consumo de cocaína son más elevadas entre los hombres que entre las mujeres. En concreto, la prevalencia de consumo de cocaína en el último año fue significativamente más elevada entre hombres (4,2%) que entre mujeres (1%). Las proporciones más altas de consumidores se encuentran entre los hombres de 15-34 años de edad (6,5%) frente a las mujeres (2,1%) (Figura 1.1.17).

La edad media de primer consumo de esta sustancia se mantiene estable en los 20,9 años para la cocaína en polvo, situándose en 23,1 años para la cocaína base, habiendo aumentado en 1,8 años respecto a la registrada en 2007 que fue de 21,3 años.

La continuidad en el consumo de cocaína no es elevada. En 2009, alrededor de una cuarta parte de los que habían probado esta droga alguna vez en la vida la habían consumido en los últimos 12 meses y, aproximadamente, una séptima parte la habían consumido en los últimos 30 días. Como se puede apreciar, observando las cifras de prevalencia en los distintos periodos, la continuidad en el consumo ha disminuido notablemente en los últimos años (Tabla 1.1.16).

Figura 1.1.17. Prevalencia de consumo de cocaína general (base y polvo) en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.16. Evolución de la prevalencia y continuidad en el consumo de cocaína en polvo en la población española de 15-64 años. España, 1997-2009.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Prevalencia alguna vez en la vida (%) (A)	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2
Prevalencia últimos 12 meses (%) (B)	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6
Prevalencia últimos 30 días (%) (C)	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2
B/A	0,47	0,52	0,52	0,46	0,43	0,37	0,26
C/A	0,29	0,27	0,19	0,23	0,20	0,15	0,13

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Éxtasis

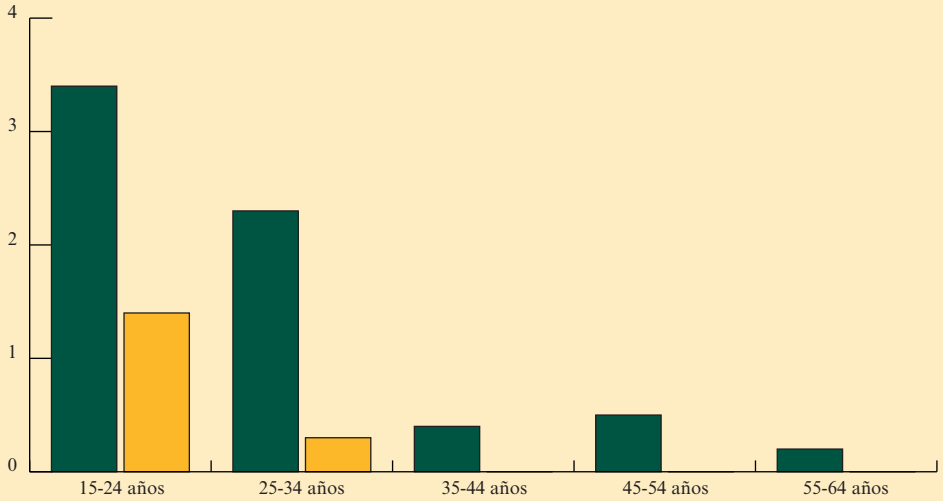
Un 4,9% de la población de 15-64 años ha probado el éxtasis alguna vez en la vida, un 0,8% lo ha consumido en el último año y un 0,4% en el último mes.

La prevalencia de consumo durante el último año fue mayor entre los hombres (1,4%) que entre las mujeres (0,3%), y entre la población de 15-34 años (1,8%) que entre la de mayor edad (0,2%). Las prevalencias de consumo más elevadas se encuentran entre los hombres de 15-24 años (Figura 1.1.18).

Se trata de una droga de consumo muy esporádico. De hecho, no se recogen en la muestra consumidores diarios. La edad media de primer consumo fue de 20,5 años, cifra superior a la edad media de inicio de sustancias como tabaco, alcohol, cannabis, alucinógenos o anfetaminas.

Por lo que respecta a la evolución del consumo, se aprecia una estabilización de los consumos habitual y reciente a partir de 2003, aunque se mantiene la tendencia la alza del consumo experimental desde 1999 (Figura 1.1.19). En general, se trata de una sustancia que se consume principalmente de forma experimental. Los consumidores son, mayoritariamente, hombres y jóvenes.

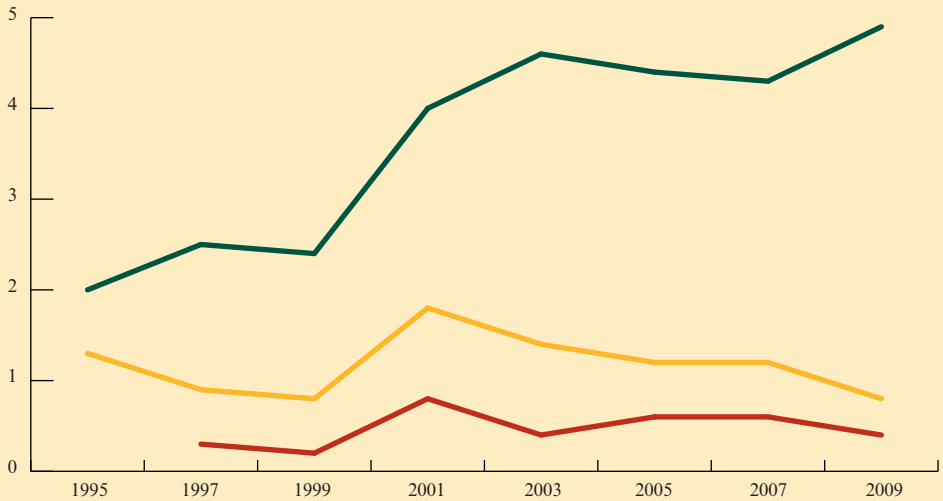
Figura 1.1.18. Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.



	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Hombres	3,4	2,3	0,4	0,5	0,2
Mujeres	1,4	0,3	0,0	0,0	0,0

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.19. Evolución de las prevalencias de consumo de éxtasis en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Alguna vez en la vida	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9
Últimos 12 meses	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,2	0,8
Últimos 30 días		0,3	0,2	0,8	0,4	0,6	0,6	0,4

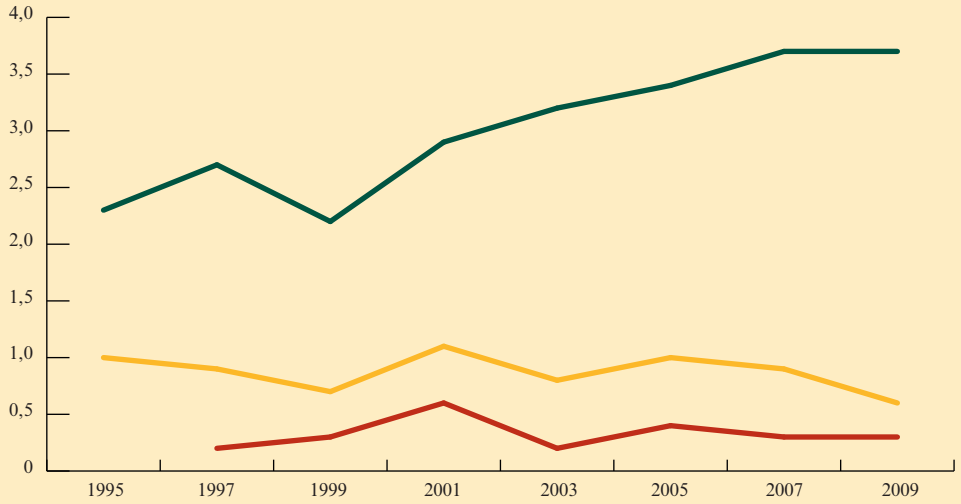
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Anfetaminas

Este grupo de sustancias se conocen con el nombre de *speed,* anfetaminas, anfetas, metanfetaminas, *ice* o cristal. En 2009 un 3,7% de la población de 15-64 años había probado las anfetaminas alguna vez, un 0,6% las había consumido en el último año y un 0,3% en el último mes.

Aunque la baja prevalencia de consumo de esta sustancia haga que sus valores estén expuestos a alta variabilidad frente a mínimos cambios en su valor, las tendencias temporales durante los últimos 12 meses nos permiten informar que su consumo parece bastante estabilizado aunque, desde el año 2005, puede apreciarse una tendencia al descenso (Figura 1.1.20).

Figura 1.1.20. Evolución de las prevalencias de consumo de anfetaminas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.



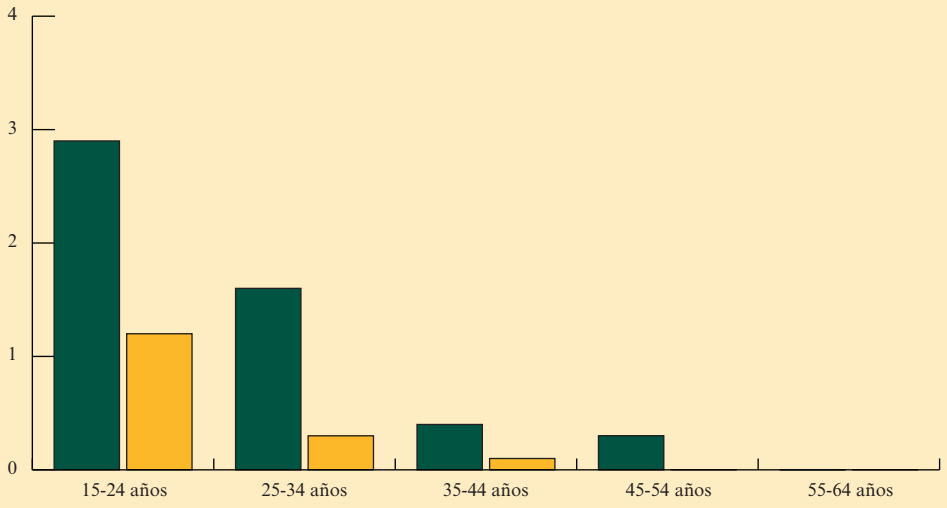
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Alguna vez en la vida	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,7	3,7
Últimos 12 meses	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9	0,6
Últimos 30 días		0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,3

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Como en los casos anteriores, el consumo está bastante más extendido en hombres que en mujeres y en el grupo de 15-34 años que en el de 35-64 años (Figura 1.1.21).

La edad media de primer consumo fue de 20,1 años.

Figura 1.1.21. Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.



	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Hombres	2,9	1,6	0,4	0,3	0,0
Mujeres	1,2	0,3	0,1	0,0	0,0

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tranquilizantes y/o somníferos (hipnosedantes)

La encuesta EDADES considera, por una parte, los hipnosedantes en general, sin establecer diferencias sobre si son prescritos (con receta) o consumidos sin receta y, por otra, recoge datos sobre el consumo de hipnosedantes sin receta. El consumo de hipnosedantes con o sin receta sólo se registra desde 2005 por lo que no es fácil establecer tendencias temporales de consumo.

Hipnosedantes (con o sin receta)

El consumo de hipnosedantes (en general) se obtiene sumando el consumo de tranquilizantes (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) y/o somníferos (pastillas para dormir). Parece más apropiado considerar el grupo de hipnosedantes en general ya que, las definiciones utilizadas en la encuesta, al no especificar el grupo farmacológico concreto al que pertenecen las pastillas sino el efecto buscado por el consumidor (calmar la ansiedad o inducir el sueño), haya tenido como resultado que los encuestados hayan incluido somníferos en el grupo de tranquilizantes y viceversa.

En 2009, el 13,4% de la población española de 15 a 64 años admitió haber consumido hipnosedantes alguna vez en la vida (11,0% tranquilizantes y 6,3% somníferos), mostrando, como viene ocurriendo en anteriores ediciones de la encuesta, una prevalencia mayor en mujeres (17,7%) que en hombres (9,9%) (Tabla 1.1.19).

Con respecto al consumo en el último año, la prevalencia de consumo de hipnosedantes alcanza el 7,1% (9,3% entre las mujeres y 4,6% entre los hombres), siendo el grupo de edad de 55 a 64 años el que mayores prevalencias muestra (11%). El análisis por grupos de edad confirma claramente mayores prevalencias de consumo en mujeres, con mayores diferencias de consumo respecto a los hombres en el intervalo de 35 a 64 (prevalencia global 9,1% y ratio mujer/hombre 2,1) en comparación con el grupo de 15 a 34 años (prevalencia global 4,0% y ratio mujer/hombre 1,7).

En cuanto al consumo durante los 30 días previos a la encuesta, la prevalencia de consumo de hipnosedantes es del 5,2% (7% entre las mujeres y 3,2% entre los hombres), alcanzando de nuevo niveles máximos en el grupo de edad de 55 a 64 años (10,2%). Las diferencias de prevalencia de consumo entre mujeres y hombres se mantienen también en similares proporciones a las obtenidas para el consumo en el último año en los grupos de edad de 15 a 34 (1,8) y de 35 a 64 años (2,2) a favor, como siempre, de las mujeres.

Por último, el 2,7% de la población reconoce consumir hipnosedantes a diario (4% en mujeres y 1,5% en hombres), siendo el grupo de edad de 55 a 64 años el que muestra una mayor prevalencia de consumo (6,8%). En este caso, las diferencias de consumo se mantienen, también, a favor de las mujeres, en todos los grupos de edad considerados, como para el resto de los indicadores valorados.

Tabla 1.1.17. Evolución de las prevalencias de consumo de hipnosedantes con o sin receta (porcentajes). España, 2005-2009.

	2005	2007	2009
Alguna vez	8,7	15,4	13,4
Últimos 12 meses	5,1	8,6	7,1
Últimos 30 días	3,7	5,9	5,2
Diariamente	–	3,1	2,7

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

La edad media de inicio de consumo de hipnosedantes se sitúa en 34,5 años (34,3 años para el caso de los tranquilizantes y 35,6 años para los somníferos).

En relación con la evolución temporal mostrada por este indicador, se observa una disminución de la proporción de consumidores con respecto a la edición de 2007, tanto para el consumo alguna vez en la vida como en el último año, último mes y a diario, aunque permanece por encima de las cifras obtenidas en 2005.

Hipnosedantes sin receta

Como es lógico, las prevalencias de consumo de hipnosedantes sin receta se mantienen en niveles muy inferiores a las de consumo de hipnosedantes con o sin receta. La encuesta sólo registra el consumo para el último año.

En 2009, el 1,9% de la población española de 15 a 64 años consumió hipnosedantes sin receta médica en el último año (1,6% tranquilizantes y 1,1% somníferos). Estos consumos representan un incremento de las cifras obtenidas para 2007 (1,3%, 0,9% y 0,7% respectivamente).

Las mayores prevalencias de consumo se obtienen, a diferencia de lo que observamos para el consumo de hipnosedantes con o sin receta, en el grupo de 35 a 44 años (2,2% para los hipnosedantes considerados globalmente), en el de 25 a 34 años (1,8% para los tranquilizantes) y, de nuevo, en el de 35 a 44 años (1,3% para los somníferos).

Tabla 1.1.18. Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2003-2009.

	2003	2005	2007	2009
Último año	3,1	1,2	1,3	1,9

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.19. Prevalencias de consumo de hipnosedantes con y sin receta según sexo y edad (porcentajes). España, 2009.

	GLOBAL	HOMBRE	MUJER	15-34 AÑOS			35-64 AÑOS		
				Global	Hombre	Mujer	Global	Hombre	Mujer
Hipnosedantes con o sin receta									
Alguna vez	13,4	9,9	17,7	8,8	7,0	10,8	16,5	12,0	21,0
Últimos 12 meses	7,1	4,6	9,3	4,0	3,0	5,2	9,1	5,7	12,5
Últimos 30 días	5,2	3,2	7,0	2,4	1,7	3,2	7,0	4,4	9,7
Tranquilizantes con o sin receta									
Alguna vez	11,0	8,0	14,2	7,1	5,3	8,9	13,8	9,9	17,7
Últimos 12 meses	5,5	3,4	7,6	3,1	2,0	4,3	7,1	4,4	9,8
Últimos 30 días	4,0	2,4	5,7	1,8	1,2	2,5	5,5	3,2	7,7
Somníferos con o sin receta									
Alguna vez	6,3	4,8	7,9	4,0	3,2	4,7	8,0	5,9	10,1
Últimos 12 meses	3,6	2,6	4,6	1,9	1,7	2,2	4,7	3,3	6,2
Últimos 30 días	2,7	1,9	3,5	1,2	0,9	1,5	3,7	2,5	4,8

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.20. Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses según sexo y edad (porcentajes). España, 2009.

	GLOBAL	HOMBRE	MUJER	15-34 AÑOS			35-64 AÑOS		
				Global	Hombre	Mujer	Global	Hombre	Mujer
Hipnosedantes sin receta	1,9	1,9	1,9	1,8	2,1	1,5	1,9	1,7	2,1
Tranquilizantes sin receta	1,6	1,5	1,7	1,6	1,9	1,4	1,5	1,2	1,9
Somníferos sin receta	1,1	1,1	1,0	1,0	1,3	0,8	1,1	1,1	1,2

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

La edad media de inicio de consumo de hipnosedantes sin receta es de 29,5 años (28,8 tranquilizantes y 30,6 somníferos).

No se observan diferencias, en cuanto al sexo, en las prevalencias de consumo globales para toda la población (1,9% tanto entre hombres como entre mujeres) pero el consumo es ligeramente más prevalente entre las mujeres en el caso de los tranquilizantes (1,7 frente a 1,5) y, al contrario, es más prevalente entre los hombres (1,1% frente a 1,0%) en el caso de los somníferos, aunque con mínimas diferencias.

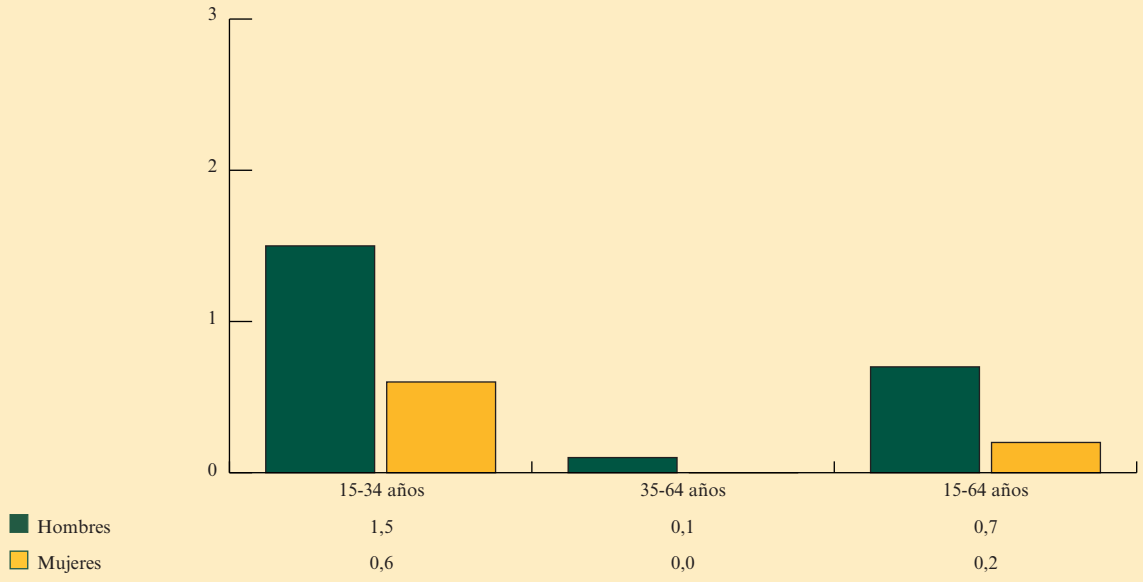
El análisis de los consumos por grupos de edad y sexo permite observar una clara presencia de los hombres del grupo de 15 a 34 años en el consumo de hipnosedantes sin receta que no se observa en los hipnosedantes con receta.

Con respecto a la evolución temporal, a pesar de que parece confirmarse un discreto ascenso de la proporción de consumidores de hipnosedantes sin receta desde 2005, las cifras siguen aún muy por debajo de las de 2003. Es posible que la introducción de preguntas nuevas sobre el consumo de hipnosedantes con o sin receta pueda haber influido a los encuestados a la hora de responder.

Alucinógenos

En 2009, un 3,7% de la población de 15-64 años había probado alucinógenos alguna vez, un 0,5% los había consumido el último año y un 0,2% el último mes. Como en los casos anteriores, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses fue más elevada en los hombres (0,7%) que en las mujeres (0,2%) y en el grupo de 15-34 años (1,1%) que en el de 35-64 años (0,1%). En la Figura 1.1.22 puede apreciarse que la mayor proporción de consumidores de alucinógenos se encuentra entre los hombres de 15-34 años.

Figura 1.1.22. Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

La edad media de inicio en el consumo fue de 19,7 años. La tendencia del consumo en los últimos años se ha mantenido relativamente estable (prevalencia de consumo en los últimos 12 meses: 0,6% en 1999 y 0,5% en 2009).

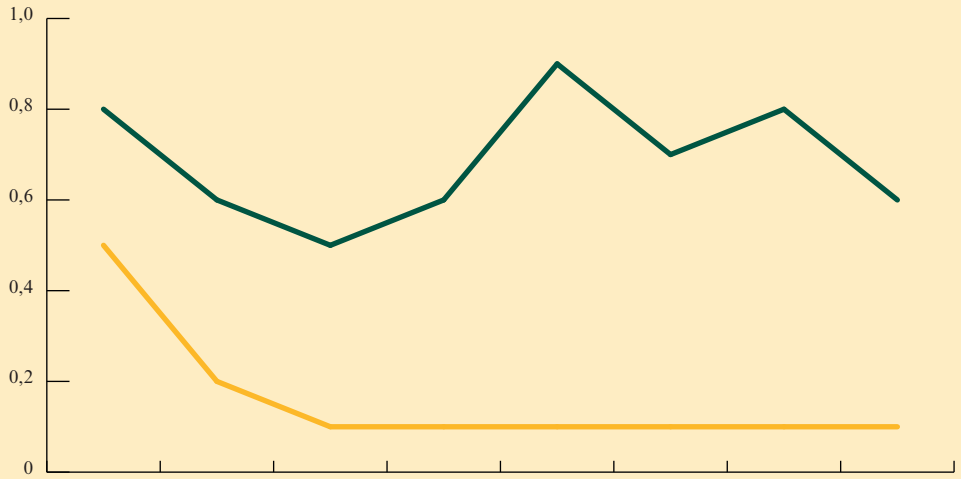
Otras drogas psicoactivas

Las prevalencias de consumo alguna vez en la vida de inhalables volátiles y heroína fueron más bajas que las de las sustancias mencionadas anteriormente, alcanzando cifras de 0,6% para ambas sustancias. Por su parte, las prevalencias de consumo durante el último año se situaron en torno al 0,1%. Hay que tener en cuenta, no obstante, que las encuestas poblacionales tienen bastantes limitaciones para estimar la prevalencia y las tendencias de consumo de estas sustancias, por su dificultad para incluir a los consumidores más problemáticos.

En cuanto a la edad media de primer consumo, fue de 19,2 en el caso de los inhalables volátiles y de 22,9 para la heroína.

Finalmente, por lo que respecta a las tendencias del consumo, en el caso de la heroína se aprecia una tendencia al descenso de la experimentación con esta sustancia desde el año 2003 (Figura 1.1.23).

Figura 1.1.23. Evolución de las prevalencias de consumo de heroína alguna vez en la vida y últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.

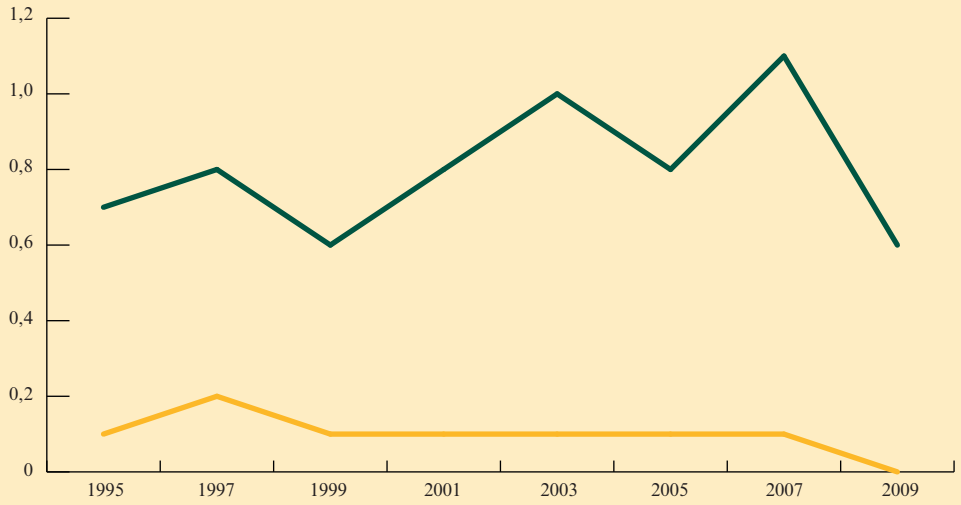


	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Alguna vez en la vida	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6
Últimos 12 meses	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

En el caso de los inhalables volátiles se aprecia también una tendencia descendente en el consumo experimental en los últimos años (Figura 1.1.24).

Figura 1.1.24. Evolución de las prevalencias de consumo de inhalables volátiles alguna vez en la vida y últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Alguna vez en la vida	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6
Últimos 12 meses	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Inyección de drogas

Nuevamente hay que decir que este tipo de encuestas no son un método muy adecuado para estimar la extensión del fenómeno de la inyección de drogas. No obstante, se sabe por otros indicadores que es un fenómeno en regresión. Los resultados de esta encuesta indican que en 2009 un 0,2% de la población española de 15-64 años se había inyectado alguna vez en su vida heroína o cocaína (0,5% de los hombres y 0,1% de las mujeres), encontrándose la máxima prevalencia en el grupo 45-54 años (0,3%).

Policonsumo de drogas

El policonsumo de drogas (legales e ilegales) constituye un patrón de consumo cada vez más prevalente en el escenario del consumo de sustancias psicoactivas en España.

El análisis del número de las sustancias consumidas por los encuestados que reconocen haber consumido alguna de las sustancias por las que se pregunta, pone de manifiesto que la mitad de los consumidores, aproximadamente, consume sólo una sustancia y el resto realiza policonsumo de 2 ó más sustancias. Durante el último año el 49,3% de la población que ha declarado consumir alguna de las sustancias consideradas ha tomado dos o más de ellas, porcentaje que se reduce a un 43,0% si se toma en consideración el consumo durante el último mes.

Tabla 1.1.21. Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas (porcentajes). España, 2009.

	Último año	Últimos 30 días
Una sola sustancia	50,6	57,0
Dos sustancias	34,8	33,7
Tres sustancias	10,5	7,4
Cuatro sustancias	2,7	1,3
Cinco o mas sustancias	1,3	0,6

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

En función del consumo en el último año, el análisis del número y tipo de sustancias consumidas permite obtener datos interesantes sobre los perfiles de consumo. Se observa que el alcohol está presente en la mayoría de los policonsumidores (valores superiores al 90%) (Tabla 1.1.23).

Tabla 1.1.22. Prevalencia de policonsumo de dos o más sustancias psicoactivas según sustancia consumida en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2009.

	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro sustancias	Cinco o más sustancias
Alcohol	95,7	96,0	98,6	99,1
Tabaco	89,0	91,2	96,9	97,2
Cannabis/marihuana	4,8	69,0	76,6	95,2
Éxtasis/drogas de diseño	0,0	0,6	5,1	58,4
Tranquilizantes/sedantes	6,3	22,3	32,6	29,4
Somníferos	3,7	14,3	29,8	26,1
Cocaína en polvo	0,4	5,6	51,1	72,4
Base/cocaína base	0,0	0,1	1,1	7,3
Speed/anfetaminas	0,0	0,2	3,8	47,3
Alucinógenos	0,0	0,3	4,3	30,3
Heroína	0,0	0,4	0,0	3,6
Inhalables	0,0	0,0	0,1	2,2

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Finalmente, el estudio del consumo cruzado de las diferentes sustancias durante el último año ofrece información específica de las prevalencias con que cada consumidor de una sustancia psicoactiva consume el resto de sustancias en este periodo, lo que facilita la asociación de diferentes grupos de drogas para cada tipo de consumidor (Tabla 1.1.23). El análisis exhaustivo de esta tabla permitirá detectar patrones específicos de consumo, información de gran utilidad para el diseño de intervenciones adaptadas a la realidad cambiante del consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 1.1.23. Proporción de consumidores de otras drogas entre las personas de 15-64 años que han consumido alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis, tranquilizantes, somníferos, hipnosedantes, cocaína en polvo, cocaína base, cocaína (polvo y/o base), anfetaminas, alucinógenos, heroína o inhalables en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2009.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis/marihuana	Éxtasis	Tranquilizantes/sedantes	Somníferos	Hipnosedantes	Cocaína en polvo	Cocaína base	Cocaína general	Speed/anfetaminas	Alucinógenos	Heroína	Inhalables
Alcohol	100,0	85,8	94,6	98,2	70,0	72,2	72,2	97,5	94,1	97,6	99,5	97,2	87,8	100,0
Tabaco	46,9	100,0	86,3	89,1	52,3	47,8	50,8	88,6	88,1	88,3	95,3	91,1	87,8	94,7
Inhalables	0,0	0,1	0,2	2,2	0,2	0,0	0,1	0,7	0,0	0,7	2,9	3,9	0,0	100,0
Speed/anfetaminas	0,8	1,4	5,2	45,0	1,6	1,7	1,4	15,7	22,7	15,7	100,0	52,2	0,0	66,4
Alucinógenos	0,6	1,0	4,2	26,4	1,5	1,3	1,2	9,5	11,6	9,6	38,4	100,0	8,5	66,3
Heroína	0,1	0,2	0,3	2,6	0,4	0,7	0,3	1,2	6,7	1,2	0,0	1,4	100,0	0,0
Tranquilizantes/sedantes	4,9	6,7	5,8	10,4	100,0	53,8	76,6	7,8	17,4	8,1	13,9	16,8	30,7	35,0
Somníferos	3,3	4,0	4,8	8,8	35,5	100,0	50,6	6,8	8,8	6,9	9,6	10,0	30,7	0,0
Hipnosedantes	6,6	8,5	8,1	14,1	100,0	100,0	100,0	10,8	17,4	11,0	15,8	17,8	30,7	35,0
Cannabis/marihuana	12,8	21,3	100,0	91,8	11,2	13,9	11,9	77,6	85,5	77,7	85,6	94,5	44,1	81,1
Éxtasis/drogas de síntesis	1,1	1,7	7,3	100,0	1,6	2,0	1,7	21,3	11,2	20,8	58,6	46,8	27,0	65,2
Cocaína en polvo	3,3	5,4	19,2	66,2	3,7	4,9	3,9	100,0	62,0	98,2	63,3	52,4	37,8	61,8
Base/cocaína base	0,2	0,3	1,0	1,7	0,4	0,3	0,3	3,0	100,0	4,7	4,4	3,1	10,7	0,0
Cocaína general	3,3	5,5	19,5	66,2	3,9	5,0	4,1	100,0	100,0	100,0	64,5	54,0	39,0	61,8

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Percepción de riesgo ante distintas conductas de uso de drogas

La percepción de riesgo ante distintas conductas frente al uso/abuso del consumo de drogas por parte de la población puede interpretarse como una herramienta de defensa pues una mayor sensación de riesgo puede ser un factor de protección frente al consumo y viceversa.

De todos los tipos de consumo considerados, la población de 15-64 años de edad encuentra que las conductas más peligrosas son el consumo habitual (semanal o de mayor frecuencia) de heroína, cocaína y éxtasis, percepción que viene manteniéndose año tras año. Las situaciones consideradas de menor riesgo son el consumo de 5/6 copas los fines de semana y consumir tranquilizantes/somníferos o hachís alguna vez. Del mismo modo, resulta relativamente baja la percepción de riesgo percibida por los encuestados para los consumos de éxtasis y cocaína alguna vez y para el consumo habitual de tranquilizantes, todos ellos con un porcentaje por debajo del 80%.

La evolución positiva más importante desde 1997 a 2009 se observa al valorar la percepción de riesgo asociado a "fumar un paquete de tabaco diario", que ha aumentado 9,7 puntos porcentuales. La percepción de riesgo asociada a "consumir 5-6 cañas/copas a diario" ha aumentado 2,2 puntos y la

de “consumir cocaína alguna vez” se ha incrementado en 1,1 puntos porcentuales durante el mismo periodo. Para otras conductas, el riesgo percibido o se mantiene (“consumir heroína habitualmente”) o disminuye, como ocurre en el caso de “consumir hachís alguna vez” que ha descendido 6,2 puntos porcentuales, y “consumir tranquilizantes/somníferos habitualmente” o “consumir hachís habitualmente” cuyos porcentajes asociados de riesgo percibido descienden 1,7 puntos y 2,4 puntos porcentuales, respectivamente. Las cifras de percepción de riesgo asociado al consumo de cannabis, junto con las prevalencias de consumo registradas para esta sustancia, apuntan a una “normalización” de su consumo.

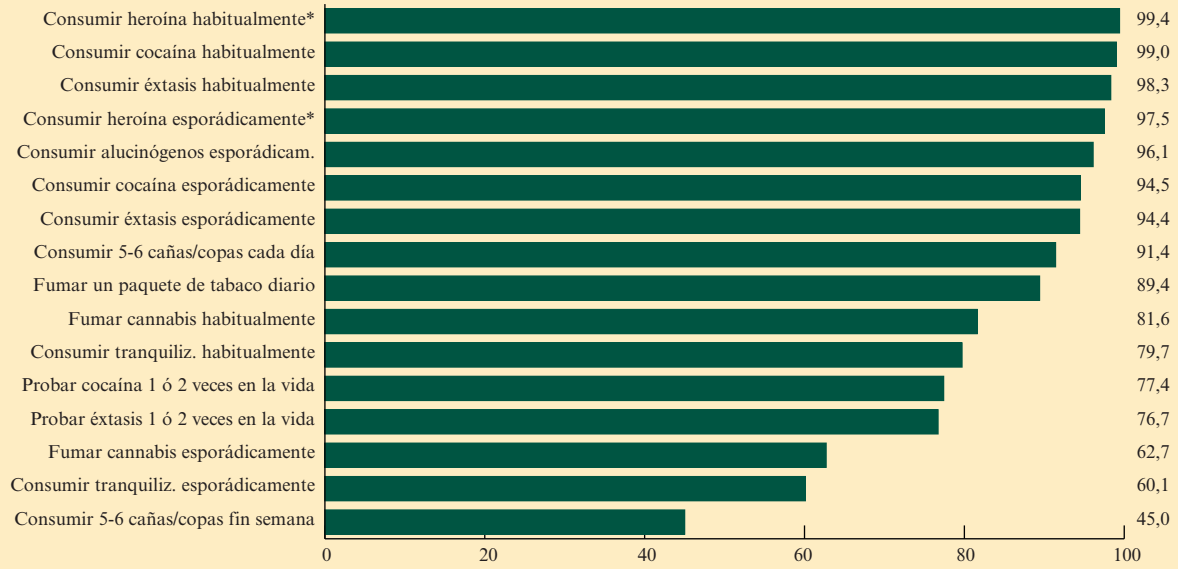
Tabla 1.1.24. Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas). España, 1997-2009.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	Diferencia 2009-2007	Diferencia 1997-2009
Consumir heroína habitualmente	99,4	99,6	98,8	99,3	99,3	99,4	99,4	0,0	0,0
Consumir heroína alguna vez	97,6	98,5	96,7	97,4	97,9	98,7	97,5	-1,2	-0,1
Consumir cocaína habitualmente	98,5	99,2	97,9	98,5	98,7	98,9	99,0	+0,1	+0,5
Consumir cocaína alguna vez	93,5	95,4	93,3	93,1	95,0	95,8	94,6	-1,2	+1,1
Probar cocaína una dos veces	–	–	–	–	–	–	77,4	–	–
Consumir éxtasis habitualmente	98,6	98,9	97,8	98,3	98,7	98,3	98,3	0,0	-0,3
Consumir éxtasis alguna vez	92,5	94,6	92,6	92,6	94,4	95,8	94,4	-1,4	+1,9
Probar éxtasis 1 ó 2 veces	–	–	–	–	–	–	76,7	–	–
Consumir alucinógenos habitualmente	99,1	99,4	98,5	99,1	99,2	97,4	–	–	–
Consumir alucinógenos alguna vez	96,0	97,4	95,5	96,3	97,1	–	96,1	–	+0,1
Consumir tranquil./somníferos habitualmente	81,4	86,8	84,8	85,4	81,8	79,7	79,7	0,0	-1,7
Consumir tranquil./somníferos alguna vez	60,4	70,1	66,7	65,3	62,3	62,2	60,1	-2,1	-0,3
Consumir hachís habitualmente	84,0	87,6	83,1	79,2	80,8	83,0	81,6	-1,4	-2,4
Consumir hachís alguna vez	68,9	74,8	67,9	62,0	64,2	68,5	62,7	-5,8	-6,2
Probar cocaína base 1 ó 2 veces	–	–	–	–	–	–	95,7	–	–
Consumir 5-6 cañas/copas a diario	89,2	90,7	86,1	83,3	87,3	89,2	91,4	+2,2	+2,2
Consumir 5-6 cañas/copas fin de semana	45,6	49,2	44,2	41,8	43,6	46,6	45,0	-1,6	-0,6
Fumar paquete tabaco diario	79,7	82,4	83,6	84,6	87,1	87,1	89,4	+2,3	+9,7

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Entre 2007 y 2009 aumenta o se mantiene la percepción de riesgo asociada al “consumo habitual” de casi todas las sustancias excepto para “consumo habitual de hachís” (-1,4 puntos) y se aprecia un descenso para el “consumo alguna vez” de cannabis (-5,8), tranquilizantes/somníferos (-2,1), éxtasis (-1,4) y heroína y cocaína (-1,2 puntos), lo que indica una disminución reciente del riesgo asociado a los consumos de tipo experimental en general.

Figura 1.1.25. Proporción de la población española de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir bastantes/muchos problemas (porcentajes). España, 2009.

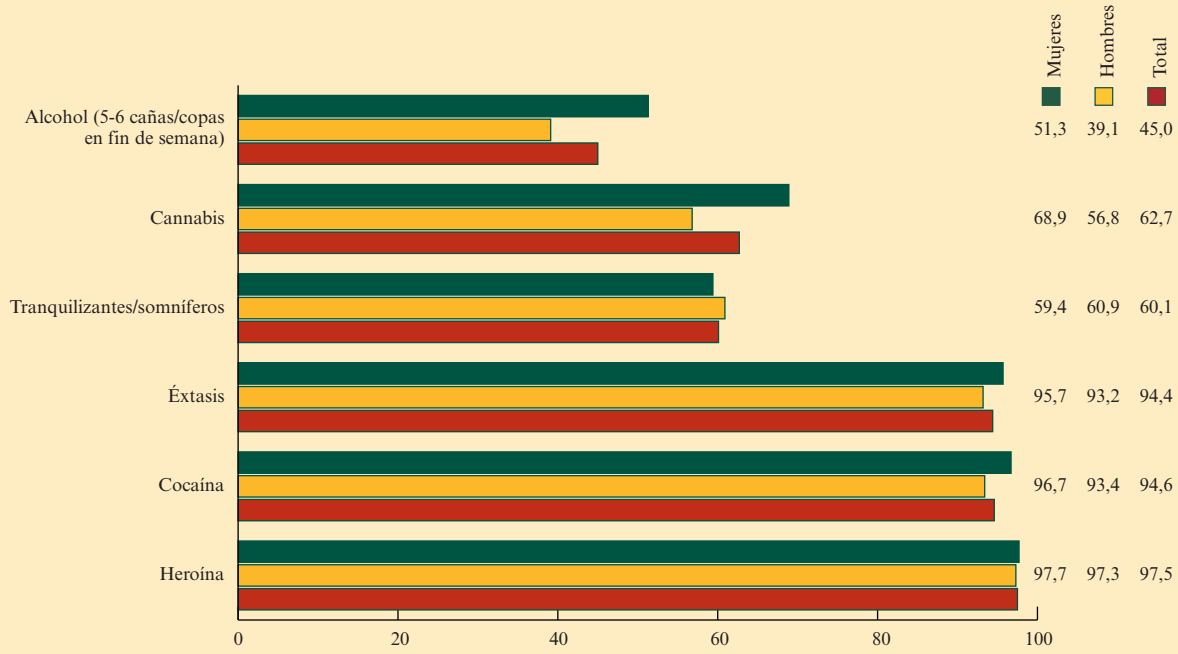


* Habitualmente es una vez a la semana o más frecuentemente; esporádicamente es una vez al mes o menos frecuentemente.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Como se observa en la Figura 1.1.26, las mujeres muestran una mayor percepción de riesgo asociada al consumo para todas las sustancias con la excepción de los tranquilizantes/somníferos, cuyas cifras de percepción de riesgo son más elevadas en los hombres.

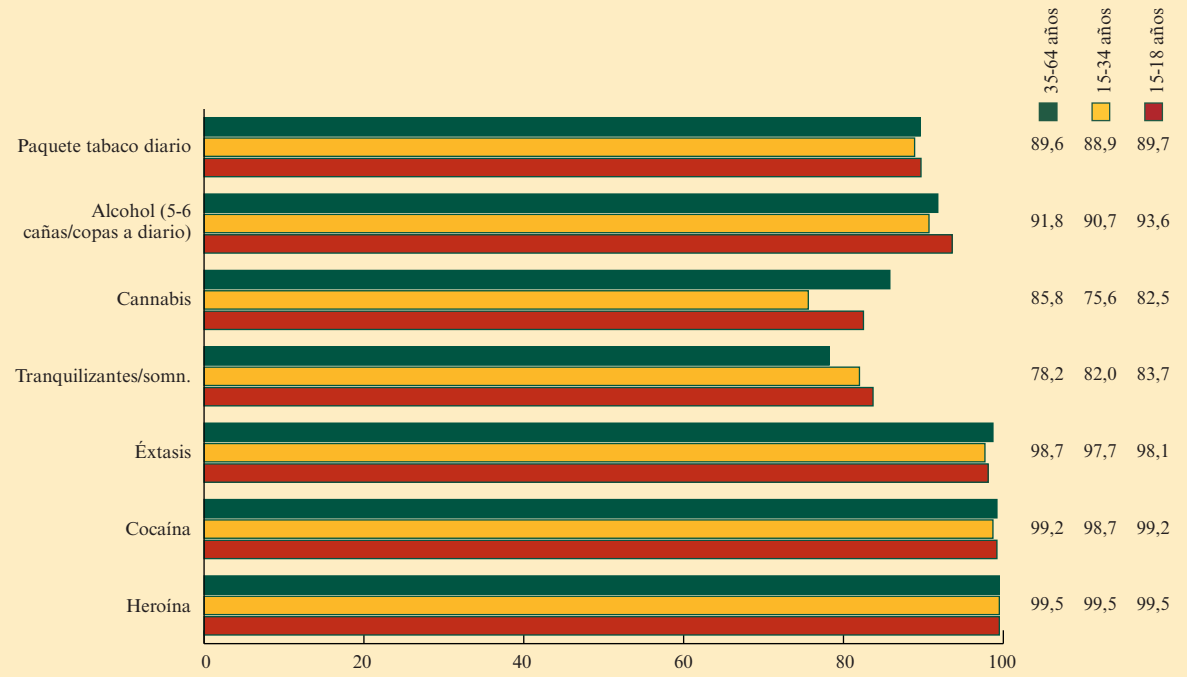
Figura 1.1.26. Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas de forma esporádica (1 vez al mes o menos), según sexo (porcentajes). España, 2009.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

En función de la edad, se observan diferencias en la percepción de riesgo asociado al consumo de las diferentes sustancias. Así, el grupo de mayor edad muestra la percepción de riesgo más baja para el consumo esporádico de tranquilizantes/somníferos y los más jóvenes, por su parte, valoran como menos peligroso el consumo esporádico de cannabis.

Figura 1.1.27. Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas de forma habitual (1 vez a la semana o más), según edad (porcentajes). España, 2009.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Disponibilidad de drogas percibida

Con carácter general, la población española considera que es fácil acceder a las drogas de comercio ilegal. En 2009 para tres sustancias de comercio ilegal (cannabis, cocaína y éxtasis) más del 50% de la población consideró que eran de fácil o muy fácil disponibilidad en 24 horas. El grupo de 25 a 34 años es el que manifiesta tener más facilidad de acceso, siendo el de mayor edad (55 a 64 años), el que manifiesta tener más problemas para conseguir las diferentes sustancias.

En España, se considera que la sustancia ilegal más fácil de obtener en 24 horas es el cannabis (un 69,6% de ciudadanos percibe que es fácil o muy fácil) y la que tiene menor accesibilidad es la heroína (44,7%). La cocaína, el éxtasis y el LSD se posicionan en un tramo de percepción de riesgo intermedio (56,7%, 51,9% y 48,7% respectivamente).

La disponibilidad percibida ha aumentado, para las cinco drogas principales de comercio ilegal, durante el periodo de 1995 a 2009. El cannabis es la sustancia que mayor incremento ha mostrado (19,2 puntos porcentuales) y la heroína es para la que se ha registrado un aumento menor (7,7 puntos porcentuales) (Tabla 1.1.25).

Tabla 1.1.25. Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas psicoactivas ilegales (conseguirlas en 24 horas es fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1995-2009.

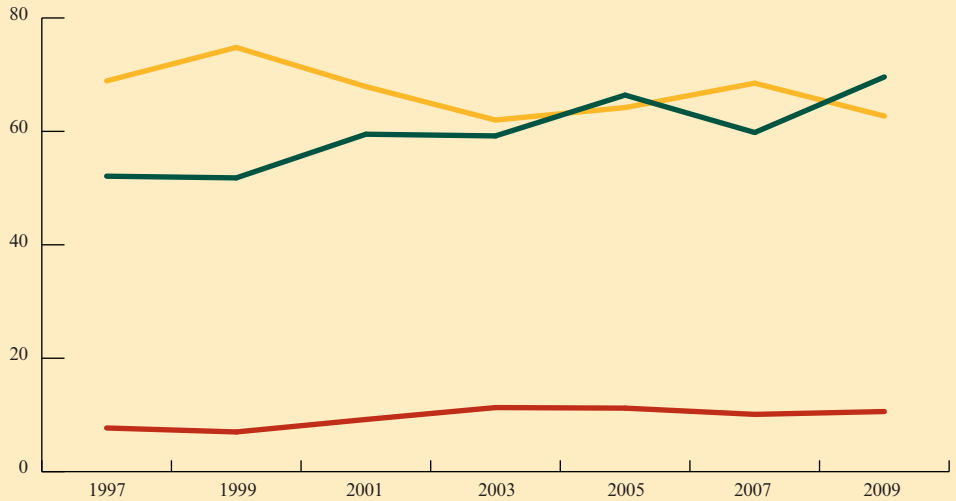
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2009-2007	1995-2009
Hachís/marihuana	50,3	52,1	51,8	59,5	59,2	66,2	59,8	69,6	+9,8	+19,2
Éxtasis	41,1	40,9	39,9	48,2	46,1	49,7	43,8	51,9	+7,1	+10,8
Cocaína	39,5	39,2	39,9	46,7	46,5	53,3	43,8	56,7	+7,8	+17,2
Heroína	37,0	36,2	37,2	41,2	39,2	43,4	39,5	44,7	+5,2	+7,7
LSD	37,1	37,0	37,2	42,7	40,0	44,8	40,2	48,7	+8,5	+11,6

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Si establecemos una correlación entre prevalencia de consumo, percepción de riesgo asociado al consumo y disponibilidad de drogas percibida, se pueden obtener algunas indicaciones que nos aproximen a las tendencias del consumo.

Al revisar la evolución de estas tres variables para el cannabis, la cocaína y el éxtasis, nos encontramos que, para el cannabis (Figura 1.1.28), en 2009 disminuye la percepción del riesgo y aumentan la disponibilidad y la prevalencia de consumo. En el caso de la cocaína (Figura 1.1.29), disminuye la prevalencia de consumo después de varios años al alza y seguida de una estabilización, se mantiene la percepción de riesgo y aumenta la disponibilidad percibida. Con respecto al éxtasis, la Figura 1.1.30 muestra una situación similar a la de la cocaína, es decir, disminuye la prevalencia de consumo, se mantiene la percepción del riesgo en cifras similares a las de los últimos años y aumenta la disponibilidad percibida.

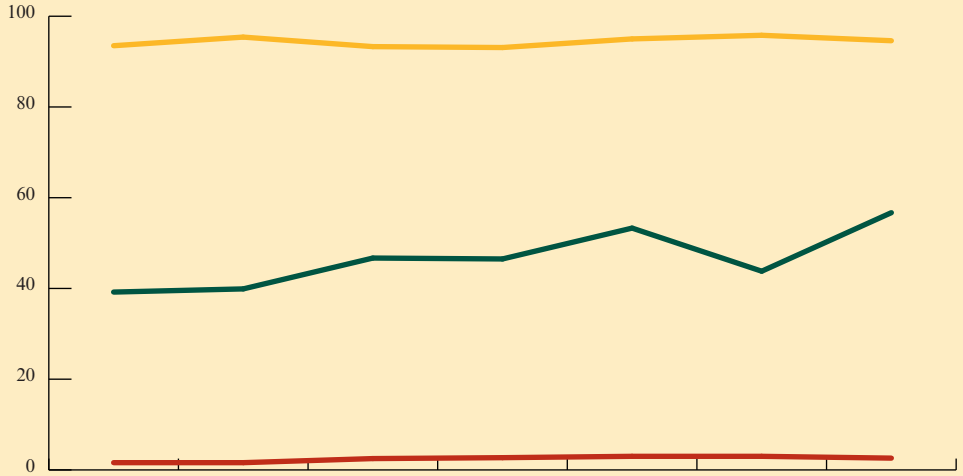
Figura 1.1.28. Evolución de la prevalencia de uso de cannabis en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante uso esporádico (1 vez o menos al mes) y disponibilidad percibida (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil) entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Disponibilidad	52,1	51,8	59,5	59,2	66,4	59,8	69,6
Riesgo	68,9	74,8	67,9	62,0	64,2	68,5	62,7
Prevalencia de consumo	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

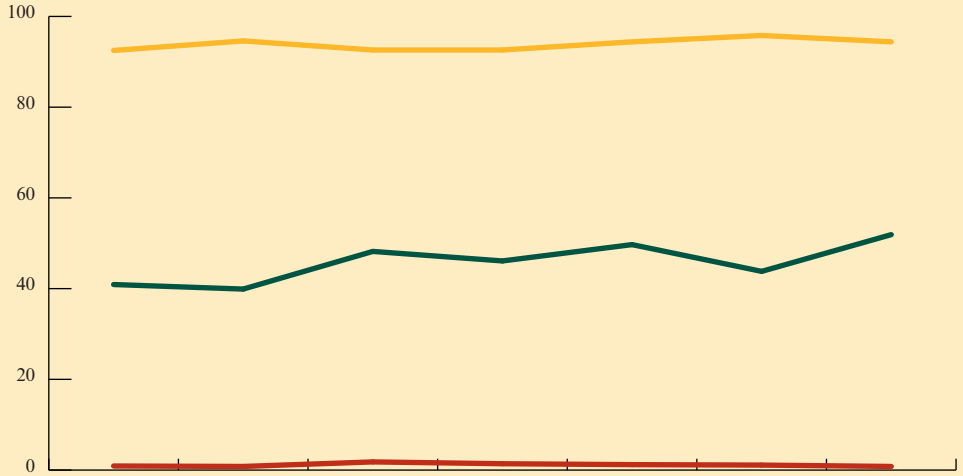
Figura 1.1.29. Evolución de la prevalencia de uso de cocaína en polvo en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico y disponibilidad percibida entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Disponibilidad	39,2	39,9	46,7	46,5	53,3	43,8	56,7
Riesgo	93,5	95,4	93,3	93,1	95,0	95,8	94,6
Prevalencia de consumo	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.30. Evolución de la prevalencia de uso de éxtasis en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico y disponibilidad percibida entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Disponibilidad	40,9	39,9	48,2	46,1	49,7	43,8	51,9
Riesgo	92,5	94,6	92,6	92,6	94,4	95,8	94,4
Prevalencia de consumo	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,1	0,8

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

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

En 2009, casi la mitad de la población de 15 a 64 años (48,9%) consideró que el problema de las drogas ilegales era "muy importante" en su lugar de residencia (barrio o pueblo). Esta cifra es muy similar a la obtenida en 2007. De la mitad restante, el 30,7% consideró que el consumo de drogas ilegales constituye un problema "algo importante" y el 20,4% restante no le concedió ninguna importancia (Tabla 1.1.26).

La evolución temporal del parámetro informa de que hay un sentir mantenido sobre la importancia del problema de las drogas, tanto para la categoría inferior de "nada importante" como para la superior de "muy importante". Sin embargo, la ausencia de cambio en la opinión general con respecto al consumo de drogas durante el periodo 1997-2009 contrasta con el enorme cambio que se ha producido en el escenario del consumo de drogas tanto en términos de visibilidad social, tipo de problemática asociada, mejora de la seguridad ciudadana y diferentes perfiles de consumo (consumos asociados a la marginación han sido sustituidos por consumos integrados socialmente y en entornos recreativos, etc.).

De todas las situaciones vinculadas al uso problemático de drogas por las que se preguntó en la encuesta, las consideradas por la población española en 2009 como las más frecuentes y visibles en su entorno residencial fueron las personas esnifando drogas por la nariz (10,4%) y la existencia de vendedores que ofrecen drogas (13,5%). Las de menor visibilidad fueron la existencia de personas inyectándose droga (2,9%) y encontrar jeringuillas en el suelo (3,8%) (Tabla 1.1.27 y Figura 1.1.31).

Tabla 1.1.26. Evolución de la importancia concedida por la población española de 15-64 años al problema de las drogas ilegales en el lugar donde vive (porcentajes). España, 1997-2009.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2009-2007
Nada importante	19,6	22,3	19,1	20,9	14,8	20,5	20,4	-0,1
Algo importante	28,1	32,1	34,3	34,3	27,9	29,7	30,7	+1,0
Muy importante	46,4	37,3	39,3	36,3	52,0	49,8	48,9	-0,9

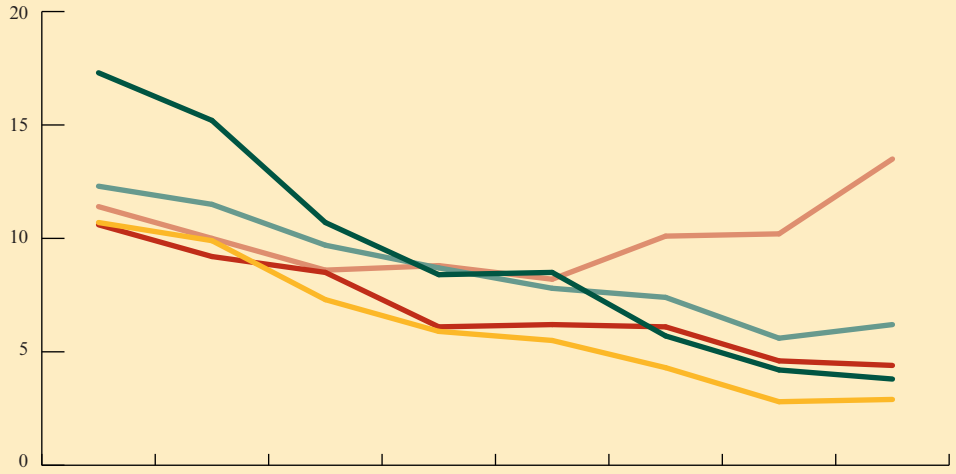
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.27. Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (% de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2001-2009
Jeringuillas en el suelo	17,3	15,2	10,7	8,4	8,5	5,7	4,2	3,8	-4,6
Personas inyectándose drogas	10,7	9,9	7,3	5,9	5,5	4,3	2,8	2,9	-3,0
Personas fumando chinos	10,6	9,2	8,5	6,1	6,2	6,1	4,6	4,4	-1,7
Personas drogadas caídas en el suelo	12,3	11,5	9,7	8,7	7,8	7,4	5,6	6,2	-2,5
Vendedores que ofrecen drogas	11,4	10,0	8,6	8,8	8,2	10,1	10,2	13,5	+4,7
Personas esnifando drogas por la nariz	–	–	–	–	–	–	11,6	10,4	–

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.31. Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje de la población española de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuentemente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2009.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Jeringas en el suelo	17,3	15,2	10,7	8,4	8,5	5,7	4,2	3,8
Personas inyectándose	10,7	9,9	7,3	5,9	5,5	4,3	2,8	2,9
Personas fumando chinos	10,6	9,2	8,5	6,1	6,2	6,1	4,6	4,4
Drogodependientes tirados	12,3	11,5	9,7	8,7	7,8	7,4	5,6	6,2
Vendedores de drogas	11,4	10,0	8,6	8,8	8,2	10,1	10,2	13,5

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Para todas las situaciones planteadas en la encuesta, la evolución temporal ha resultado claramente favorable. La visibilidad del fenómeno del consumo de drogas (medido por situaciones concretas) ha disminuido significativamente desde 1995. Esta disminución se ha confirmado en la última encuesta EDADES, salvo para la existencia de "vendedores que ofrecen droga" que ha aumentado 3,3 puntos porcentuales desde 2007 y 4,7 desde 2001. Estos resultados contrastan, como se ha mencionado al comienzo de este apartado, con la ausencia de cambio significativo en la opinión de la población con respecto a la importancia concedida, con carácter general, al problema del consumo de drogas.

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

La educación en las escuelas viene siendo la medida de intervención más valorada por la población de 15-64 años para resolver el problema de las drogas. La segunda medida mejor considerada es el tratamiento voluntario de los consumidores (disponibilidad y accesibilidad a los tratamientos) y, en tercer lugar, el control policial y aduanero.

Los ciudadanos españoles confieren escasa valoración a la legalización de las drogas tanto como medida global para todas las drogas, que es la peor considerada de todas (15,6%), como cuando se valora como medida concreta con respecto a algunas sustancias como el cannabis (29,6%). No obstante, a pesar de que la legalización de todas las drogas ha recibido una menor valoración por los encuestados con respecto a la obtenida en 2007, la legalización del cannabis ha mejorado su valoración entre 2007 y 2009 en 6,2 puntos aunque sigue ocupando la misma posición entre las medidas a valorar.

Las campañas publicitarias han sido valoradas como efectivas por el 77% de los encuestados en 2009 aunque esta medida ha mostrado un descenso de 1,4 puntos porcentuales con respecto a 2007 en cuan-

to a importancia, cediendo su posición habitual a la medida consistente en la promulgación de leyes más estrictas frente a las drogas.

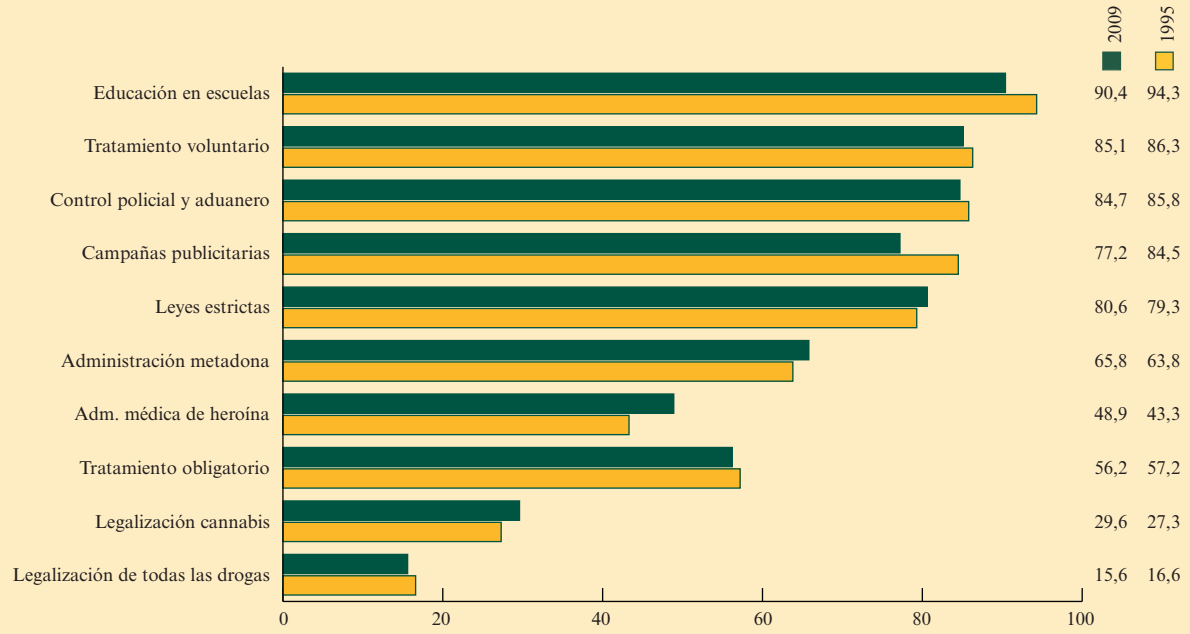
En términos generales, la población española considera como medidas más eficaces las de formación/información, la accesibilidad al tratamiento y las de control policial y administrativo.

Tabla 1.1.28. Evolución de la valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Educación en las escuelas	94,3	93,1	91,8	89,4	89,5	88,8	90,6	90,4
Tratamiento voluntario a consumidores	86,3	87,1	84,8	81,6	82,7	82,4	83,2	85,1
Control policial y aduanero	85,8	83,7	82,1	80,5	78,8	79,8	83,3	84,7
Leyes estrictas contra las drogas	79,3	77	76,9	75,5	73,2	75,3	77,9	80,6
Campañas publicitarias	84,5	81,5	79,8	77,6	75,6	77,7	79,1	77,7
Administración médica de metadona	63,8	62,9	67,5	66,6	67,1	68,4	66,8	65,8
Tratamientos obligatorios	56,2	57,2	57,9	62,8	59,7	58,2	56,3	57,2
Administración médica de heroína	43,3	47,5	53,9	58,2	59,3	59,9	52,8	48,9
Legalización de cannabis	27,3	30,2	33,3	38,5	37,1	35,2	23,4	29,6
Legalización de todas las drogas	19,8	21,5	24,6	27,1	23,5	21,4	16,6	15,6

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.32. Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas, entre la población de 15-64 años (porcentaje que considera muy importante cada acción). España, 1995-2009.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

1.2. ENCUESTA ESTATAL SOBRE USO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS (ESTUDES), 1994-2010

Introducción

En 2010 se ha realizado una nueva encuesta ESTUDES, enmarcada en la serie de encuestas que vienen desarrollándose en España de forma bienal desde 1994, con el objetivo de conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias. Estas encuestas han sido financiadas y promovidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y han contado con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas (Planes Autonómicos sobre Drogas y Consejerías de Educación) y del Ministerio de Educación.

Objetivos

El objetivo general de esta encuesta es obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas, enfocadas sobre todo al medio familiar y/o escolar. Esta información complementa la obtenida con otras encuestas e indicadores epidemiológicos.

A partir de este objetivo general, se establecen los siguientes objetivos específicos:

a) Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas.

b) Conocer las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.

c) Conocer algunos patrones de consumo relevantes.

d) Estimar las opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas (disponibilidad percibida, riesgo percibido ante diversas conductas de consumo) y algunos factores relacionados con el consumo.

e) Estimar el grado de exposición y receptividad de los estudiantes a determinadas intervenciones.

Metodología

Resumen de la metodología de la encuesta ESTUDES 2010

Ámbito poblacional: Jóvenes de 14 a 18 años que cursan estudios de 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional en España.

Ámbito geográfico: Se realiza en todo el ámbito nacional.

Ámbito temporal: El periodo de recogida de información ha sido desde el 4 de noviembre al 19 de diciembre de 2010 y desde el 15 de febrero al 23 de marzo de 2011.

Tipo de muestreo: Muestreo bietápico por conglomerados. Selección aleatoria de centros educativos como unidades de primera etapa y aulas como unidades de segunda etapa. Inclusión en la muestra de todos los estudiantes de las aulas seleccionadas.

Tamaño de la muestra: Se seleccionan 857 centros educativos y 1.730 aulas. La muestra final es de 31.967 alumnos.

Recogida de información: Cuestionario anónimo autoadministrado que se cumplimenta por escrito (papel y lápiz) durante una clase (45-60 minutos). Incluye las mismas preguntas que en años anteriores (características sociodemográficas, uso de drogas, percepción de riesgo sobre distintas conductas de consumo de drogas, aspectos relacionados con el ocio, disponibilidad percibida de las distintas drogas psicoactivas, algunos problemas sociales o de salud, información recibida sobre drogas, consumo de drogas por parte de amigos y compañeros, y actitud de los padres con respecto al consumo de drogas) y se añaden dos módulos específicos (uno con preguntas sobre "nuevas sustancias" y otro con tres escalas sobre "consumo problemático de cannabis").

Población de referencia y marco muestral

La población de referencia son los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España. La proporción de jóvenes de 14-18 años que cursó este tipo de enseñanzas en España se sitúa a lo largo de toda la serie de las encuestas en torno al 80%.

La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra fue la población matriculada en centros educativos con 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), 1º y 2º de Bachillerato y 1º y 2º de Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional. Este marco condiciona la distribución de la muestra por edad. De hecho, quedan fuera del marco varios grupos; por ejemplo, los estudiantes de 14-18 años que cursaban Educación Primaria o universitaria, los estudiantes de 14-18 años que no asistieron a clase el día y hora en que se aplicó el cuestionario (ausentes), los estudiantes de Enseñanzas de Régimen General incluidos en Programas de Garantía Social y de enseñanzas a distancia, de Enseñanzas de Régimen Nocturno y de Enseñanzas de Régimen Especial. Es bastante probable que el sesgo introducido por el absentismo y por la proporción de jóvenes de 14-18 años fuera del marco haya permanecido relativamente constante a lo largo del tiempo, por lo que la repercusión de estos sesgos en las tendencias y cambios temporales de la prevalencia y patrones de consumo de drogas es seguramente pequeño.

En la Tabla 1.2.1 se presenta la distribución de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España, según comunidad autónoma de residencia, titularidad jurídica del centro educativo y tipo de estudios (1994-2010).

Muestra

Se ha utilizado un muestreo por conglomerados bietápico, seleccionando aleatoriamente centros educativos como unidades de primera etapa y aulas como unidades de segunda etapa. Posteriormente, han sido incluidos en la muestra todos los estudiantes de las aulas seleccionadas, con el fin de simplificar el diseño muestral, así como la ejecución y análisis de la encuesta.

La selección de los centros educativos se ha realizado a partir de listados de las Consejerías de Educación. Para seleccionar los mismos, se estratificó previamente el marco muestral según comunidad autónoma (17 estratos, más dos estratos correspondientes a Ceuta y Melilla a partir de 1996) y titularidad jurídica (dos estratos: centro educativos públicos y privados). A partir de 2000, todos los centros educativos de cada estrato tuvieron la misma probabilidad de estar en la muestra independientemente de su tamaño (Tabla 1.2.2).

La selección de aulas se hizo con probabilidad igual entre el conjunto de aulas del centro educativo. Por razones logísticas se decidió seleccionar dos aulas en cada centro educativo.

En la encuesta 2010 se ha estudiado una muestra de 31.967 alumnos, 857 centros y 1.730 aulas (Tabla 1.2.3). Para garantizar una mínima precisión de las estimaciones por comunidad autónoma se estableció un número mínimo de encuestas válidas en cada una de ellas. Algunas comunidades autónomas,

interesadas en obtener información específica para su territorio con un margen de error estadístico menor, han realizado ampliaciones de la muestra inicial prevista. Se trata de las comunidades de Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Comunidad Valenciana, Galicia, La Rioja, Madrid y Melilla.

La proporción de alumnos matriculados que no acudieron a clase el día y hora de la encuesta (ausentes), se situó entre el 9% y el 17,1% en las distintas encuestas. En 2010 fue de un 10,9%.

Tabla 1.2.1. Evolución de la distribución de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias, según comunidad autónoma de residencia, titularidad jurídica del centro educativo y tipo de estudios (números absolutos). España, 1994-2010.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
CCAA									
Andalucía	471.794	462.498	439.486	402.840	361.512	363.862	326.571	304.858	350.592
Aragón	69.699	64.548	58.208	49.597	45.599	44.849	40.860	38.581	44.414
Asturias	73.467	67.094	59.379	48.271	42.232	39.752	33.888	28.534	32.598
Baleares	39.271	37.441	36.613	34.923	34.408	34.804	31.333	30.164	33.985
Canarias	113.256	110.955	111.340	96.577	87.248	85.592	74.244	68.929	78.902
Cantabria	36.909	34.734	31.164	26.253	23.666	22.473	19.609	17.583	20.366
Castilla y León	160.256	151.635	137.270	117.058	105.092	102.177	89.776	78.471	88.990
C.-La Mancha	90.837	89.425	85.693	79.729	77.727	78.397	73.297	69.538	79.848
Cataluña	384.125	354.024	310.815	262.519	248.490	248.973	236.139	234.395	264.590
C. Valenciana	251.506	234.037	215.858	190.873	178.801	177.602	160.648	154.174	176.955
Extremadura	57.224	59.242	58.622	54.160	51.426	50.791	46.757	41.203	45.254
Galicia	182.834	176.703	163.396	134.929	113.916	112.125	94.564	82.464	95.485
Madrid	347.417	322.791	292.702	251.754	229.324	231.045	207.926	191.834	224.210
Murcia	73.929	71.706	66.423	60.005	55.246	56.305	51.755	49.721	57.769
Navarra	32.758	30.589	26.977	22.174	21.103	20.626	19.640	19.061	22.096
País Vasco	151.581	136.827	112.596	90.058	82.048	78.790	67.592	63.000	72.145
Rioja	17.809	16.224	14.249	11.940	10.928	10.723	9.755	9.080	10.567
Ceuta	3.379	3.565	3.724	3.611	3.303	3.433	2.797	2.680	3.224
Melilla	2.961	3.136	3.455	3.197	3.244	2.970	2.791	2.890	6.099
Titularidad del centro educativo									
Pública	1.911.828	1.769.080	1.626.084	1.362.588	1.225.988	1.241.521	1.093.906	1.004.590	1.154.668
Privada	649.184	658.094	601.886	577.880	549.325	523.768	496.036	482.570	553.421
Tipo de estudios									
ESO	237.115	515.206	886.542	953.021	935.678	937.280	891.860	845.306	828.331
Bachillerato	1.510.024	1.261.877	927.249	724.972	614.796	600.389	576.960	520.541	608.428
F. Profesional	813.873	650.091	414.179	262.475	224.839	227.620	121.122	121.313	271.330
TOTAL	**2.561.012**	**2.427.174**	**2.227.970**	**1.940.468**	**1.775.313**	**1.765.289**	**1.589.942**	**1.487.160**	**1.708.089**

FUENTE: Ministerio de Educación.

Tabla 1.2.2. Evolución de la distribución de los estudiantes de 14-18 años incluidos en la muestra de ESTUDES, según comunidad autónoma de residencia, titularidad jurídica del centro educativo y tipo de estudios (números absolutos). España, 1996-2010.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
CCAA								
Andalucía	2.075	1.976	2.372	2.552	2.464	2.750	6.143	3.724
Aragón*	941	775	671	2.185	1.757	1.764	785	1.377
Asturias*	875	765	661	744	584	1.737	627	1.155
Baleares*	661	679	602	1.762	1.795	622	599	1.203
Canarias	859	966	739	960	835	2.079	1.398	1.815
Cantabria*	575	722	1.244	1.169	1.478	1.376	352	906
Castilla y León	1.120	1.093	919	1.140	983	1.107	1.697	1.865
Castilla-La Mancha	982	943	1.749	2.501	860	984	1.359	1.818
Cataluña	1.881	1.681	1.552	1.885	2.831	2.177	4.628	3.415
Comunidad Valenciana*	1.466	1.395	2.287	1.685	1.362	1.657	3.119	2.727
Extremadura	659	718	443	796	1.693	777	807	1.370
Galicia*	1.436	1.333	1.170	2.108	1.245	2.244	1.799	1.945
Madrid*	1.979	1.853	2.929	3.308	3.033	3.055	3.904	3.056
Murcia	818	813	727	1.394	1.468	1.601	998	1.551
Navarra	659	553	627	530	600	570	361	960
País Vasco	1.104	1.021	852	806	990	884	1.316	1.726
Rioja*	651	570	462	457	975	525	190	647
Ceuta	128	30	323	130	140	289	46	325
Melilla*	97	199	121	464	428	256	57	382
Titularidad del centro educativo								
Pública	13.716	12.766	10.421	14.445	14.889	13.050	20.720	22.081
Privada	5.250	5.319	10.029	12.131	10.632	13.404	9.463	9.886
Tipo de estudios								
ESO	5.129	9.560	13.664	14.400	14.415	15.983	15.671	17.816
Bachillerato	10.495	7.312	5.869	10.733	9.468	8.468	10.348	11.683
Formación Profesional	3.342	1.213	917	1.443	1.638	2.003	4.164	2.468
TOTAL	**18.966**	**18.085**	**20.450**	**26.576**	**25.521**	**26.454**	**30.183**	**31.967**

* Han ampliado muestra en el año 2010.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.3. Evolución de la distribución de las aulas y centro educativos incluidos en la muestra ESTUDES, según comunidad autónoma de residencia (números absolutos). España, 1994-2010.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Centros									
Andalucía	45	45	45	54	60	64	70	77	62
Aragón*	19	18	18	17	35	32	33	49	63
Asturias*	19	18	18	17	18	16	29	48	63
Baleares*	12	12	13	15	32	32	15	41	77
Canarias	22	23	22	21	23	22	33	57	30
Cantabria*	13	12	13	28	29	28	28	39	58
Castilla y León	18	19	27	25	30	27	32	35	29
Castilla-La Mancha	25	24	17	44	58	22	25	31	29
Cataluña	44	38	39	37	43	70	53	56	53
C. Valenciana*	33	33	33	56	37	35	40	46	66
Extremadura	16	14	16	10	19	31	19	25	22
Galicia*	23	26	29	25	36	30	39	62	65
Madrid*	40	37	40	66	75	71	71	85	81
Murcia	16	16	16	17	38	25	25	48	25
Navarra	13	13	15	15	14	14	13	16	15
País Vasco	26	24	27	21	22	26	28	30	28
Rioja*	11	12	12	12	12	17	12	25	37
Ceuta	_	5**	1	5	3	5	7	7	6
Melilla*	_	_	3	3	7	6	5	7	48
	395	**389**	**404**	**488**	**591**	**573**	**577**	**784**	**857**
Aulas									
Andalucía	92	92	90	108	119	128	139	154	125
Aragón*	38	36	38	31	101	95	92	98	128
Asturias*	42	36	36	30	35	32	84	96	125
Baleares*	29	28	27	24	84	93	30	82	153
Canarias	44	46	44	41	46	44	98	114	60
Cantabria*	28	28	28	48	58	84	81	78	116
Castilla y León	38	40	40	47	58	54	64	70	60
Castilla-La Mancha	54	55	55	69	116	44	50	62	63
Cataluña	88	78	78	74	87	140	103	112	111
C. Valenciana*	68	65	69	90	72	70	80	92	136
Extremadura	34	32	53	19	37	92	38	50	45
Galicia*	56	55	33	43	102	60	116	124	129
Madrid*	85	80	58	119	144	142	142	170	160
Murcia	34	36	79	29	72	74	75	96	51
Navarra	30	28	26	22	26	28	26	32	32
País Vasco	52	52	33	40	44	51	56	60	56
Rioja*	25	29	29	20	22	50	24	50	74
Ceuta	_	10**	2	15	6	10	14	14	12
Melilla*	_	_	8	6	22	24	10	14	94
	837	**826**	**826**	**875**	**1.251**	**1.315**	**1.322**	**1.568**	**1.730**

* Han ampliado muestra en el año 2010.
** Corresponden a Ceuta y Melilla.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Cuestionario y trabajo de campo

Se utiliza un cuestionario estandarizado y anónimo, parecido al de otras encuestas realizadas en Europa y Estados Unidos.

En 2010 se ha mantenido el módulo de preguntas básico, incluido en todos los años previos y se han introducido dos módulos específicos: uno sobre "nuevas sustancias" y otro sobre "consumo problemático de cannabis".

- Módulo básico: incluye preguntas sobre características sociodemográficas, uso de drogas, percepción de riesgo sobre distintas conductas de consumo de drogas, aspectos relacionados con el ocio, disponibilidad percibida de las distintas drogas psicoactivas, algunos problemas sociales o de salud, información recibida sobre drogas, consumo de drogas por parte de amigos y compañeros, y actitud de los padres con respecto al consumo de drogas.
- Módulo específico sobre el consumo de "nuevas sustancias": incorpora preguntas sobre consumo, percepción de riesgo y disponibilidad de algunas sustancias emergentes, entre las que se incluyen Ketamina, *Spice,* piperazinas, mefedrona, Nexus, metanfetamina, setas mágicas, *research chemicals* y *legal highs.*
- Módulo sobre consumo problemático de cannabis: en colaboración con el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, se ha incorporado una serie de preguntas para evaluar determinadas escalas de estudio frente al consumo de cannabis. Se incluyeron 3 escalas para comparar su eficacia en la evaluación del consumo problemático de cannabis y proceder a su validación: la escala CAST *Cannabis Abuse Screening Test* (6 ítems), la escala SDS *Severity of Dependence Scale* (5 ítems) y el M-CIDI *Composite International Diagnostic Interview* (16 ítems).

Se tienen en cuenta las peculiaridades lingüísticas de las distintas comunidades autónomas, utilizándose versiones del cuestionario en castellano, gallego, vasco, catalán y valenciano.

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

Todas las encuestas, salvo la de 2004 que se hizo en primavera, se han realizado en otoño (generalmente en noviembre y diciembre), y en varios centros en febrero del año siguiente.

La colaboración de los centros educativos en general es buena. En 2010 la proporción de centros sustituidos fue de 14,4%, pero apenas se recibieron negativas de centros para colaborar, debiéndose las sustituciones en la mayoría de los casos a problemas de fechas por exámenes o a la proximidad de las vacaciones. Por otra parte, el grado de colaboración de los directores, jefes de estudios y docentes de los centros fue excelente en todas las encuestas. La proporción de estudiantes que se negó a cumplimentar el cuestionario fue irrelevante, así como los cuestionarios eliminados por estar en blanco.

Análisis

Para realizar el análisis se han ponderado los resultados por comunidad autónoma, titularidad del centro (público o privado) y tipo de estudios (ESO, Bachillerato, Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional), para corregir la disproporcionalidad de la muestra con respecto al universo. La información sobre la distribución del universo según las tres variables de ponderación se obtuvo del Ministerio de Educación.

Conviene resaltar que la muestra está diseñada para obtener resultados con una precisión aceptable para estimar las prevalencias de consumo de drogas en el conjunto de España, pero no en las comu-

nidades autónomas. Por lo tanto, salvo en el caso del alcohol, el tabaco y el cannabis, las prevalencias estimadas para las comunidades autónomas tienen unos intervalos de confianza demasiado amplios, sobre todo en las comunidades con menos población, lo que significa que están muy afectadas por el azar y, al representar las series temporales, pueden generar dientes de sierra y líneas de tendencia engañosas.

Como nota metodológica conviene señalar que los cálculos se han efectuado excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos.

Resultados

Extensión del consumo de drogas

En 2010 las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años siguen siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. Un 75,1% ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 39,8% ha probado el tabaco y un 33% el cannabis. La proporción de consumidores actuales de estas sustancias, es decir aquellos que las han consumido en los 30 días previos a la entrevista, es de 63% en el caso del alcohol, 26,2% en el de tabaco y 17,2% en el de cannabis.

El consumo del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles, heroína…) es mucho más minoritario, situándose entre el 1% y el 3,9% los estudiantes que las han probado alguna vez y entre el 0,5% y el 1,5% su consumo actual (últimos 30 días).

Una mención aparte merece el consumo de tranquilizantes. La proporción de estudiantes que han tomado alguna vez tranquilizantes es de un 18,0%, y la de los que los han tomado sin receta de un 10,4%. Su consumo actual (últimos 30 días) se sitúa en un 5,2% y un 3% respectivamente.

Si comparamos estos resultados con los de las encuestas precedentes, observamos una reducción del consumo de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso del tabaco, del cannabis y de la cocaína. Estas dos últimas sustancias son por otra parte las drogas ilegales más extendidas y cuyo consumo había crecido más en los últimos años (Tabla 1.2.4).

Edad media de inicio en el consumo

Los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años comienzan a consumir drogas a una edad temprana. En 2010, las sustancias que se empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, el alcohol y los inhalables volátiles (en este caso por una minoría), cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años. Le siguen la heroína, los tranquilizantes o pastillas para dormir y el cannabis (14,4, 14,4 y 14,7 años, respectivamente). La cocaína, el éxtasis, los alucinógenos y las anfetaminas fueron las sustancias que se empezaron consumir a una edad más tardía (14,9, 15,3, 15,4 y 15,5 años, respectivamente). En general, se observa una tendencia estable de la evolución de la edad media de inicio en el consumo de cada una de las drogas (Tabla 1.2.5).

Diferencias en el consumo por edad

La proporción de consumidores de las distintas drogas aumenta progresivamente con la edad. Para alcohol, tabaco y cannabis, el mayor incremento del consumo se produce entre los 14 y los 16 años. Para los psicoestimulantes (cocaína, éxtasis, anfetaminas) el mayor incremento del consumo se produce entre los 16 y los 18 años (Tabla 1.2.6).

Tabla 1.2.4. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España 1994-2010.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida									
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1
Hipnosedantes*							12,6	17,3	18,0
Hipnosedantes sin**	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33,0
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3	2,7	2,5
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6	2,6
Cocaína	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1	3,9
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0	0,9	1,0
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0	2,7	2,3
GHB								1,1	1,2
Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses									
Tabaco							34,0	38,1	32,4
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6
Hipnosedantes*							7,4	10,1	9,8
Hipnosedantes sin**	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8	5,7	5,6
Cannabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9	1,7
Alucinógenos	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8	2,7	2,1
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6	2,5	1,6
Cocaína	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7	0,6
Inhalables volátiles	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8	1,6	1,2
GHB								0,8	0,7
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días									
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8	32,4	26,2
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63
Hipnosedantes*							3,6	5,1	5,2
Hipnosedantes sin**	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3,0
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4	1,1	1,0
Alucinógenos	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3	1,2	1,0
Anfetaminas	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4	1,2	0,9
Cocaína	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0	1,5
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6	0,5
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1	0,9	0,8
GHB								0,5	0,5
Prevalencia de consumo diario de tabaco en los últimos 30 días									
	21,6	23,7	23,1	23,0	21,0	21,5	14,8	14,8	12,3

*Tranquilizantes y/o somníferos.

** Tranquilizantes y/o somníferos sin receta.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.5. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3	13,5
Tabaco (consumo diario)		14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2	15,1	14,3
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8	13,7	13,7
Alcohol (consumo semanal)		15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0	15,6	14,8
Hipnosedantes sin receta	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,4	14,3	14,4
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6	14,6	14,7
Cocaína (polvo y/o base)	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,3	15,3	14,9
Cocaína polvo							15,4	15,4	15,4
Cocaína base							15,0	15,0	14,6
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7	14,3	14,4
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6	15,4	15,5
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5	15,4	15,4
Inhalables volátiles	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0	13,6	13,8	13,2
Éxtasis	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5	15,2	15,3

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.6. Proporción de consumidores de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 12 meses, según la edad (porcentajes). España, 2010.

	14 años	16 años	18 años
Alcohol	48,0	80,3	86,4
Tabaco	17,5	36,9	43,8
Hipnosedantes	8,0	10,5	14,8
Hipnosedantes sin receta	4,2	6,0	7,6
Cannabis	10,5	30,6	40,1
Cocaína	1,2	2,6	5,0
Éxtasis	0,9	1,9	2,9
Anfetaminas	0,6	1,6	3,8
Alucinógenos	1,0	2,2	4,2
Heroína	0,6	0,8	0,9
Inhalables volátiles	1,1	1,5	1,2

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Diferencias intersexuales en el consumo de drogas

La extensión del consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años varía mucho según el sexo. Los chicos consumen en mayor proporción que las chicas todas las drogas ilegales, mientras que con el tabaco y los tranquilizantes o pastillas para dormir sucede lo contrario. No obstante, la prevalencia de consumo intensivo de cualquier droga de comercio ilegal es mayor en los varones que en las mujeres (Tabla 1.2.7).

Tabla 1.2.7. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Consumo alguna vez en la vida																		
Tabaco	56,6	65,1	58,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	64,1	42,0	49,8	42,2	47,0	35,6	43,8
Alcohol	84,3	84,0	84,3	84,1	85,5	86,4	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5	78,4	80,7	80,8	81,7	74,9	75,2
Hipnos.*															14,2	20,4	13,3	20,2
Hipnos. sin**	4,8	7,4	4,5	7,6	4,4	8,2	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1	5,8	9,2	7,7	11,0	8,4	12,3
Cannabis	23,8	18,0	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	40,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6	37,8	32,8	34,9	31,1
Éxtasis	4,7	2,5	6,1	4,8	4,0	3,2	7,6	4,8	7,0	5,8	6,0	3,9	4,2	2,5	3,5	2,0	3,2	1,9
Alucinóg.	6,7	3,6	8,0	5,6	6,1	5,0	7,2	4,4	5,6	3,4	6,2	3,3	5,7	2,7	5,6	2,6	4,6	2,4
Anfetaminas	5,3	3,1	6,6	4,1	5,5	3,2	5,7	3,3	6,2	4,9	6,0	3,6	4,2	2,7	4,5	2,7	3,4	1,8
Cocaína	3,1	1,9	4,0	2,8	6,5	4,4	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8	6,8	4,7	6,3	3,8	4,8	3,0
Heroína	0,7	0,3	0,8	0,3	1,2	0,7	0,8	0,3	0,6	0,5	1,1	0,3	1,5	0,5	1,4	0,4	1,5	0,6
I.volátiles	4,1	2,1	4,2	2,5	5,1	3,4	5,7	3,0	4,8	2,7	5,2	2,9	4,1	2,0	3,6	1,8	3,0	1,7
GHB															1,6	0,7	1,5	0,8
Consumo en los 12 últimos meses																		
Tabaco															36,0	40,1	28,1	36,4
Alcohol	82,8	82,7	82,3	82,5	83,0	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5	73,4	76,3	71,5	74,2	73,3	73,8
Hipnos.*	3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5	3,7	5,8	8,1	12,1	7,0	11,9
Hipnos. sin**															4,6	6,8	4,4	6,7
Cannabis	21,2	15,2	25,9	21,1	28,2	23,5	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7	31,6	28,2	33,5	27,5	28,2	24,7
Éxtasis	4,2	2,2	4,8	3,5	2,9	2,1	6,4	3,9	4,7	3,8	3,3	1,9	3,3	1,6	2,6	1,3	2,2	1,2
Alucinóg.	5,7	3,1	6,9	4,5	4,8	3,2	5,5	2,9	4,4	2,0	4,4	1,8	4,1	1,6	3,9	1,7	3,0	1,3
Anfetaminas	4,4	2,5	5,5	3,4	4,5	2,5	4,6	2,4	4,8	3,4	4,3	2,3	3,3	2,0	3,2	1,8	2,2	1,0
Cocaína	2,3	1,2	3,3	2,2	5,4	3,6	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1	5,2	3,1	4,9	2,4	3,3	1,8
Heroína	0,5	0,2	0,6	0,2	0,8	0,5	0,7	0,1	0,4	0,2	0,8	0,1	1,2	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3
I.volátiles	2,5	1,3	2,4	1,7	3,3	2,0	3,3	1,8	3,0	1,5	3,0	1,4	2,6	1,1	2,3	1,0	1,7	0,8
GHB															1,2	0,4	1,0	0,5
Consumo en los últimos 30 días																		
Tabaco	26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	32,9	41,9	24,8	30,6	30,9	33,8	23,0	29,3
Alcohol	75,3	74,9	66,8	66,7	67,5	68,5	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7	58,1	58,0	57,7	59,4	62,7	63,2
Hipnos.*															4,0	6,1	3,5	6,2
Hipnos. sin**	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8	2,4	3,3	2,3	3,6
Cannabis	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	28,5	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0	23,0	17,2	19,3	15,2
Éxtasis	2,9	1,4	2,8	1,9	1,9	1,3	3,8	1,7	2,1	1,6	1,9	1,0	2,1	0,7	1,5	0,6	1,3	0,6
Alucinóg.	3,6	1,7	3,8	1,9	2,6	1,5	2,6	1,3	1,8	0,7	2,3	0,7	2,0	0,7	1,7	0,7	1,5	0,6
Anfetaminas	2,9	1,6	3,2	2,0	2,7	1,5	2,6	1,4	2,5	1,5	2,7	1,0	2,0	1,0	1,5	0,8	1,3	0,5
Cocaína	1,4	0,7	2,1	1,2	3,2	1,8	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6	3,1	1,6	2,7	1,2	2,1	0,8
Heroína	0,4	0,1	0,4	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,3	0,2	0,7	0,1	0,9	0,2	0,8	0,3	0,7	0,3
I.volátiles	1,5	0,8	1,5	1,0	2,2	1,5	1,8	1,1	1,5	0,8	1,6	0,7	1,7	0,6	1,4	0,5	1,2	0,5
GHB															0,8	0,3	0,8	0,3

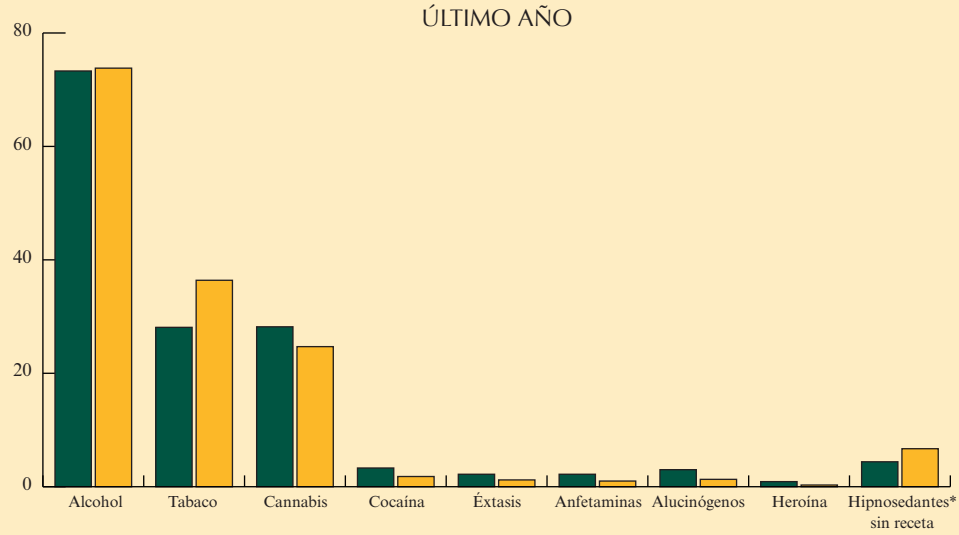
* Tranquilizantes y/o somníferos. ** Tranquilizantes y/o somníferos sin receta.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.1. Proporción de consumidores de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 30 días y en el último año, según sexo (porcentajes). España, 2010.



	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína	Éxtasis	Anfetaminas	Alucinógenos	Heroína	Hipnosedantes* sin receta
Hombres	62,7	23,0	19,3	2,1	1,3	1,3	1,5	0,7	2,3
Mujeres	63,2	29,3	15,2	0,8	0,6	0,5	0,6	0,3	3,6



	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína	Éxtasis	Anfetaminas	Alucinógenos	Heroína	Hipnosedantes* sin receta
Hombres	73,3	28,1	28,2	3,3	2,2	2,2	3,0	0,9	4,4
Mujeres	73,8	36,4	24,7	1,8	1,2	1,0	1,3	0,3	6,7

* Tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Diferencias en el consumo de drogas por comunidad autónoma

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

En 2010 se observan diferencias interautonómicas importantes en la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que fumaban tabaco diariamente, variando las cifras entre 3,1% en Ceuta y 17,7% en Aragón (12,3% para el conjunto de España). Las comunidades con una proporción de fumadores diarios significativamente superior a la estatal eran Aragón y País Vasco, mientras que las que tenían una proporción inferior eran: Ceuta, Melilla, Canarias y Baleares (Tabla 1.2.8).

Tabla 1.2.8. Prevalencias de consumo de tabaco entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según comunidad autónoma (y límites de confianza al 95%) (porcentajes). España, 2010.

CCAA	Muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			A diario en los últimos 30 días		
		Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	3.724	**35,0**	33,4	36,6	**28,3**	26,7	29,9	**23,4**	21,83	25,03	**11,0**	9,4	12,6
Aragón	1.377	**47,7**	45,1	50,3	**41,3**	38,7	43,9	**33,1**	30,51	35,71	**17,7**	15,1	20,3
Asturias	1.155	**37,4**	34,5	40,3	**30,1**	27,2	33,0	**25,1**	22,17	27,97	**12,3**	9,4	15,2
Baleares	1.203	**40,8**	38,0	43,6	**32,8**	30,0	35,6	**24,0**	21,24	26,84	**8,0**	5,2	10,8
Canarias	1.815	**31,5**	29,2	33,8	**22,9**	20,6	25,2	**17,2**	14,93	19,53	**5,0**	2,7	7,3
Cantabria	906	**41,9**	38,8	45,0	**34,0**	30,9	37,1	**28,4**	25,25	31,45	**12,9**	9,8	16,0
Castilla y León	1.865	**41,7**	39,4	44,0	**33,8**	31,5	36,1	**28,4**	26,14	30,74	**14,3**	12,0	16,6
C.-La Mancha	1.818	**45,6**	43,3	47,9	**36,3**	34,0	38,6	**29,2**	26,86	31,46	**14,2**	11,9	16,5
Cataluña	3.415	**45,4**	43,7	47,1	**36,4**	34,7	38,1	**29,2**	27,46	30,86	**13,9**	12,2	15,6
C.Valenciana	2.727	**41,3**	39,4	43,2	**34,1**	32,2	36,0	**27,4**	25,54	29,34	**13,6**	11,7	15,5
Extremadura	1.370	**40,8**	38,2	43,4	**33,0**	30,4	35,6	**28,8**	26,19	31,39	**13,7**	11,1	16,3
Galicia	1.945	**40,3**	38,1	42,5	**32,7**	30,5	34,9	**26,4**	24,24	28,64	**12,0**	9,8	14,2
Madrid	3.056	**41,5**	39,7	43,3	**34,2**	32,4	36,0	**27,2**	25,40	29,00	**12,1**	10,3	13,9
Murcia	1.551	**34,7**	32,2	37,2	**27,5**	25,0	30,0	**22,2**	19,72	24,72	**10,5**	8,0	13,0
Navarra	960	**40,6**	37,5	43,7	**34,1**	31,0	37,2	**26,8**	23,74	29,94	**12,7**	9,6	15,8
País Vasco	1.726	**38,9**	36,6	41,2	**33,1**	30,8	35,4	**28,5**	26,18	30,78	**16,2**	13,9	18,5
La Rioja	647	**43,0**	39,3	46,7	**36,1**	32,4	39,8	**28,4**	24,71	32,11	**13,5**	9,8	17,2
Ceuta	325	**12,0**	6,8	17,2	**9,6**	4,4	14,8	**9,3**	4,06	14,46	**3,1**	0,0	8,3
Melilla	382	**21,6**	16,7	26,5	**17,1**	12,2	22,0	**14,0**	9,13	18,93	**5,1**	0,2	10,0
TOTAL	**31.967**	**39,8**	**39,3**	**40,3**	**32,4**	**31,9**	**32,9**	**26,2**	**25,70**	**26,70**	**12,3**	**11,8**	**12,8**

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

También se aprecian ciertas diferencias con respecto a la proporción de estudiantes que habían tomado bebidas alcohólicas alguna vez en los últimos 30 días, variando las cifras entre 12,2% en Ceuta y 73,3% en Castilla y León (63,0% en el conjunto de España). Las comunidades con una proporción de bebedores significativamente superior a la estatal fueron: Castilla y León, La Rioja, Aragón, Asturias, Navarra, Cantabria y Castilla-La Mancha, y las comunidades con una proporción inferior: Ceuta, Melilla, Canarias, Murcia y Madrid (Tabla 1.2.9).

Tabla 1.2.9. Prevalencias de consumo de alcohol entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma (porcentajes). España, 2010.

CCAA	Muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	3.724	**73,9**	72,3	75,5	**72,6**	71,0	74,2	**62,7**	61,14	64,34
Aragón	1.377	**82,7**	80,1	85,3	**82,3**	79,7	84,9	**71,3**	68,67	73,87
Asturias	1.155	**78,0**	75,1	80,9	**77,1**	74,2	80,0	**71,2**	68,28	74,08
Baleares	1.203	**76,6**	73,8	79,4	**75,4**	72,6	78,2	**61,6**	58,81	64,41
Canarias	1.815	**70,8**	68,5	73,1	**67,8**	65,5	70,1	**54,4**	52,11	56,71
Cantabria	906	**78,1**	75,0	81,2	**77,1**	74,0	80,2	**69,7**	66,59	72,79
Castilla y León	1.865	**83,4**	81,1	85,7	**82,5**	80,2	84,8	**73,3**	71,05	75,65
Castilla-La Mancha	1.818	**79,0**	76,7	81,3	**77,5**	75,2	79,8	**67,7**	65,43	70,03
Cataluña	3.415	**74,9**	73,2	76,6	**73,7**	72,0	75,4	**61,2**	59,50	62,90
C. Valenciana	2.727	**78,4**	76,5	80,3	**77,1**	75,2	79,0	**64,8**	62,86	66,66
Extremadura	1.370	**73,8**	71,2	76,4	**70,8**	68,2	73,4	**62,6**	60,04	65,24
Galicia	1.945	**72,5**	70,3	74,7	**71,5**	69,3	73,7	**62,5**	60,26	64,66
Madrid	3.056	**73,2**	71,4	75,0	**71,4**	69,6	73,2	**58,7**	56,92	60,52
Murcia	1.551	**68,3**	65,8	70,8	**66,1**	63,6	68,6	**58,5**	55,96	60,96
Navarra	960	**83,3**	80,2	86,4	**80,2**	77,1	83,3	**67,0**	63,92	70,12
País Vasco	1.726	**78,2**	75,9	80,5	**76,7**	74,4	79,0	**64,9**	62,58	67,18
La Rioja	647	**80,2**	76,5	83,9	**79,5**	75,8	83,2	**72,9**	69,18	76,58
Ceuta	325	**22,3**	17,1	27,5	**19,9**	14,7	25,1	**12,2**	7,02	17,42
Melilla	382	**35,4**	30,5	40,3	**33,3**	28,4	38,2	**27,8**	22,88	32,68
TOTAL	**31.967**	**75,1**	**74,6**	**75,6**	**73,6**	**73,1**	**74,1**	**63,0**	**62,50**	**63,50**

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

La prevalencia de borracheras en los últimos 30 días varía entre el 4% en Ceuta y el 42,2% en Castilla y León (35,6% en el conjunto de España). Las comunidades con mayor prevalencia fueron Castilla y León, Aragón, La Rioja y País Vasco, y las comunidades con menor prevalencia Melilla, Ceuta, Canarias y Murcia (Tabla 1.2.10).

Tabla 1.2.10. Prevalencia de borracheras entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma (porcentajes). España, 2010.

CCAA	Muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	3.724	**57,7**	56,1	59,3	**52,1**	50,5	53,7	**38,0**	36,37	39,57
Aragón	1.377	**68,4**	65,8	71,0	**62,3**	59,7	64,9	**40,0**	37,40	42,60
Asturias	1.155	**60,3**	57,4	63,2	**53,5**	50,6	56,4	**35,9**	33,03	38,83
Baleares	1.203	**59,3**	56,5	62,1	**53,2**	50,4	56,0	**34,3**	31,53	37,13
Canarias	1.815	**49,6**	47,3	51,9	**44,5**	42,2	46,8	**28,8**	26,51	31,11
Cantabria	906	**61,2**	58,1	64,3	**54,7**	51,6	57,8	**37,8**	34,73	40,93
Castilla y León	1.865	**68,6**	66,3	70,9	**62,6**	60,3	64,9	**42,2**	39,95	44,55
Castilla-La Mancha	1.818	**64,5**	62,2	66,8	**56,7**	54,4	59,0	**38,7**	36,37	40,97
Cataluña	3.415	**59,7**	58,0	61,4	**54,5**	52,8	56,2	**34,4**	32,73	36,13
C. Valenciana	2.727	**61,9**	60,0	63,8	**56,1**	54,2	58,0	**37,2**	35,26	39,06
Extremadura	1.370	**56,2**	53,6	58,8	**50,6**	48,0	53,2	**33,1**	30,55	35,75
Galicia	1.945	**55,9**	53,7	58,1	**49,3**	47,1	51,5	**33,5**	31,33	35,73
Madrid	3.056	**57,1**	55,3	58,9	**52,0**	50,2	53,8	**35,3**	33,50	37,10
Murcia	1.551	**50,4**	47,9	52,9	**44,5**	42,0	47,0	**30,9**	28,37	33,37
Navarra	960	**66,3**	63,2	69,4	**60,9**	57,8	64,0	**38,8**	35,71	41,91
País Vasco	1.726	**62,1**	59,8	64,4	**54,6**	52,3	56,9	**39,6**	37,29	41,89
La Rioja	647	**64,4**	60,7	68,1	**60,2**	56,5	63,9	**39,8**	36,13	43,53
Ceuta	325	**11,8**	6,6	17,0	**6,5**	1,3	11,7	**4,0**	-1,21	9,19
Melilla	382	**22,3**	17,4	27,2	**18,5**	13,6	23,4	**11,4**	6,51	16,31
TOTAL	**31.967**	**58,8**	**58,3**	**59,3**	**52,9**	**52,4**	**53,4**	**35,6**	**35,10**	**36,10**

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

También se aprecian diferencias con respecto a la proporción de estudiantes que han consumido cannabis alguna vez en los últimos 30 días, variando las cifras entre un 6,1% en Ceuta y un 22,8% en País Vasco (17,2% en el conjunto de España). Las comunidades con una mayor proporción de consumidores fueron: País Vasco, Aragón, Comunidad Valenciana y Cataluña, y aquéllas con menor proporción, Ceuta, Melilla, Canarias, Andalucía, Asturias y Extremadura (Tabla 1.2.11).

Tabla 1.2.11. Prevalencia de consumo de cannabis entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma (porcentajes). España, 2010.

CCAA	Muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	3.724	**26,2**	24,6	27,8	**20,3**	18,7	21,9	**13,7**	12,13	15,33
Aragón	1.377	**41,5**	38,9	44,1	**34,0**	31,4	36,6	**21,7**	19,10	24,30
Asturias	1.155	**29,3**	26,4	32,2	**22,9**	20,0	25,8	**13,7**	10,79	16,59
Baleares	1.203	**36,1**	33,3	38,9	**29,8**	27,0	32,6	**19,7**	16,88	22,48
Canarias	1.815	**27,8**	25,5	30,1	**20,1**	17,8	22,4	**12,2**	9,87	14,47
Cantabria	906	**34,0**	30,9	37,1	**26,8**	23,7	29,9	**16,5**	13,36	19,56
Castilla y León	1.865	**31,8**	29,5	34,1	**25,0**	22,7	27,3	**15,1**	12,82	17,42
Castilla-La Mancha	1.818	**34,4**	32,1	36,7	**28,0**	25,7	30,3	**18,1**	15,77	20,37
Cataluña	3.415	**39,0**	37,3	40,7	**32,2**	30,5	33,9	**21,3**	19,60	23,00
C. Valenciana	2.727	**38,9**	37,0	40,8	**32,4**	30,5	34,3	**21,6**	19,73	23,53
Extremadura	1.370	**28,8**	26,2	31,4	**22,5**	19,9	25,1	**14,0**	11,36	16,56
Galicia	1.945	**32,0**	29,8	34,2	**24,9**	22,7	27,1	**16,7**	14,53	18,93
Madrid	3.056	**35,3**	33,5	37,1	**28,0**	26,2	29,8	**17,5**	15,72	19,32
Murcia	1.551	**24,3**	21,8	26,8	**18,6**	16,1	21,1	**12,8**	10,26	15,26
Navarra	960	**38,4**	35,3	41,5	**31,4**	28,3	34,5	**18,7**	15,60	21,80
País Vasco	1.726	**37,0**	34,7	39,3	**30,2**	27,9	32,5	**22,8**	20,45	25,05
La Rioja	647	**35,1**	31,4	38,8	**30,4**	26,7	34,1	**20,2**	16,46	23,86
Ceuta	325	**11,1**	5,9	16,3	**10,0**	4,8	15,2	**6,1**	0,93	11,33
Melilla	382	**13,4**	8,5	18,3	**10,1**	5,2	15,0	**6,3**	1,38	11,18
TOTAL	**31.967**	**33,0**	**32,5**	**33,5**	**26,4**	**25,9**	**26,9**	**17,2**	**16,70**	**17,70**

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de tabaco

El tabaco es, después del alcohol, la droga más consumida por los estudiantes de Secundaria en España. El 39,8% ha fumado alguna vez en su vida y el 26,2% lo ha consumido en los últimos 30 días. Las prevalencias de consumo de tabaco diario han descendido en comparación con las obtenidas en 2008, tanto en las chicas como en los chicos. Se debe destacar que son las cifras más bajas de consumo desde el inicio de la serie en 1994. El consumo en los últimos 12 meses es más prevalente entre las chicas (36,4%) que entre los chicos (28,1%), tendencia ya iniciada en años anteriores, si bien ellos fuman mayor número de cigarrillos que las chicas (el 11,7% de los chicos reconoce fumar más de 10 cigarrillos al día frente al 7,6% de la chicas).

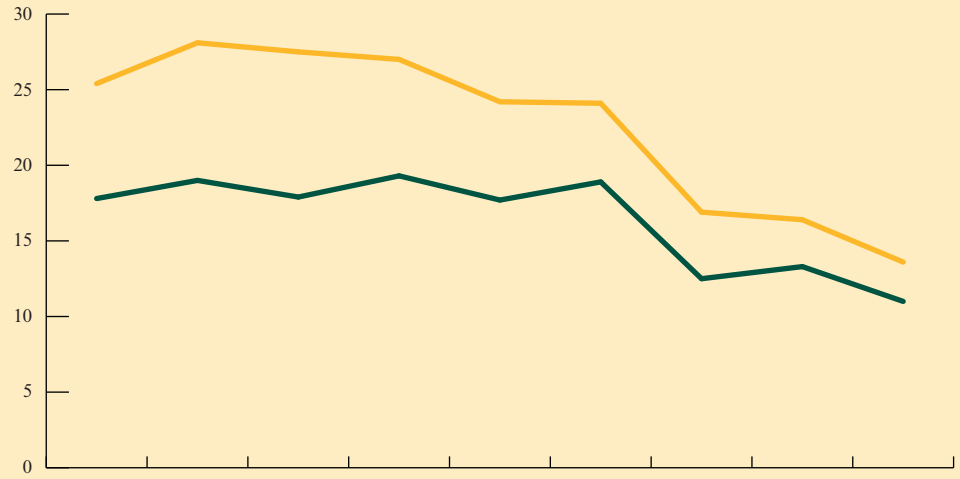
Es una de las sustancias cuya edad de inicio en el consumo es más precoz (13,5 años de media), sólo superada por los inhalables volátiles y, aunque la edad se mantiene bastante estabilizada, se ha retrasado ligeramente (0,2) respecto de la edición anterior de la encuesta en 2008.

El consumo aumenta significativamente con la edad para ambos sexos, pasando del 12,3% en los consumidores de 14 años al 40,0% en los de 18 años, para el indicador de consumo en los últimos 30 días.

Los datos de 2010 indican un descenso importante del consumo de tabaco que, aunque iniciado en 2004, había mostrado una tendencia a la estabilización en 2008. Es factible pensar que las medidas normativas a este respecto, adoptadas en España en los últimos años, hayan tenido un impacto positivo sobre el consumo de tabaco en la población.

El 48,3% de los estudiantes encuestados informa de haber visto fumar a profesores dentro del centro educativo en diferentes ocasiones y el 72,6% afirma haber visto fumar a otros estudiantes.

Figura 1.2.2. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Hombres	17,8	19,0	17,9	19,3	17,7	18,9	12,5	13,3	11,0
Mujeres	25,4	28,1	27,5	27,0	24,2	24,1	16,9	16,4	13,6

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.12. Características generales del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372
Prevalencia consumo tabaco alguna vez en la vida	56,0	65,1	58,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	54,1	42,0	49,8	42,2	47,0	35,6	43,8
Edad media de inicio del consumo de tabaco en fumadores actuales y exfumadores (años)	13,7	14,1	13,1	13,5	13,0	13,4	12,9	13,2	13,0	13,1	13,1	13,2	13,0	13,1	13,2	13,4	13,5	13,5
Prevalencia de consumo de tabaco últimos 30 días	26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	25,1	32,4	24,8	30,6	30,9	33,8	23,0	29,3
Prevalencia de consumo diario de tabaco	17,8	25,4	19,0	28,1	17,9	27,5	19,3	27,0	17,7	24,2	18,9	24,1	12,5	16,9	13,3	16,4	11,0	13,6
Edad media de inicio en el consumo diario de tabaco en fumadores actuales y exfumadores (años)	–	–	14,5	14,6	14,6	14,5	14,4	14,3	14,4	14,3	14,5	14,4	14,3	14,2	14,3	14,3	14,4	14,3
Nº cigarrillos diarios consumidos diariamente																		
1-5	37,7	47,3	41,8	50,3	43,8	49,5	44,4	49,0	44,7	46,5	41,6	44,5	61,9	63,0	56,1	58,3	65,0	68,5
6-10	33,8	36,8	33,9	34,8	35,2	34,9	34,8	35,2	33,5	36,0	35,7	35,5	22,7	27,2	28,0	30,1	23,3	23,9
>10	28,5	15,9	24,3	14,8	20,9	15,6	20,8	15,8	21,8	17,5	22,7	20,0	15,3	9,8	15,9	11,6	11,7	7,6
Nº medio de cigarrillos diarios	9,1	7,2	8,3	6,9	7,9	7,0	7,6	6,8	7,8	7,3	8,1	7,5	5,8	5,3	5,1	5,0	5,7	4,8

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

La gran mayoría de los estudiantes que fuma se había planteado dejar de fumar en alguna ocasión (65,9%), aunque sólo el 22,5% de ellos reconoció haberlo intentado. La intención de dejar de fumar es similar en chicas (63,4%) y chicos (63,7%). No obstante, el porcentaje de quienes lo intentaron realmente es superior entre las chicas que entre los chicos (43,4 % frente al 37,8%).

En la actualidad, un 67,7 % de los estudiantes que fuman están pensando seriamente en dejar de fumar (el 40,1% en los próximos 30 días y el 27,6 % en los próximos 6 meses).

A casi la mitad de los estudiantes (48,1%) les molesta bastante o mucho que se fume en lugares cerrados cuando ellos están presentes. La mitad de los jóvenes encuestados (50%) conviven con personas que fuman diariamente.

Consumo de bebidas alcohólicas

En 2010, al igual que en ediciones anteriores de la encuesta ESTUDES, el alcohol es la sustancia psicoactiva cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años. El 75,1% lo había probado alguna vez, el 73,6% lo había consumido en los últimos 12 meses y el 63% en los últimos 30 días (Tabla 1.2.13). Sin embargo, con respecto a 2008, se constata un descenso de la prevalencia de consumo para el indicador “alguna vez en la vida” (6,1 puntos porcentuales) y un ascenso de las prevalencia de consumo “últimos 12 meses” (0,7 puntos porcentuales) y “últimos 30 días” (4,5 puntos porcentuales).

Este ligero ascenso de la proporción de consumidores actuales de alcohol (alguna vez en los últimos 30 días) supone una ligera inversión de la tendencia descendente observada para este indicador desde 2004 pero, en líneas generales, se mantiene la tendencia global al descenso de la extensión del consumo de alcohol que se observa para los tres indicadores temporales en este grupo de población desde 1994 y se puede afirmar que la extensión del consumo de alcohol se mantiene bastante estable (Figura 1.2.3).

No obstante, es importante destacar que existe también un porcentaje considerable de estudiantes de 14 a 18 años que se declaran abstemios en 2010 (3 de cada 10 aproximadamente) y que su número se ha visto aumentado con respecto a ediciones anteriores (2 de cada 10 aproximadamente en 1994).

La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en este grupo de población es ligeramente más elevada en las mujeres que en los hombres para los tres indicadores temporales (Tabla 1.2.13.) y aumenta con la edad de los encuestados. Así, el porcentaje de estudiantes de 14 años que admitió haber consumido alcohol en los últimos 30 días fue del 38,1% frente al 77,1% de los que tenían 18 años (Tabla 1.2.14).

Tabla 1.2.13. Evolución de las prevalencias del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 1994-2010.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Alguna vez en la vida									
Total	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1
Sexo									
Hombre	84,3	84,3	85,5	78,2	75,9	81,5	78,4	80,8	74,9
Mujer	84,0	84,1	86,4	77,9	77,2	82,5	80,7	81,7	75,2
Edad									
14 años	69,6	67,6	71,5	52,4	52,7	59,2	57,1	62,6	49,7
15 años	81,8	81,7	82,5	73,4	70,4	76,6	76,1	78,7	71,5
16 años	88,0	88,7	89,7	83,1	81,7	86,9	86,0	86,2	81,6
17 años	91,9	91,3	92,8	89,6	89,0	91,9	91,2	90,5	87,8
18 años	92,5	93,4	96,2	93,8	92,2	93,8	92,3	92,3	88,6
Últimos 12 meses									
Total	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81	74,9	72,9	73,6
Sexo									
Hombre	82,8	82,3	83	77,3	74,9	80,6	73,4	71,5	73,3
Mujer	82,7	82,5	84,5	77,3	76,3	81,5	76,3	74,2	73,8
Edad									
14 años	67,7	64,3	67,9	51,5	52	57,9	50,9	53,1	48,0
15 años	80,4	79,7	80,5	72,7	69,7	75,6	70,9	69,6	70,0
16 años	86,7	87,4	88	82,4	80,9	85,9	82,1	77,6	80,3
17 años	90,7	89,9	90,9	88,7	87,6	91,1	87,4	84,1	86,1
18 años	91,1	92,4	94,1	93,3	91,2	93	88,2	84,2	86,4
Últimos 30 días									
Total	75,1	66,7	68,1	60,2	56	65,6	58	58,5	63,0
Sexo									
Hombre	75,3	66,8	67,5	60,4	56,7	65,5	58,1	57,7	62,7
Mujer	74,9	66,7	68,5	59,9	55,4	65,7	58	59,4	63,2
Edad									
14 años	56,7	40,1	43,2	32,1	27,7	38	31,7	36,2	38,1
15 años	71,8	60,1	62,2	51,8	47,7	57,7	50,7	52,9	58,9
16 años	80	74,1	73,4	65,7	61,6	71,9	65,3	63,8	70,0
17 años	85,1	79,4	81,1	73,7	71,5	78,2	74,2	71,9	74,8
18 años	86,2	84,1	85	82,7	76,8	81,5	76,5	75,1	77,1

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.14. Características generales del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372
Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida	84,3	84,0	84,3	84,1	85,5	86,4	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5	78,4	80,7	80,8	81,7	74,9	75,2
Edad media de inicio del consumo (años)	13,1	13,8	13,5	14,0	13,5	14,0	13,4	13,8	13,4	13,8	13,6	13,9	13,7	13,8	13,6	13,8	13,7	13,7
Edad media de inicio del consumo de alcohol semanal (años)	–	–	15,0	15,0	15,0	15,1	14,8	14,9	15,0	14,9	15,2	15,1	15,0	14,9	14,9	14,8	14,8	14,7
Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses	82,8	82,7	82,3	82,5	83,0	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5	73,4	76,3	71,5	74,2	73,3	73,8
Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días	75,3	74,9	66,8	66,7	67,5	68,5	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7	58,1	58,0	57,7	59,4	62,7	63,3
Prevalencia de consumo de alcohol en fin de semana en los últimos 30 días	–	–	66,0	66,4	67,0	68,1	60,1	59,8	56,3	55,2	65,1	65,5	57,7	57,7	61,2	61,3	71,3	71,5
Prevalencia de consumo de alcohol en días laborables los últimos 30 días	–	–	26,8	14,9	26,0	16,1	30,0	16,8	20,8	10,6	26,5	14,1	24,2	13,9	28,4	17,8	33,1	21,4

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

La edad media de inicio al consumo de bebidas alcohólicas en 2010 fue de 13,7 años, cifra muy similar a la obtenida en ediciones anteriores de ESTUDES. No se observan tampoco variaciones con respecto a la edad media de inicio al consumo semanal que, en 2010, fue de 14,7 años.

En relación con los patrones de consumo intensivo, la encuesta ESTUDES 2010 incluye preguntas sobre prevalencia de intoxicaciones etílicas y *binge drinking,* entendiendo por éste el consumo de cinco o más vasos o copas en un intervalo aproximado de dos horas.

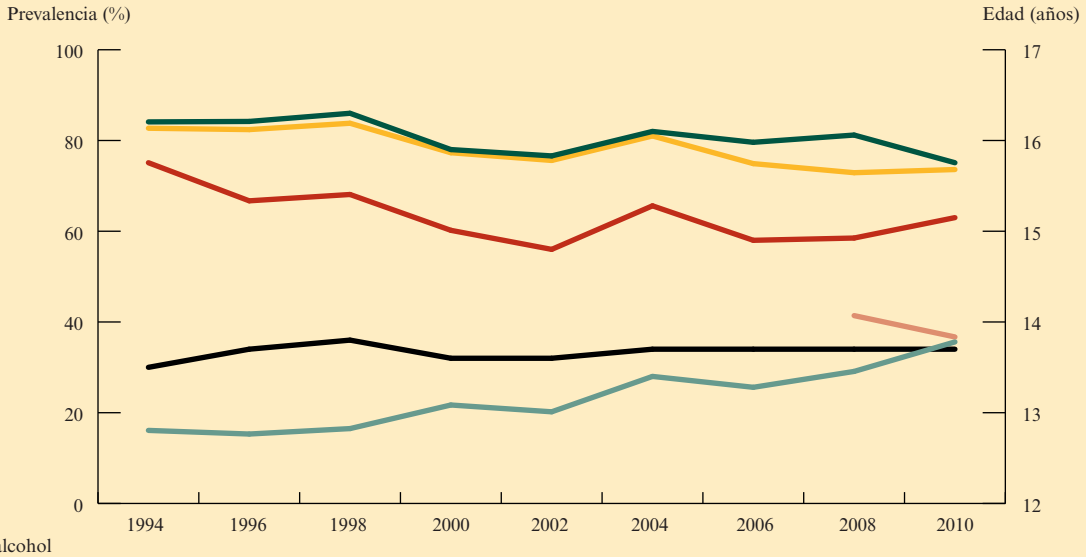
En 2010, el 58,8% de los estudiantes de 14-18 años admitió haberse emborrachado alguna vez en la vida, el 52,9% lo hizo en los últimos 12 meses y el 35,6% en los últimos 30 días. La prevalencia de borracheras se incrementa a medida que aumenta la edad, para los tres indicadores temporales y, mientras que el 16,0% de los jóvenes de 14 años reconoció haberse emborrachado alguna vez en los 30 días previos a la realización de la encuesta, este porcentaje ascendió al 52,8% entre los jóvenes de 18 años. Es importante destacar el hecho de que, para los indicadores temporales alguna vez en la vida y último año, las prevalencias de borracheras son ligeramente mayores en chicas que en chicos. No ocurre así con la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días, que continúa siendo superior entre los chicos (Tabla 1.2.15).

Al desagregar por sexo y edad, se constata que las chicas muestran mayores prevalencias a los 14, 15 y 16 años y es sólo a los 17 y 18 años cuando se observan cifras de prevalencia algo mayores en los chicos (Tabla 1.2.16).

Por otro lado, si se toma como referencia el grupo de estudiantes de 14 a 18 años que admitió haber realizado consumo de bebidas alcohólicas en el mes previo a la realización de la encuesta, la prevalen-

cia de intoxicaciones etílicas asciende al 50,3%, lo que significa que casi uno de cada dos estudiantes de 14 a 18 años que consumieron bebidas alcohólicas en ese periodo temporal se emborrachó en alguna ocasión durante el mismo periodo. Esta cifra es similar a la obtenida en 2008 (49,6%) (Figura 1.2.4).

Figura 1.2.3. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, prevalencia de borracheras (últimos 30 días), prevalencia de *binge drinking* (últimos 30 días) (porcentajes) y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.



Consumo alcohol	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Alguna vez	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1
Últimos 12 meses	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6
Últimos 30 días	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63,0
Borracheras últimos 30 días	16,1	15,3	16,5	21,7	20,2	28,0	25,6	29,1	35,6
Binge drinking últimos 30 días								41,4	36,7
Edad media inicio	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,7	13,7	13,7

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.15. Evolución de las prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 2008-2010.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Total	56,2	58,8	47,1	52,9	29,1	35,6
Sexo						
Hombres	54,8	58,0	46,5	52,2	29,4	36,4
Mujeres	57,5	59,5	47,7	53,5	28,7	34,8
Edad						
14 años	30,4	27,8	24,5	24,6	13,4	16,0
15 años	48,5	52,2	41,0	47,3	24,2	32,0
16 años	62,2	66,2	53,0	59,8	31,7	38,8
17 años	72,6	76,8	59,7	69,1	39,0	46,6
18 años	76,9	77,8	65,8	69,8	45,2	52,8

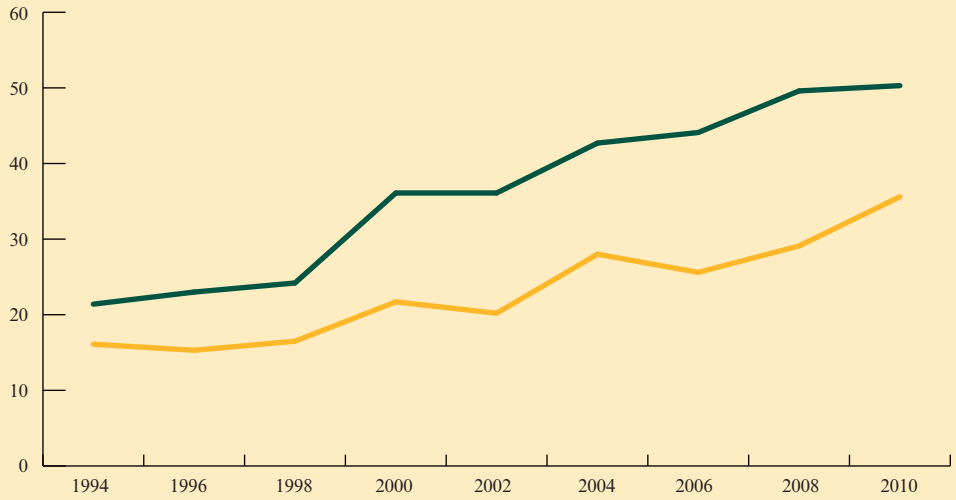
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.16. Prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad simultáneamente (porcentajes). España, 2010.

	Hombres					Mujeres				
	14	15	16	17	18	14	15	16	17	18
Borracheras alguna vez	25,8	50,8	63,8	76,6	79,2	29,5	53,5	68,4	77,0	75,9
Borracheras últimos 12 meses	22,3	46,5	57,5	69,2	71,4	26,6	48,0	61,9	69,0	67,8
Borracheras últimos 30 días	14,5	33,3	38,0	48,6	55,2	17,3	30,7	39,6	44,7	49,3

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.4. Evolución de la prevalencia de las borracheras en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14-18 años y entre aquellos que han consumido alcohol en ese mismo período (últimos 30 días). España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Prevalencia borracheras en últimos 30 días entre los que han consumido alcohol en ese mismo período	21,4	23,0	24,2	36,1	36,1	42,7	44,1	49,6	50,3
Prevalencia borracheras en últimos 30 días	16,1	15,3	16,5	21,7	20,2	28,0	25,6	29,1	35,6

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Con respecto al *binge drinking,* en 2010, el 36,7% de los estudiantes de 14 a 18 años (38,9% chicos y 34,5% chicas) reconoció haber consumido 5 ó más copas/vasos en un intervalo aproximado de dos horas durante el mes previo a ser encuestado. Ello significa que, aproximadamente, un tercio de los estudiantes de 14 a 18 años han realizado *binge drinking* en el último mes. Las cifras de esta última edición suponen una disminución de 4,7 puntos porcentuales con respecto a las obtenidas en 2008 (41,4%).

Del mismo modo que se especificaba para el indicador "borracheras en los últimos 30 días", si se toman como referencia aquellos que consumieron bebidas alcohólicas en los 30 días previos a la realización de la encuesta, la prevalencia de *binge drinking* en este grupo asciende al 66,5% (70,7% de los chicos y 62,6% de las chicas). En este caso las cifras son muy similares a las obtenidas en 2008: 66,4% (71,8% de los chicos y 61,2% de las chicas) (Tabla 1.2.17).

Tabla 1.2.17. Evolución de la prevalencia de *binge drinking* o consumo en atracón (porcentajes). España, 2008-2010.

	2008	2010
Prevalencia de *binge drinking* en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14-18 años que han consumido en el mismo periodo	64,4	66,5
Prevalencia de *binge drinking* en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14-18 años	41,4	36,7

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

En este último grupo, al igual que ocurre para el indicador borracheras, las prevalencias de *binge drinking* en los últimos 30 días aumentan conforme avanza la edad (57,1% a los 14 años; 64,9% a los 15; 65,1% a los 16; 70,6% a los 17 años y 74,9% a los 18 años). Sin embargo, para este indicador, se obtienen prevalencias mayores en chicos, por lo general. El hecho de que las mujeres muestren mayores prevalencias de borracheras que los hombres y se registren en ellos cifras más elevadas de prevalencia de *binge drinking,* siendo ambos patrones de consumo de tipo intensivo, podría ser debido a diferentes causas (subjetividad o falta de adecuación de las preguntas utilizadas para valorar estos indicadores, etc.), cuya discusión excede los objetivos de este informe pero que, desde luego, hace necesario un análisis más profundo del tema.

Entre los jóvenes que realizaron *binge drinking* en el último mes en 2010, el 32,8% lo realizó 4 días o más durante los últimos 30 días.

En 2010, los estudiantes consumieron alcohol sobre todo en bares o pubs (66,3% de los consumidores en los últimos 30 días), en espacios abiertos, como calles, plazas o parques (64,1%) o en discotecas (57,5%). Con respecto a los lugares donde los estudiantes consiguieron, con más frecuencia, bebidas alcohólicas fueron bares o pubs (52,1%), discotecas (43,5%) y supermercados (49,3%).

El consumo se concentra, como viene siendo habitual, durante el fin de semana: 71,4% de los y las jóvenes consumieron alcohol alguna vez durante el viernes, sábado y/o domingo (en los últimos 30 días) frente al 27,1% que consumió alcohol alguna vez en días laborables de lunes a jueves (durante el mismo periodo). En el fin de semana, la prevalencia de consumo es ligeramente mayor en las chicas, en particular en el caso de los combinados y los licores de frutas. En cambio, durante los días laborables, la prevalencia de consumo es superior en los chicos, para todos los tipos de bebida considerados.

Los combinados/cubatas son la bebida preferida por la mayoría (76%) de los consumidores de fin de semana, seguidos de la cerveza (45,3%). Durante los días laborables, esta situación se invierte y la cerveza es la bebida alcohólica preferida por el 20,7% de los consumidores, seguida de los combinados/cubatas (15,5%).

Generalizando para el total de la población de 14 a 18 años, obtenemos los resultados que se muestran en la Tabla 1.2.18.

Entre las conductas/comportamientos de riesgo asociadas al consumo de bebidas alcohólicas se encuentra la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol. En 2010 un 21,3% de los estudiantes de 14-18 años reconocía haber sido pasajero en los últimos 12 meses en vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol, observándose un descenso de 3,3 puntos porcentuales con respecto a 2008 (24,6%). Esta cifra aumenta con la edad y alcanza el 31,9% entre los y las estudiantes de 18 años (34,5% en 2008).

Además, en 2010, el 7,3% (11,5% chicos y 3,3% chicas) de los estudiantes de 14-18 años declaraba haber conducido en los últimos 12 meses un vehículo (coche, moto) bajo los efectos del alcohol (frente al 9,5% en 2008), cifra que ascendía a un 12,8% en los estudiantes de 18 años (12,5% en 2008).

Tabla 1.2.18. Evolución de la prevalencia de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables y fines de semana durante los 30 días previos a la encuesta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1996-2010.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Consumo en días laborables								
Algún día de lunes a jueves durante los últimos 30 días								
Vino	8,1	8,9	8,2	4,9	6,6	5,3	5,8	5,2
Cerveza	15,3	14,0	16,2	10,5	14,1	12,8	15,0	13,7
Aperitivos	3,0	3,2	2,6	1,7	2,4	3,0	4,1	3,6
Combinados	5,4	6,4	6,8	5,0	6,8	7,4	10,6	10,2
Licores fuertes	3,2	3,6	3,5	2,3	3,2	3,5	5,5	5,3
Licores frutas	6,6	7,5	6,2	3,8	4,2	4,6	6,6	5,3
Todos los días de lunes a jueves durante los últimos 30 días								
Vino	0,8	1,0	0,9	0,3	0,7	0,2	0,4	0,4
Cerveza	1,7	1,5	2,2	0,9	1,7	0,8	1,7	1,4
Aperitivos	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2	0,5	0,4
Combinados	0,2	0,3	0,6	0,2	0,6	0,4	1,2	1,1
Licores fuertes	0,1	0,4	0,4	0,1	0,4	0,2	0,7	0,3
Licores frutas	0,3	0,8	0,6	0,2	0,5	0,2	0,6	0,5
Consumo en fin de semana								
Algún día de viernes a domingo durante los últimos 30 días								
Vino	32,8	32,8	23,7	21,0	27,7	18,8	17,0	17,3
Cerveza	46,9	40,7	30,8	27,1	34,1	27,9	28,6	30,0
Aperitivos	12,0	13,6	9,6	8,0	11,0	8,3	8,4	9,4
Combinados	48,8	53,7	49,2	48,2	58,4	51,6	54,0	50,3
Licores fuertes	24,5	26,7	22,4	22,3	27,8	23,0	25,1	18,3
Licores frutas	36,2	37,1	25,6	22,6	26,0	20,6	20,8	23,7
Todos los días de viernes a domingo durante los últimos 30 días								
Vino	9,6	10,6	8,6	5,9	7,5	3,5	4,6	6,9
Cerveza	19,9	17,6	14,4	10,7	13,8	8,6	13,4	16,5
Aperitivos	2,9	4,2	3,3	2,1	2,7	1,5	2,9	4,8
Combinados	19,6	23,5	22,2	18,9	22,5	16,8	28,1	25,4
Licores fuertes	8,2	10,8	10,1	7,7	9,4	5,5	9,3	8,3
Licores frutas	10,2	12,0	9,0	6,0	6,8	3,8	5,5	5,2

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de hipnosedantes (tranquilizantes o pastillas para dormir)

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

En 2010, el 18,0% de los estudiantes había consumido tranquilizantes o pastillas para dormir (con o sin receta médica) alguna vez en la vida, el 9,8% lo había hecho en el último año y el 5,2% lo hizo en el último mes. La prevalencia de consumo sin receta fue algo inferior, con cifras de 10,4%, 5,6% y 3,0% respectivamente (Tabla 1.2.19). Al contrario de lo que ocurre con las drogas ilegales, su consumo (tanto si es por prescripción médica como si se considera el consumo sin receta) está más extendido entre las chicas que entre los chicos (Tabla 1.2.19).

Tabla 1.2.19. Características generales del consumo de hipnosedantes* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados																		
	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14951	15232	15595	16372
Prevalencia uso hipnosedantes con/sin receta alguna vez en la vida																		
	5,8	8,1	6,6	9,1	6,4	9,3	7,3	10,2	6,8	9,9	8,1	12,3	9,3	13,6	14,2	20,4	14,9	21,5
Prevalencia uso hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida																		
	4,8	7,4	4,5	7,6	4,4	8,2	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1	5,8	9,2	7,7	11,0	8,4	12,3
Edad media al inicio del consumo de hipnosedantes (años)																		
	13,6	14,4	13,9	14,8	14,4	15,0	14,3	14,7	14,4	14,8	14,7	14,9	13,8	14,4	13,6	14,3	13,3	14,2
Sin																	13,7	14,4
Prevalencia uso de hipnosedantes sin receta últimos 12 meses																		
	3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5	3,7	5,8	4,6	6,8	4,4	6,7
Prevalencia uso hipnosedantes sin receta en últimos 30 días																		
	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8	2,4	3,3	2,3	3,6
Frecuencia uso hipnosedantes sin receta en últimos 30 días																		
Nunca	98,1	96,7	98,5	97,1	98,5	97,0	98,3	96,6	98,3	96,9	98,2	97,0	98,0	97,1	95,9	93,8	97,7	96,3
1 a 2 días	1,3	2,1	1,1	1,9	1,0	2,1	1,0	2,2	1,1	2,0	1,0	2,0	1,2	2,0	2,2	3,6	1,2	2,2
3 a 5 días	0,3	0,7	0,2	0,7	0,3	0,5	0,4	0,7	0,3	0,6	0,4	0,5	0,5	0,5	0,8	1,2	0,6	0,9
6 a 9 días	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4	0,1	0,2
10 a 19 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,1	0,1
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1			0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,4	0,3

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

* "Tranquilizantes y/o somníferos, con/sin receta médica o sin receta médica, según se especifique."

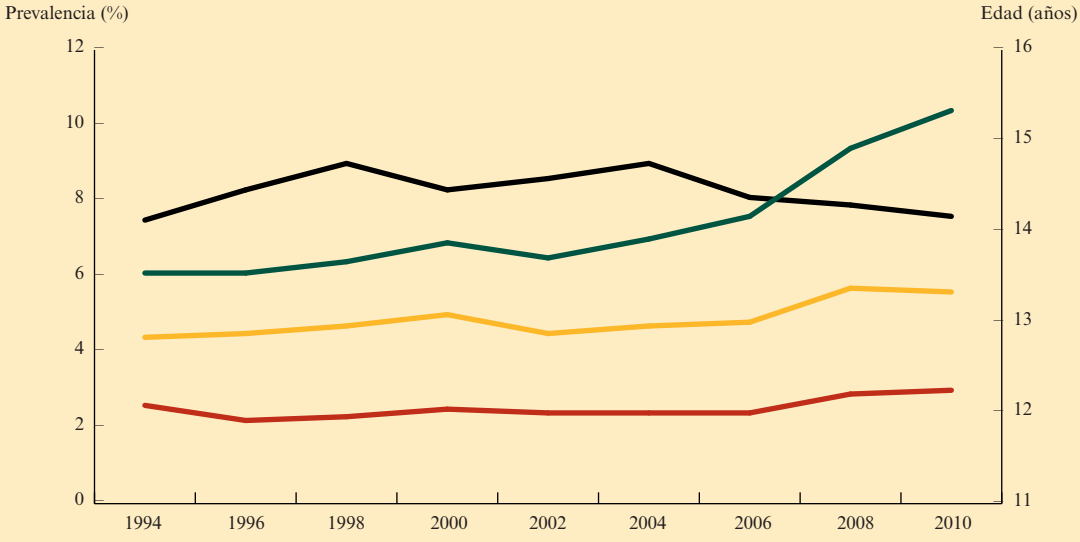
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

La edad media en que los estudiantes comienzan a consumir tranquilizantes o pastillas para dormir (con o sin receta médica) fue de 13,8 años (13,3 para los chicos y 14,2 para las chicas). La edad media de inicio en el consumo para los tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta fue ligeramente superior (14,2) y, de nuevo, algo más precoz en chicos (13,7 para los chicos y 14,4 para las chicas). La frecuencia de consumo era esporádica: más de la mitad de los que habían consumido tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta alguna vez en los últimos 30 días, lo habían hecho sólo uno o dos días durante este periodo.

Las prevalencias de consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir (ya sea con/sin receta médica o sin receta médica) aumentan progresivamente con la edad, tanto en chicas como en chicos. Así, por ejemplo, con respecto al consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir con/sin receta, la prevalencia de consumo en el último año en chicas alcanzó el 20,9% a los 18 años frente al 9,5% en las de 14 años. Para los chicos, estas cifras fueron del 9,8% a los 18 años frente al 6,2% a los 14 años.

En cuanto a la evolución observada con respecto a años anteriores, la Figura 1.2.5 muestra una estabilización de la extensión del consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta en 2010, en niveles muy similares a los obtenidos en ESTUDES 2008. Este último año, supuso el inicio de una tendencia ascendente con respecto a los consumos correspondientes al periodo 1994-2006 en que se habían mantenido bastante estables. La edad media de inicio continúa rondando los 14 años de edad, como en anteriores ediciones. Esta evolución es similar para ambos sexos (Tabla 1.2.19).

Figura 1.2.5. Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta* (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Alguna vez	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4
Últimos 12 meses	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8	5,7	5,6
Últimos 30 días	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3,0
Edad media inicio	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,4	14,3	14,2

* Tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de cannabis

Las preguntas del cuestionario de la encuesta ESTUDES 2010 que hacen referencia al consumo de cannabis incluyen otras denominaciones tales como ”hachís”, “marihuana”, “hierba”, “chocolate”, “porro”, “costo” y “aceite de hachís”.

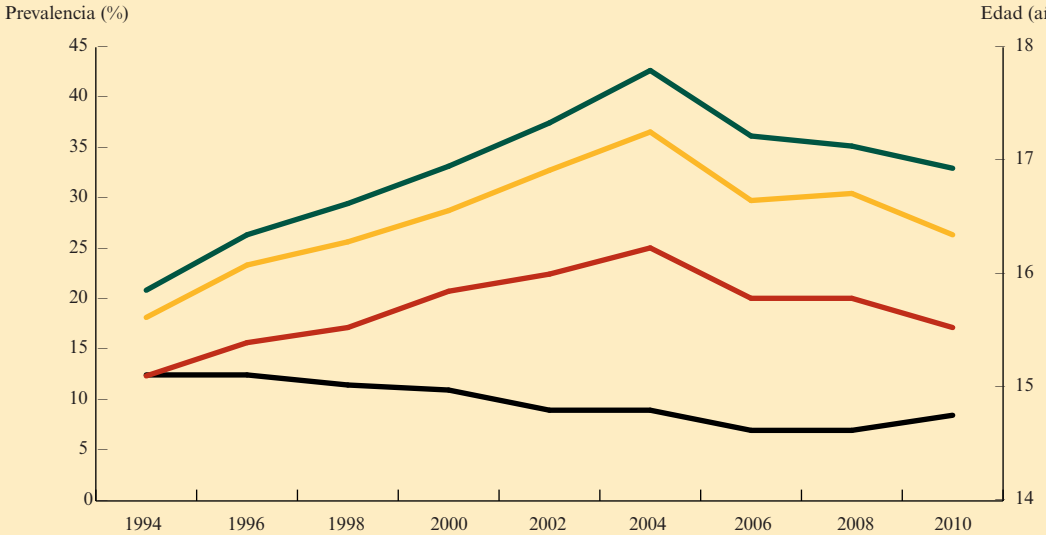
El cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años con bastante diferencia sobre las demás. En 2010, el 33% lo había consumido alguna vez en la vida, el 26,4 % en el último año y el 17,2 % en los últimos 30 días.

Se confirma, por tanto, la tendencia descendente de la extensión del consumo de cannabis entre los estudiantes de 14 a 18 años que se inició a partir de 2004. Aunque las cifras parecieron estabilizarse en 2008, en esta edición de ESTUDES 2010, los tres indicadores temporales (alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días) muestran cifras más bajas. Durante los últimos 6 años (2004-2010) las prevalencias de consumo de cannabis han descendido aproximadamente 9 puntos porcentuales (de 42,7% a 33%; de 36,6% a 26,4% y de 25,1% a 17,2% para los indicadores alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, respectivamente) y se sitúan, en 2010, en niveles muy similares a los obtenidos en 1998 (29,5%, 25,7% y 17,2%) (Figura 1.2.6).

La prevalencia de consumo diario es de un 3% (4,3% en chicos y 1,8% en chicas).

El cannabis es también la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana (con la excepción de los inhalables volátiles). Tal y como se observa en la Figura 1.2.6, la edad de inicio del consumo de cannabis en este grupo etario (14 a 18 años) se ha mantenido estable (14,7 años) en los últimos años y es similar en ambos sexos.

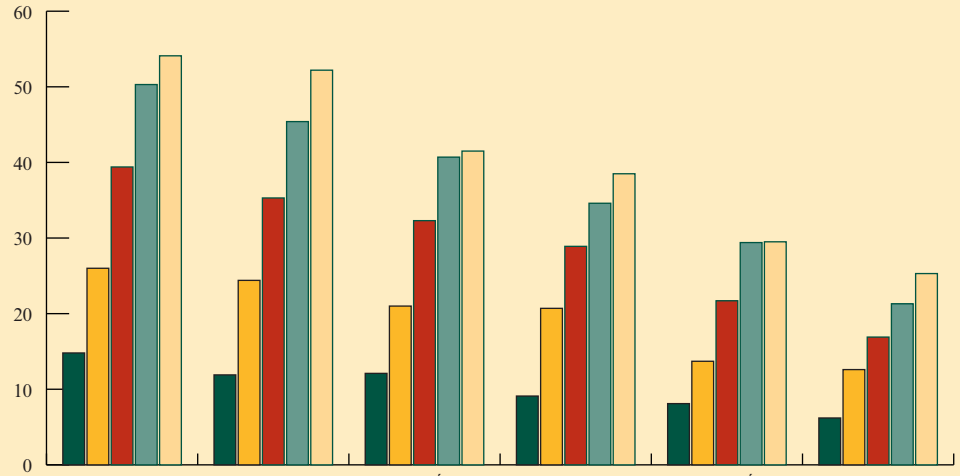
Figura 1.2.6. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis (porcentajes) y la edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Alguna vez	20,9	26,4	29,5	33,2	37,7	42,7	36,2	35,2	33,0
Últimos 12 meses	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4
Últimos 30 días	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2
Edad media inicio	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6	14,6	14,7

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.7. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2010.



	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
14 años	14,8	11,9	12,1	9,1	8,1	6,2
15 años	26,0	24,4	21,0	20,7	13,7	12,6
16 años	39,4	35,3	32,3	28,9	21,7	16,9
17 años	50,3	45,4	40,7	34,6	29,4	21,3
18 años	54,1	52,2	41,5	38,5	29,5	25,3

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Al igual que en ediciones anteriores de la encuesta, el consumo muestra mayor extensión en los chicos que en las chicas, para los tres indicadores temporales considerados (alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días), si bien esta diferencia a favor de los chicos no es tan acusada como ocurre con el consumo de otras drogas ilegales (cocaína, alucinógenos, etc.). En 2010, se observa una disminución de la brecha entre la extensión de los consumos en los chicos y en las chicas con respecto a los resultados obtenidos en años anteriores que, sin embargo, sigue siendo evidente en los consumos de mayor intensidad o frecuencia, en los que la extensión es considerablemente mayor en los chicos.

Para los tres indicadores considerados, las prevalencias de consumo son mayores a medida que aumenta la edad de los encuestados tanto para chicos como para chicas. El mayor incremento tiene lugar entre los 14 y lo 15 años (Figura 1.2.7).

En 2010, a los 18 años, un tercio de los estudiantes consumidores de cannabis lo había consumido en el último mes y, de éstos, un 38,9% lo había hecho más de 10 días durante ese período.

Por último, en 2010 y, a pesar de los descensos de las prevalencias de consumo, no se aprecian variaciones significativas de la continuidad en el consumo de cannabis entre los estudiantes de 14 a 18 años, con respecto a otras ediciones de la encuesta.

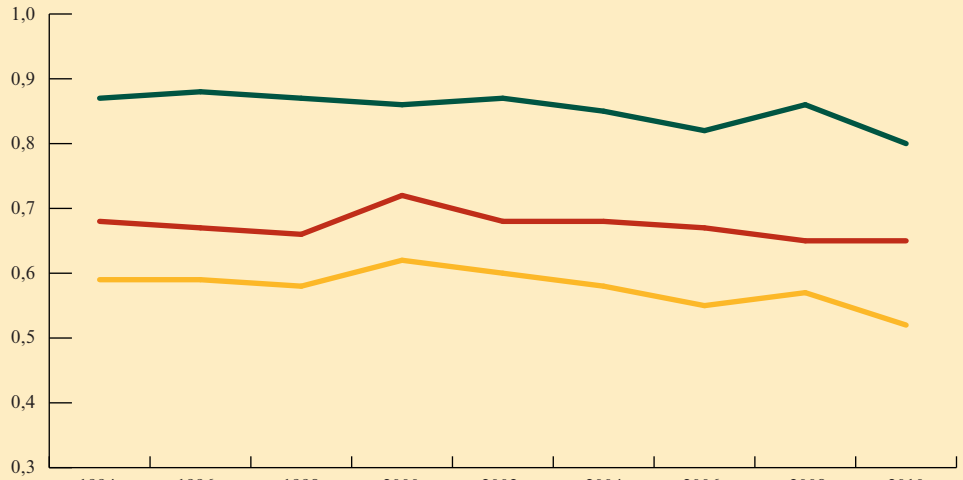
La continuidad en el consumo de cannabis en este grupo de población es elevada, sobre todo si la comparamos con las cifras que se obtienen en la población general (15 a 64 años) y se debe, en parte, a que los intervalos temporales de consumo (alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días) están muy próximos o casi se solapan a esta edad, en que el historial de consumo es corto. En 2010, el 80% de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado esta droga alguna vez en la vida, la había consumido también en los últimos 12 meses (B/A) y, aproximadamente, la mitad la consumieron también en los últimos 30 días (C/A) (Figura 1.2.8 y Tabla 1.2.21).

Tabla 1.2.20. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según frecuencia de consumo, edad y sexo (%). España, 2010.

	Ningún día	1 día	2 días	3 días	4-5 días	6-9 días	10-19 días	20 días o más
Total	82,5	4,3	2,5	2,0	1,8	1,8	2,0	3,0
Sexo								
Hombres	80,3	4,2	2,7	1,9	2,0	2,2	2,5	4,3
Mujeres	84,7	4,4	2,4	2,0	1,7	1,4	1,6	1,8
Edad								
14 años	92,8	2,3	1,4	0,7	0,7	0,7	0,5	0,9
15 años	86,6	3,8	2,2	1,7	1,2	1,3	1,4	1,7
16 años	80,4	5,0	2,9	2,4	2,2	1,9	2,1	3,1
17 años	74,4	5,9	3,1	2,4	2,7	2,8	3,5	5,2
18 años	71,9	4,3	3,7	3,1	3,2	2,8	3,8	7,1

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.8. Evolución de la continuidad en el consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
B/A	0,87	0,88	0,87	0,86	0,87	0,85	0,82	0,86	0,80
C/A	0,59	0,59	0,58	0,62	0,60	0,58	0,55	0,57	0,52
C/B	0,68	0,67	0,66	0,72	0,68	0,68	0,67	0,65	0,65

B/A = El porcentaje de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado esta droga alguna vez en la vida y la habían consumido también en los últimos 12 meses.
C/A = El porcentaje de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado esta droga alguna vez en la vida y la habían consumido también en los últimos 30 días.
C/B = El porcentaje de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado esta droga en los últimos 12 meses y la habían consumido también en los últimos 30 días.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.21. Evolución de la continuidad en el consumo de cannabis en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Prevalencia alguna vez en la vida (%) A	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33
Prevalencia últimos 12 meses (%) B	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4
Prevalencia últimos 30 días (%) C	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2
B/A	0,87	0,88	0,87	0,86	0,87	0,85	0,82	0,86	0,80
C/A	0,59	0,59	0,58	0,62	0,6	0,58	0,55	0,57	0,52
C/B	0,68	0,67	0,66	0,72	0,68	0,68	0,67	0,65	0,65

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.22. Características generales del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14951	15232	15.595	16.372
Prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida	23,8	18,0	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	46,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6	37,8	32,8	34,9	31,1
Edad media de inicio del consumo de cannabis (años)	15,1	15,2	15,1	15,2	14,9	15,1	14,8	15,0	14,6	14,8	14,6	14,8	14,5	14,6	14,6	14,7	14,6	14,8
Prevalencia de consumo de cannabis en últimos 12 meses	21,2	15,2	25,9	21,1	28,2	23,5	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7	31,6	28,2	33,5	27,5	26,8	23,3
Frecuencia de consumo de cannabis en últimos 30 días																		
Nunca	84,9	90,2	81,6	86,8	79,7	85,5	75,5	83,1	74,2	80,4	71,7	78,0	77,7	82,0	74,7	82,5	80,3	84,7
1 a 2 días	6,9	5,1	7,3	7,2	8,4	7,4	8,6	8,8	8,6	9,1	9,4	9,8	7,4	7,4	7,9	7,1	6,9	6,8
3 a 5 días	3,0	2,1	4,1	2,7	3,8	3,0	4,7	3,5	4,8	3,8	4,4	4,5	5,3	4,8	5,0	4,6	3,9	3,7
6 a 9 días	2,1	1,4	2,9	1,3	3,2	1,9	3,1	1,9	3,9	2,8	3,5	2,6	2,5	1,8	2,6	1,8	2,2	1,4
10 a 19 días	1,5	0,6	2,0	1,0	2,1	1,3	3,5	1,3	3,0	1,8	3,5	2,3	2,9	1,8	3,6	2,0	2,5	1,6
20 a 29 días	1,5	0,6	2,2	0,9	2,8	1,0	4,7	1,4	5,5	2,1	7,4	2,8	4,2	2,2	4,5	1,9	4,3	1,8

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

ESTUDES incluyó en su edición de 2010 un módulo para explorar los consumos de nuevas drogas, una de las cuales se encuentra relacionada con el cannabis. Se trata del *Spice* que, entre otras sustancias, contiene cannabinoides sintéticos que producen efectos similares a los del cannabis. Hasta el momento actual, la venta, adquisición y consumo de este tipo de productos es legal. El estudio de esta sustancia mostró que, en España, el 70,4% de los que habían consumido *Spice* alguna vez en la vida, habían consumido también cannabis en el último mes. Este porcentaje es similar a los obtenidos por otros países europeos.

Para estimar qué proporción de consumidores de cannabis realizan consumos que, por sus características, frecuencia, o efectos sobre su salud o sus actividades diarias, pudieran ser considerados como problemáticos, la encuesta ESTUDES 2010, ha incluido varias escalas de medida de consumo problemático con el fin de valorar cuál de ellas identifica más eficazmente los consumos problemáticos de cannabis y poder así validarlas. La inclusión de estas escalas forma parte de un estudio en diferentes países de la Unión Europea, promovido y coordinado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), cuyos resultados serán publicados próximamente.

Consumo de cocaína

La cocaína es, después del cannabis y de los hipnosedantes, la droga ilegal cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años. Un 3,9% la ha probado alguna vez en la vida, un 2,6% la ha consumido en los últimos 12 meses y un 1,5% en el último mes. Estos datos corresponden al conjunto de clorhidrato de cocaína (cocaína en polvo) y cocaína base aunque los estudiantes de Secundaria en España consumen mayoritariamente cocaína en polvo: el 3,2% alguna vez en la vida; el 2% en el último año y el 1,2% en los 30 días anteriores a ser encuestados.

La extensión del consumo de cocaína es mayor en los chicos que en las chicas, tanto si nos referimos a la cocaína en polvo como a la cocaína en forma de base y para los tres indicadores temporales de consumo. El consumo aumenta con la edad en ambos sexos, siendo a partir de los 16 años cuando se registra un aumento de la prevalencia del consumo que alcanza sus valores más elevados a los 17 y 18 años.

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 14,9 años en 2010, adelantándose 4 décimas con respecto a la cifra obtenida en 2008. El consumo de cocaína base se inicia algo antes (14,6 años) que el de cocaína en polvo (15,4 años).

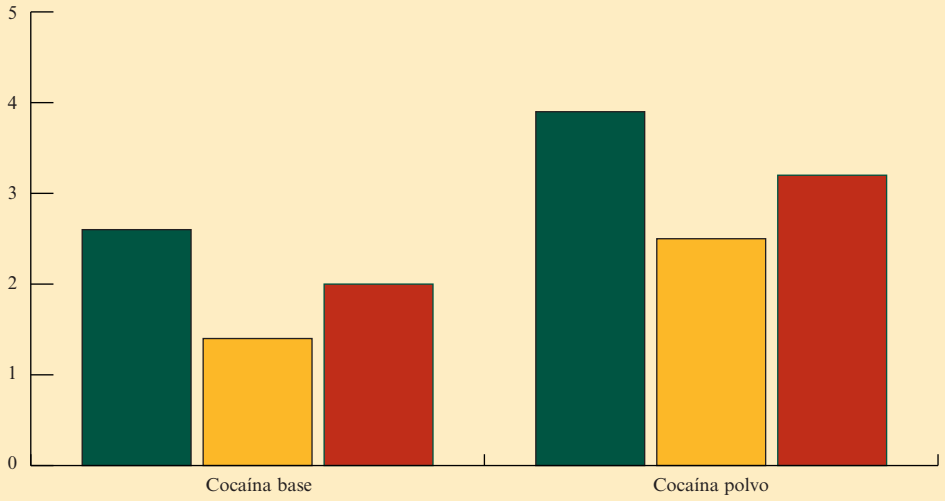
Tabla 1.2.23. Características generales del consumo de cocaína (general) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372
Prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en la vida	3,1	1,9	4,0	2,8	6,5	4,4	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8	6,8	4,7	6,3	3,8	4,8	3,0
Edad media al inicio del consumo de cocaína (años)	15,7	15,5	15,9	15,9	15,9	15,7	16,0	15,6	15,8	15,6	15,9	15,7	15,4	15,4	15,3	15,2	14,7	15,0
Prevalencia de consumo de cocaína en últimos 12 meses	2,3	1,2	3,3	2,2	5,4	3,6	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1	5,2	3,1	4,9	2,4	3,3	1,8
Prevalencia de consumo de cocaína en últimos 30 días	1,4	0,7	2,1	1,2	3,2	1,8	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6	3,1	1,6	2,7	1,2	2,1	0,8
Frecuencia de consumo de cocaína en últimos 30 días																		
Nunca	98,6	99,3	97,9	98,8	96,8	98,2	96,6	98,5	96,3	97,2	94,9	97,4	96,9	98,4	97,2	98,3	98,2	99,3
1 a 2 días	0,9	0,4	1,5	0,8	1,8	1,0	2,5	1,1	2,3	2,1	3,1	1,7	1,6	1,0	1,3	0,6	0,8	0,4
3 a 5 días	0,2	0,2	0,3	0,2	0,6	0,5	0,5	0,2	0,9	0,5	1,0	0,5	0,7	0,3	0,7	0,3	0,3	0,0
6 a 9 días	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,3	0,1	0,6	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
10 a 19 días	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,5	0,2

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

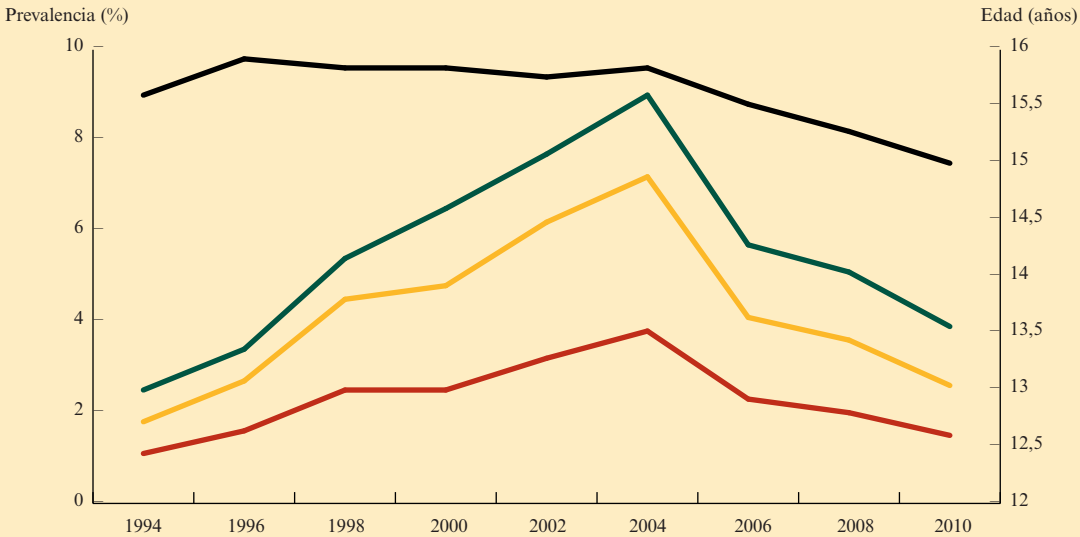
Figura 1.2.9. Prevalencia de consumo de cocaína (base y polvo) alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 2010.



	Cocaína base	Cocaína polvo
Hombres	2,6	3,9
Mujeres	1,4	2,5
Total	2,0	3,2

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.10. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína (general) (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Alguna vez	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1	3,9
Últimos 12 meses	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6
Últimos 30 días	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0	1,5
Edad media inicio	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,4	15,3	14,9

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Estos datos nos informan de un descenso importante del consumo de cocaína en 2010 entre los estudiantes de 14 a 18 años, consolidando la tendencia iniciada en 2006. Este descenso se ha producido en ambos sexos y para todas las edades, sobre todo en los 17 y 18 años en los que, por otra parte, vienen registrándose los consumos más elevados.

Consumo de éxtasis

El "éxtasis" es una denominación genérica para varias drogas sintéticas estimulantes derivadas de la feniletilamina. En el cuestionario de la encuesta se hace referencia a estas sustancias con los nombres de "éxtasis", "pastis", "pirulas" o "cristal".

En 2010 un 2,5% de los estudiantes de Secundaria había probado esta sustancia alguna vez en la vida, un 1,7% lo había consumido en el último año y un 1,0% en el último mes. Se consolida la tendencia descendente iniciada en 2002 para todas las frecuencias de consumo y tanto en chicos como en chicas. Las cifras en esta ocasión son las más bajas encontradas desde el comienzo de las encuestas.

Como en otras sustancias ilegales, la extensión del consumo es mayor entre los chicos que entre las chicas, si bien el descenso del consumo en 2010 es más acusado entre los chicos que entre las chicas. En los últimos 30 días, el porcentaje de chicos que han consumido éxtasis es del 1,3% frente al 0,6% de chicas. Al igual que ocurre con otras drogas, se trata de un consumo fundamentalmente de carácter esporádico. De forma similar a lo que sucede con los alucinógenos, el consumo de éxtasis está fuertemente vinculado a la edad, siendo considerablemente más prevalente entre los estudiantes de 17 y 18 años de edad. La edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 15,3 años, muy próxima a la de anfetaminas y alucinógenos.

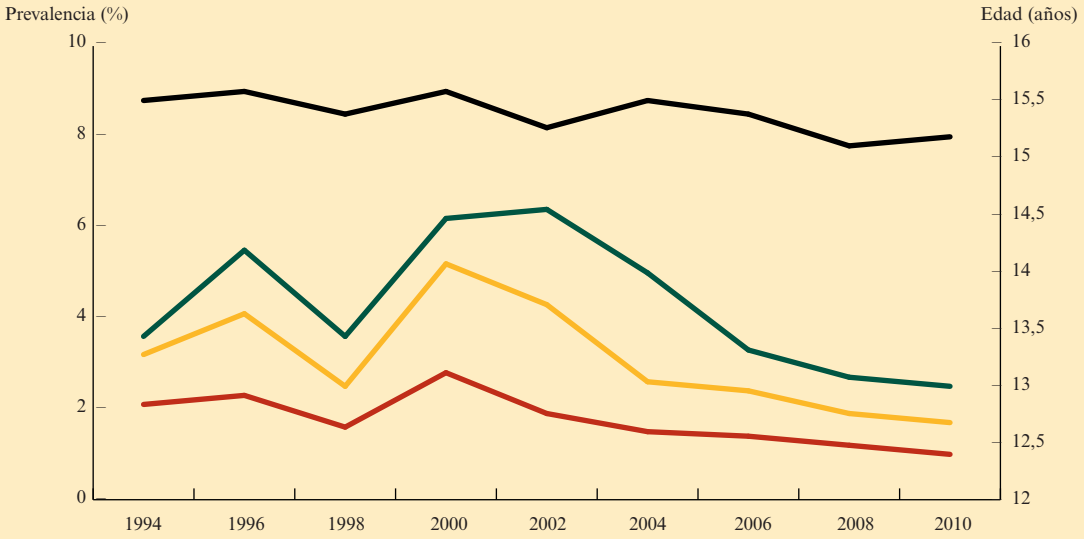
Tabla 1.2.24. Características generales del consumo de éxtasis* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372
Prevalencia de consumo de éxtasis alguna vez en la vida	4,7	2,5	6,1	4,8	4,0	3,2	7,6	4,8	7,0	5,8	6,0	3,9	4,2	2,5	3,5	2,0	3,2	1,9
Edad media al inicio del consumo de éxtasis (años)	15,7	15,5	15,6	15,7	15,5	15,5	15,9	15,4	15,4	15,3	15,7	15,4	15,4	15,5	15,2	15,2	15,2	15,4
Prevalencia de consumo de éxtasis en últimos 12 meses	4,2	2,2	4,8	3,5	2,9	2,1	6,4	3,9	4,7	3,8	3,3	1,9	3,2	1,7	2,6	1,3	2,2	1,2
Prevalencia de consumo de éxtasis en últimos 30 días	2,9	1,4	2,8	1,9	1,9	1,3	3,8	1,7	2,1	1,6	1,9	1,0	2,1	0,7	1,5	0,6	1,3	0,6
Frecuencia de consumo de éxtasis en últimos 30 días																		
Nunca	97,1	98,6	97,2	98,1	98,1	98,7	96,2	98,3	97,9	98,4	98,1	99,0	97,8	99,3	98,4	99,4	98,6	99,4
1 a 2 días	1,6	1,0	1,3	1,2	1,0	0,6	2,2	1,3	1,6	1,1	1,0	0,7	1,4	0,4	0,8	0,4	0,8	0,3
3 a 5 días	0,6	0,2	0,7	0,4	0,3	0,3	1,1	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1
6 a 9 días	0,4	0,1	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
10 a 19 días	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.
*Éxtasis u otras drogas de síntesis.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.11. Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis (porcentajes) y edad media de inicio al consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Alguna vez	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3	2,7	2,5
Últimos 12 meses	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9	1,7
Últimos 30 días	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4	1,2	1,0
Edad media inicio	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5	15,2	15,3

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de anfetaminas

En el cuestionario se hace referencia a estas sustancias con el nombre de “speed” ,“anfetaminas”, “anfetas”, “metanfetamina” y “ice”.

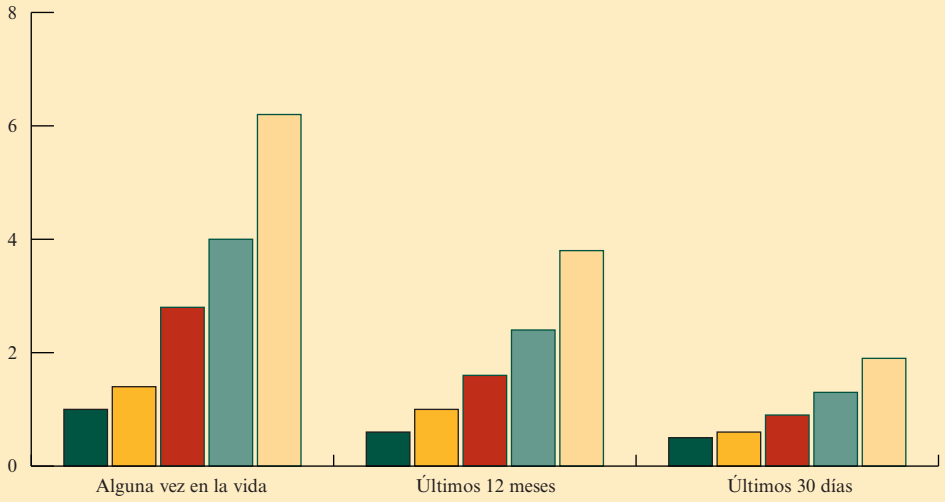
En 2010 se mantienen las similitudes del consumo de estos psicoestimulantes con el consumo de éxtasis, ya apuntadas en ediciones anteriores de la encuesta. El 2,6% de los estudiantes de 14 a 18 años las había probado alguna vez en la vida, el 1,6% las había consumido en el último año y un 0,9% lo hizo en el último mes.

La prevalencia de consumo sigue siendo más elevada entre los chicos que entre las chicas y se incrementa con la edad, alcanzando los valores más altos a los 17 y 18 años. Se trata de un consumo más bien de tipo esporádico (Figura 1.2.12).

La edad de inicio en el consumo se sitúa en los 15,5 años, similar en ambos sexos y sin apenas variaciones con respecto a ediciones anteriores de la encuesta.

En 2010, la extensión el consumo de anfetaminas mantiene la tendencia descendente iniciada en 2004 (Figura 1.2.13). Este descenso se produce en los tres indicadores temporales y es más acusada entre los chicos.

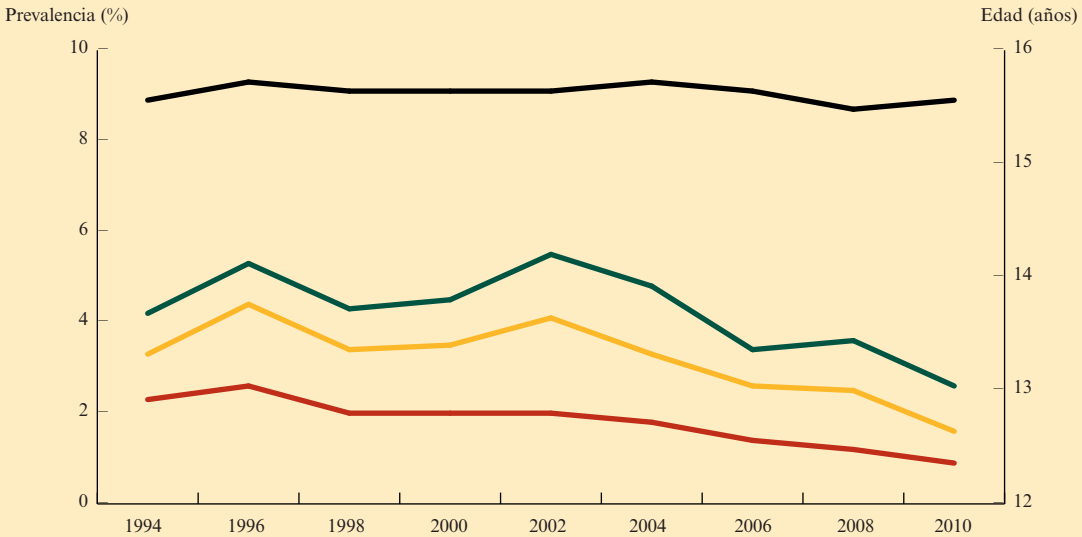
Figura 1.2.12. Prevalencia de consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010.



	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
14 años	1,0	0,6	0,5
15 años	1,4	1,0	0,6
16 años	2,8	1,6	0,9
17 años	4,0	2,4	1,3
18 años	6,2	3,8	1,9

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.13. Evolución de la prevalencia de consumo de anfetaminas (porcentajes) y edad media de inicio al consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Alguna vez	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6	2,6
Últimos 12 meses	3,3	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6	2,5	1,6
Últimos 30 días	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4	1,2	0,9
Edad media inicio	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6	15,4	15,5

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.25. Características generales del consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372
Prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida	5,3	3,1	6,6	4,1	5,5	3,2	5,7	3,3	6,2	4,9	6,0	3,6	4,2	2,7	4,6	2,8	3,4	1,8
Edad media al inicio del consumo de anfetaminas (años)	15,5	15,4	15,7	15,7	15,7	15,5	15,7	15,3	15,6	15,5	15,8	15,6	15,6	15,5	15,4	15,4	15,5	15,6
Prevalencia de consumo de anfetaminas en últimos 12 meses	4,4	2,5	5,5	3,4	4,5	2,5	4,6	2,4	4,8	3,4	4,3	2,3	3,3	2,0	3,0	1,9	2,2	1,0
Prevalencia de consumo de anfetaminas en últimos 30 días	2,9	1,6	3,2	2,0	2,7	1,5	2,5	1,4	2,5	1,5	2,7	1,0	2,0	1,0	1,7	0,7	1,3	0,5
Frecuencia de consumo de anfetaminas en últimos 30 días																		
Nunca	44,8	49,8	51,8	52,0	51,1	53,1	55,1	59,1	57,9	66,8	97,3	99,0	98,0	99,0	97,4	99,2	98,6	99,5
1 a 2 días	32,7	33,6	31,5	29,0	29,5	29,9	31,6	27,4	30,1	23,6	1,3	0,6	1,0	0,6	0,8	0,4	0,6	0,3
3 a 5 días	10,6	8,9	8,8	12,5	8,4	8,9	7,0	9,7	5,9	6,1	0,6	0,2	0,4	0,2	0,4	0,1	0,3	0,1
6 a 9 días	7,0	3,7	5,5	4,5	5,3	3,9	0,9	1,9	3,7	2,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
10 a 19 días	3,1	2,3	0,7	0,7	2,8	1,8	4,3	0,5	1,3	1,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
20 a 29 días	1,8	1,6	1,8	1,3	2,9	2,4	1,1	1,3	1,0	0,4	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de heroína

En el cuestionario se hace referencia al consumo de heroína como tal y, además, con los términos de "caballo" y "jaco". La heroína es la droga menos consumida por los estudiantes de 14 a 18 años (con la excepción de varias de las sustancias incluidas en el módulo de nuevas drogas del que se habla en otro apartado de este informe).

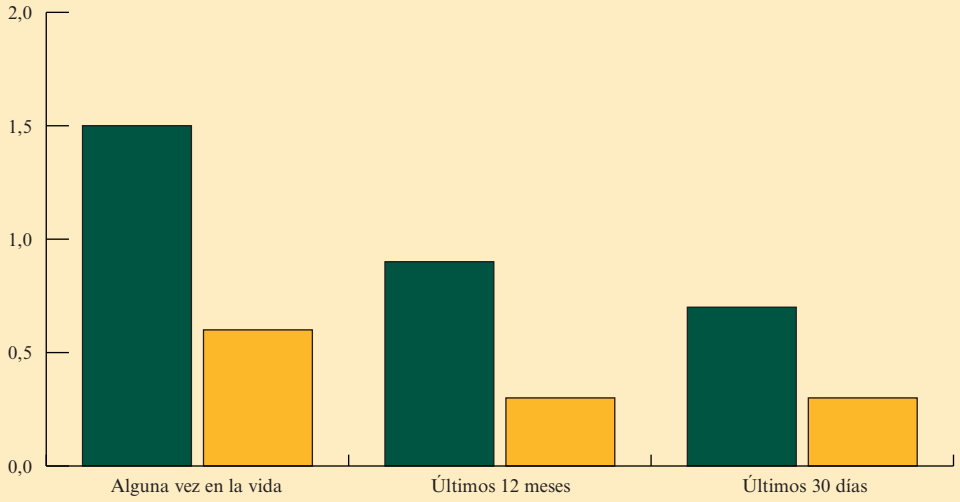
En 2010, el 1% la había probado alguna vez en la vida, el 0,6% la había consumido en el último año y un 0,5% durante el mes previo a la encuesta. El porcentaje de consumidores entre los chicos fue superior al observado en el grupo de las chicas, obteniendo prevalencias de consumo muy bajas: 0,6% (alguna vez en la vida), 0,3% (último año) y 0,3% (último mes), frente al 1,5%, 0,9% y 0,7% respectivamente en los chicos (Figura 1.2.14).

Respecto a las diferencias de consumo por edad, los 18 años es la edad en la que la extensión del consumo es mayor, si bien los valores son muy próximos a los que se observan a los 16 años de edad. (Figura 1.2.15).

La edad media de inicio en el consumo es de 14,4 años, ligeramente más tardía que la registrada en 2008 (14,3 años). Los chicos inician el consumo (14,2) algo antes que las chicas (14,7). La edad de inicio en el consumo de heroína sigue siendo más tardía que las edades de inicio en el consumo de otras drogas (cocaína, éxtasis, anfetaminas o alucinógenos) y es muy similar a la de inicio del consumo de cannabis (14,7 años).

En 2010, se aprecia un pequeño aumento del consumo experimental de heroína tanto entre chicos como entre chicas y descienden las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses y últimos 30 días entre los chicos. Las prevalencias de consumo de las chicas están estabilizadas (Figura 1.2.16).

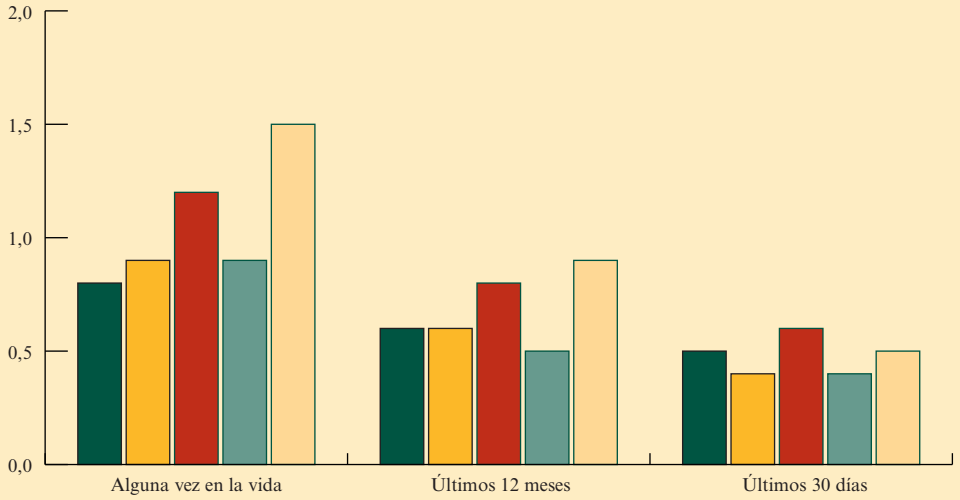
Figura 1.2.14. Prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010.



	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Hombres	1,5	0,9	0,7
Mujeres	0,6	0,3	0,3

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

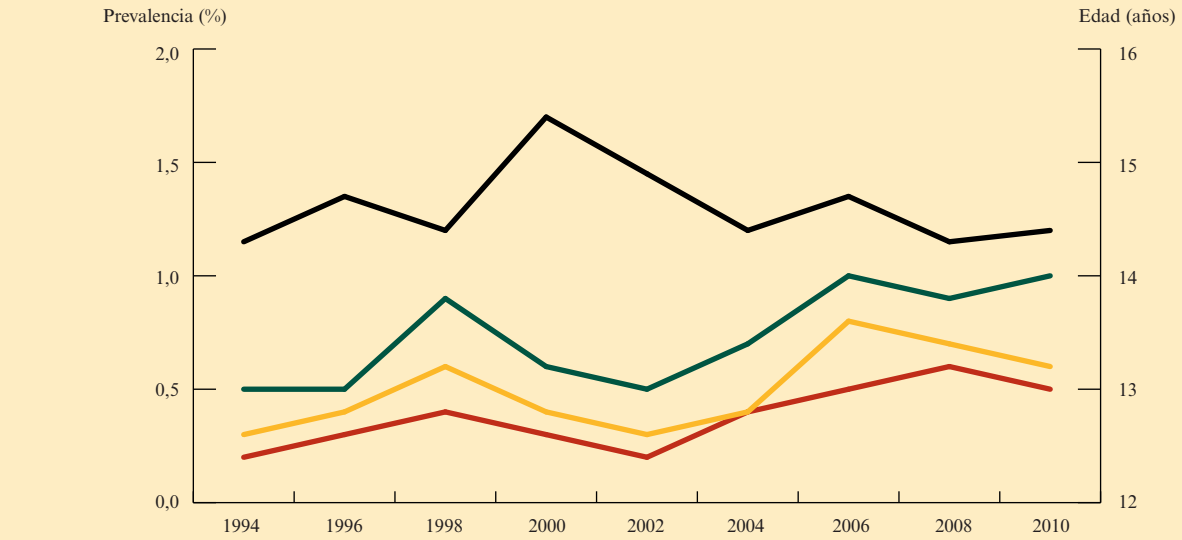
Figura 1.2.15. Prevalencia de consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010.



	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
14 años	0,8	0,6	0,5
15 años	0,9	0,6	0,4
16 años	1,2	0,8	0,6
17 años	0,9	0,5	0,4
18 años	1,5	0,9	0,5

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.16. Evolución de la prevalencia de consumo de heroína (porcentajes) y edad media de inicio al consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Alguna vez	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0	0,9	1,0
Últimos 12 meses	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7	0,6
Últimos 30 días	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6	0,5
Edad media inicio	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7	14,3	14,4

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.26. Características generales del consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372
Prevalencia de consumo de heroina alguna vez en la vida	0,7	0,3	0,8	0,3	1,2	0,7	0,8	0,3	0,6	0,5	1,1	0,3	1,5	0,5	1,4	0,4	1,5	0,6
Edad media al inicio del consumo de heroína (años)	14,4	14,1	14,6	15,1	14,0	15,1	15,5	15,1	14,9	14,8	14,2	15,0	14,5	14,7	14,3	14,2	14,2	14,7
Prevalencia de consumo de heroína en últimos 12 meses	0,5	0,2	0,6	0,2	0,8	0,5	0,7	0,1	0,4	0,2	0,8	0,1	1,2	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3
Prevalencia de consumo de heroína en últimos 30 días	0,4	0,1	0,4	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,3	0,2	0,7	0,1	0,9	0,2	0,9	0,3	0,7	0,3
Frecuencia de consumo de heroína en últimos 30 días																		
Nunca	99,6	99,9	99,6	99,9	99,4	99,8	99,5	99,9	99,7	99,8	99,3	99,9	99,0	99,8	98,4	99,5	99,3	99,7
1 a 2 días	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,5	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1
3 a 5 días	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
6 a 9 días	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
10 a 19 días	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
20 a 29 días	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de inhalables volátiles

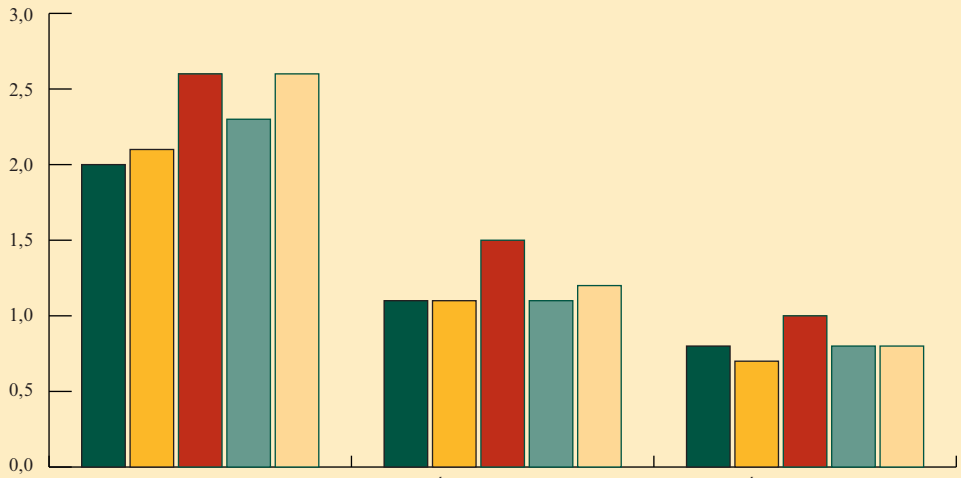
El cuestionario incluye expresamente bajo esta denominación los términos “cola”, “pegamento”, “disolvente”, “poppers”, “nitritos” y “gasolina”.

Entre los estudiantes de Secundaria, se mantiene la tendencia descendente del consumo iniciada en 2002. En 2010, el 2,3 % de ellos los había probado alguna vez en la vida, el 1,2% los había consumido en el último año y el 0,8 % en el último mes.

El consumo es mayoritariamente masculino, de tipo esporádico, apreciándose pocas diferencias de consumo según la edad y siendo el grupo de los 16 años el de mayor prevalencia de consumo (Figura 1.2.17).

La edad de inicio en el 2010 se sitúa en los 13,2 años, convirtiéndose en la droga de inicio más precoz, anterior incluso a la del tabaco.

Figura 1.2.17. Prevalencia de consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010.



	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
14 años	2,0	1,1	0,8
15 años	2,1	1,1	0,7
16 años	2,6	1,5	1,0
17 años	2,3	1,1	0,8
18 años	2,6	1,2	0,8

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.27. Características generales del consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372
Prevalencia de consumo de sustancias volátiles alguna vez en la vida	4,1	2,1	4,2	2,5	5,1	3,4	5,7	3,0	4,8	2,7	5,2	2,9	4,2	2,0	3,6	1,8	3,0	1,7
Edad media al inicio del consumo de sustancias volátiles (años)	13,8	12,4	13,9	13,3	13,7	13,0	14,0	13,7	14,3	14,2	13,9	14,1	13,8	13,4	13,6	14,2	13,1	13,2
Prevalencia de consumo de sustancias volátiles en últimos 12 meses	2,5	1,3	2,4	1,7	3,3	2,0	3,3	1,8	3,0	1,5	3,0	1,4	2,7	1,1	2,3	1,0	1,7	0,8
Prevalencia de consumo de sustancias volátiles en últimos 30 días	1,5	0,8	1,5	1,0	2,2	1,5	1,8	1,1	1,5	0,8	1,6	0,7	1,7	0,6	1,4	0,5	1,2	0,5
Frecuencia de consumo de sustancias volátiles en últimos 30 días																		
Nunca	98,5	99,2	98,5	99,0	97,8	98,5	98,2	98,9	98,5	99,2	98,4	99,3	98,2	99,4	97,7	99,1	98,8	99,5
1 a 2 días	0,8	0,5	0,9	0,8	1,1	1,0	1,3	0,7	1,0	0,5	0,8	0,4	0,8	0,3	0,8	0,3	0,6	0,2
3 a 5 días	0,2	0,1	0,3	0,1	0,5	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0
6 a 9 días	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
10 a 19 días	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de alucinógenos

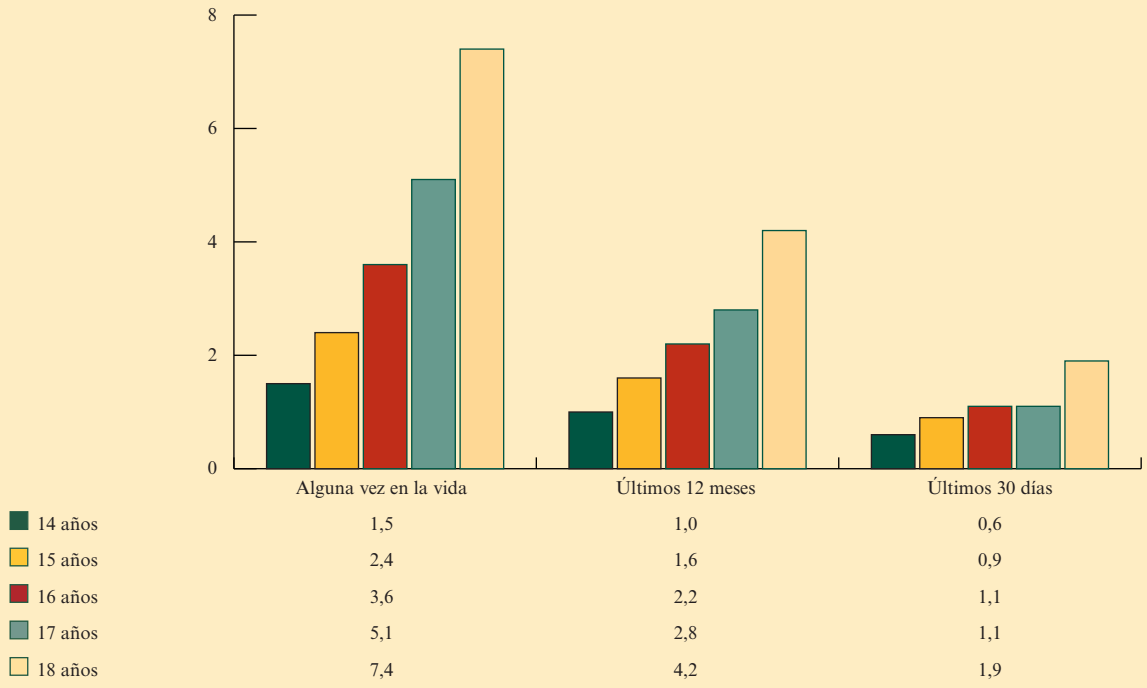
En el cuestionario se hace referencia al consumo de alucinógenos incluyendo en ellos una serie de sustancias como “LSD”, “ácido”, “tripi”, “setas mágicas”, “ketamina”, “special-K”, “ketolar” e “imalgene”.

En 2010, un 3,5% de los estudiantes de Secundaria los había probado alguna vez en la vida, el 2,1% lo había hecho en el último año y el 1% en los últimos 30 días. Es importante destacar la caída de las prevalencias de consumo para todas las frecuencias de consumo siendo los de esta edición de la encuesta ESTUDES los valores más bajos obtenidos desde 1994. La extensión del consumo entre los chicos es más del doble que entre las chicas.

La edad es un factor determinante al igual que para otras sustancias y es llamativa la diferencia de las cifras de prevalencia a medida que aumenta la edad (Figura 1.2.18).

La edad media de inicio se sitúa en los 15,4 años, siendo similar en ambos sexos. La edad de inicio se mantiene estable desde el 2006.

Figura 1.2.18. Prevalencia de consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.28. Características generales del consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372
Prevalencia de consumo de alucinógenos alguna vez en la vida	6,7	3,6	8,0	5,6	6,1	5,0	7,2	4,4	5,6	3,4	6,2	3,3	5,7	2,7	5,6	2,6	4,6	2,4
Edad media al inicio del consumo de alucinógenos (años)	15,4	15,4	15,6	15,6	15,5	15,4	15,6	15,3	15,6	15,4	15,8	15,7	15,5	15,5	15,4	15,2	15,3	15,4
Prevalencia de consumo de alucinógenos en últimos 12 meses	5,7	3,1	6,9	4,5	4,8	3,2	5,5	2,9	4,4	2,0	4,4	1,8	4,1	1,6	3,9	1,7	3,0	1,3
Prevalencia de consumo de alucinógenos en últimos 30 días	3,6	1,7	3,8	1,9	2,6	1,5	2,6	1,3	1,8	0,7	2,3	0,7	2,0	0,7	1,7	0,7	1,5	0,6
Frecuencia de consumo de alucinógenos en últimos 30 días																		
Nunca	96,4	98,3	96,2	98,1	97,4	98,5	97,4	98,7	98,2	99,3	97,7	99,3	97,9	99,2	97,4	98,9	98,5	99,4
1 a 2 días	2,4	1,2	2,3	1,4	1,7	1,1	1,7	1,1	1,3	0,6	1,5	0,5	1,2	0,5	1,0	0,4	0,8	0,4
3 a 5 días	0,7	0,3	0,9	0,2	0,5	0,2	0,6	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,0
6 a 9 días	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0
10 a 19 días	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Policonsumo

El policonsumo de drogas (legales e ilegales) constituye un patrón de consumo cada vez más prevalente en el escenario del consumo de sustancias psicoactivas en España, tanto en la población general de 15 a 64 años como entre los estudiantes de 14 a 18 años.

La Organización Mundial de la Salud define el término "policonsumo" como el consumo de más de una sustancia o tipo de sustancias, simultáneo o no, que produce dependencia de, al menos una de ellas. Definir el tipo de consumos que pueden ser incluidos bajo el término "policonsumo" resulta, en general, complicado pero lo es aún más en un grupo poblacional concreto como es el de los estudiantes de 14 a 18 años, debido a que a esta edad, la mayoría de los consumos se producen durante los momentos de ocio (fiestas y fines de semana) y tienen carácter más bien episódico, por lo que el riesgo de dependencia, aunque existe, es menor que cuando se realizan consumos más continuados.

En cualquier caso, el policonsumo busca potenciar o compensar los efectos de diferentes drogas o, simplemente, experimentar nuevas sensaciones. Con independencia de su finalidad, aumenta claramente los riesgos y los problemas sanitarios y sociales asociados al consumo y dificulta su tratamiento. Por ello, conocer el policonsumo e identificar patrones específicos de consumo permite orientar el diseño de intervenciones adecuadas a la realidad cambiante del consumo de sustancias psicoactivas.

El análisis del número de las sustancias consumidas por aquellos encuestados que reconocen haber consumido alguna de las sustancias por las que se pregunta en ESTUDES 2010 pone de manifiesto que, a pesar de que el 31,3% de los estudiantes de 14 a 18 años consumió sólo una sustancia durante el año anterior a la realización de la encuesta, el 39,4% realizó policonsumo de dos o más sustancias. Este porcentaje se reduce al 29,3% si se considera el consumo durante el último mes. Se consideran sustancias legales (alcohol, tabaco e hipnosedantes) e ilegales (cannabis, cocaína, GHB, éxtasis, *speed*-anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles; no se incluyen "nuevas sustancias") (Tabla 1.2.29).

Del mismo modo, es importante destacar que el 29,3% de los jóvenes de 14 a 18 no ha consumido ninguna sustancia en el último año.

Tabla 1.2.29. Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas (legales o ilegales) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010.

	Último año	Últimos 30 días
Una sola sustancia	31,3	33,5
Dos sustancias	16,6	15,3
Tres sustancias	16,4	11,2
Cuatro sustancias	3,9	1,5
Cinco o más sustancias	2,5	1,3

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Si se establece diferenciación entre el consumo de sustancias legales (alcohol, tabaco e hipnosedantes) y el de ilegales, se observa que:

- El 56% de los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido alguna sustancia (legal o ilegal) en los 12 últimos meses consume sólo sustancias legales, mientras que sólo el 3,5% de los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido alguna sustancia en los 12 últimos meses, consume únicamente sustancias ilegales. Por tanto, el 40,5% de los estudiantes de 14 a 18 años que consumieron alguna sustancia en los últimos 12 meses consumió ambos tipos de drogas (legales e ilegales).
- A su vez, entre los que han consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 39,5% consume además una o más sustancias ilegales y, entre los que consumen tabaco (durante el mismo periodo), el 64,3% consume además una o más sustancias ilegales, asociándose principalmente al consumo de cannabis. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la prevalencia de consumo de alcohol es mucho más elevada que la del consumo de tabaco y ello hace que parezca que el consumo de alcohol se asocia al policonsumo de otras sustancias en un menor número de estudiantes de 14 a 18 años que en el caso del tabaco, pero no es así.
- Entre los que consumen sólo sustancias ilegales (se excluyen hipnosedantes sin receta médica), el 67,5% consume sólo una sustancia, el 25,2% dos sustancias, el 4,7% tres sustancias y el 2,7% cuatro o más sustancias.

El análisis de las combinaciones de sustancias consumidas (en función del consumo en el último año de una sustancia determinada) permite obtener información interesante sobre los diferentes patrones del policonsumo (Tabla 1.2.30):

- El alcohol está presente en la mayoría de los policonsumidores (valores superiores al 80% en todas las sustancias).
- Entre los que consumen tres sustancias, las sustancias que aparecen con mayor frecuencia son el alcohol, el tabaco y el cannabis (por este orden de frecuencias).
- Entre los que consumen cuatro sustancias, las sustancias que aparecen con mayor frecuencia son el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína en polvo (por este orden de frecuencias).
- Las sustancias tipo psicoestimulantes (éxtasis, anfetaminas) y también los alucinógenos presentan altos porcentajes de consumo de otras sustancias, lo que puede hacer pensar que son sustancias de consumo ocasional, "añadidas" como consumos secundarios o complementarios a otras sustancias y no como sustancias principales, es decir, se consumen cuando ya se consumen otras sustancias.
- Los hipnosedantes ocupan el tercer puesto en prevalencia de consumo cuando se consideran consumos independientes pero pierden importancia en cuanto aparecen otras sustancias.

En un intento por analizar el fenómeno del policonsumo con algo más de profundidad, se revisan aquí algunos factores que podrían influir en la mayor o menor extensión de este patrón de consumo de sustancias:

1. Sexo: Los datos obtenidos en ESTUDES 2010 muestran que no hay diferencias para el policonsumo en función del sexo, y las pequeñas variaciones que se encuentran apuntan hacia un mayor numero de sustancias legales consumidas por las chicas mientras que los chicos las superan en número de sustancias ilegales consumidas, a partir de dos o más ilegales.

Es conocido el hecho de que las mujeres muestran mayores prevalencias de consumo de drogas legales que de ilegales, que muchos atribuyen a la tendencia a evitar la transgresión de las normas en las mujeres. De hecho, las últimas ediciones de las encuestas ESTUDES (14 a 18 años) y EDADES (15

a 64 años) han puesto de manifiesto una progresiva incorporación de las mujeres a los consumos de drogas, preferentemente legales, alcanzando prevalencias de consumo incluso superiores a las de los hombres. Es más, los datos más recientes sitúan la extensión de ciertas patrones de consumo intensivo o de riesgo (emborracharse o fumar a diario) en las mujeres por encima de los valores obtenidos para los hombres, cuando tradicionalmente, los hombres consumían drogas (legales e ilegales) en mayor proporción que las mujeres, con mayor intensidad y con mayor frecuencia. Actualmente, esta brecha a favor de los hombres sólo se mantiene en los consumos de drogas ilegales y habrá que poner atención a los resultados de futuras ediciones de las encuestas para identificar las posibles nuevas tendencias.

Tabla 1.2.30. Relación de consumos de diferentes sustancias (últimos 12 meses) en estudiantes de Enseñanzas Secundarias 14-18 años (porcentajes). Porcentaje de consumidores de la sustancia (fila) que también consumen la sustancia (columna). España, 2010.

	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Éxtasis	Alucinógenos	Speed	Cocaína base	Cocaína polvo	Cocaína (B/P)	Heroína	I. volátiles	GHB	Tranquilizantes	Tranquil. sin
Tabaco	100,0	97,5	63,3	4,1	5,0	3,8	3,0	5,6	6,4	1,4	2,3	1,5	13,7	9,0
Alcohol	46,1	100,0	38,5	2,4	3,0	2,3	1,8	3,2	3,7	0,9	1,6	1,0	10,9	6,8
Cannabis	77,7	98,7	100,0	5,7	7,1	5,4	4,5	7,8	8,9	2,2	3,3	2,4	15,1	10,1
Éxtasis	79,9	98,5	90,7	100,0	57,3	53,6	37,7	60,8	66,0	26,6	24,0	32,9	36,4	31,6
Alucinógenos	78,1	98,4	88,7	45,5	100,0	41,1	31,3	46,2	49,2	22,5	21,7	23,1	35,4	27,5
Speed	78,7	98,7	89,6	56,6	54,5	100,0	36,0	64,0	67,2	24,1	24,6	28,3	34,9	28,9
Cocaína base	76,1	97,9	93,2	49,8	52,1	45,1	100,0	73,6	100,0	36,2	29,2	34,2	41,7	38,6
Cocaína polvo	83,1	98,5	92,7	45,8	43,8	45,7	41,9	100,0	100,0	21,4	17,6	23,5	34,0	29,1
Cocaína (B/P)	81,9	98,4	92,2	43,2	40,6	41,7	49,5	86,9	100,0	20,1	16,9	21,2	32,9	28,0
Heroína	72,5	97,5	90,3	69,2	73,7	59,4	71,2	73,8	79,9	100,0	50,0	58,8	58,5	51,0
I. volátiles	61,4	94,7	71,9	32,7	37,2	31,8	30,1	31,8	35,3	26,2	100,0	27,0	42,0	34,7
GHB	69,4	95,9	88,9	78,5	69,4	64,1	61,8	74,6	77,5	54,0	47,4	100,0	55,9	48,2
Tranquilizantes	46,7	82,8	42,0	6,4	7,9	5,8	5,6	8,0	8,9	4,0	5,4	4,1	100,0	51,6
Tranquiliz. sin	52,1	85,9	47,9	9,5	10,4	8,2	8,8	11,6	12,8	5,9	7,6	6,0	87,6	100,0

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

2. Edad: En términos generales, en el grupo de edad de 14 a 18 años, los consumos de sustancias psicoactivas (y también el policonsumo) aumentan con la edad, tanto para los chicos como para las chicas. Parece lógico pensar que los estudiantes de mayor edad disponen de mayor poder adquisitivo, mayor actividad social y mayor autonomía personal (hora de llegada a casa, etc.) y ello aumenta las oportunidades y posibilidades de consumir una o más sustancias (Tabla 1.2.31).

Tabla 1.2.31. Distribución del número de sustancias (legales e ilegales) consumidas entre los consumidores en función de la edad (porcentajes). España, 2010.

	14 años	15 años	16 años	17años	18 años
Una sola sustancia	58,7	50,3	42,1	37,3	34,1
Dos sustancias	22,1	23,0	23,7	24,1	24,4
Tres sustancias	14,1	20,2	25,2	27,1	27,4
Cuatro sustancias	2,8	4,0	5,8	7,3	8,0
Cinco o más sustancias	2,3	2,5	3,2	4,2	6,1

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

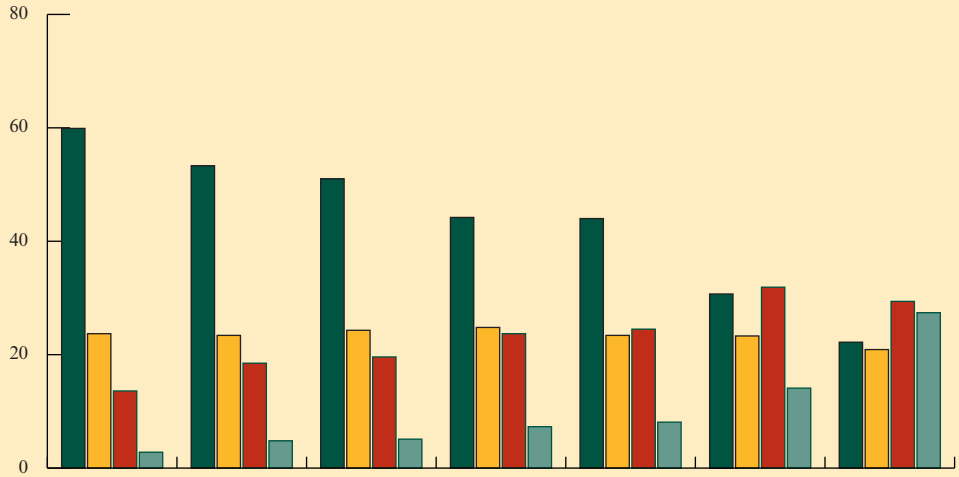
3. Consumo de alcohol: Existe evidencia científica abundante de que el consumo de alcohol, sobre todo en edades tempranas y con patrones de consumo intensivo *(binge drinking* e intoxicaciones etílicas) se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas. Independientemente de la coexistencia de otros factores como la edad, el sexo, el poder adquisitivo, etc., los datos obtenidos en la encuesta ESTUDES así lo confirman:

- En 2010, el 41,2% de los que consumieron alcohol durante los 30 días previos a la realización de la encuesta, consumió alguna droga ilegal durante el mismo periodo, frente al 9,2% de los que se declararon abstemios.
- El aumento de las prevalencias de policonsumo entre aquellos que realizaron consumos intensivos de alcohol se hace aún más evidente:
  - Entre los que se han emborrachado en el último año, el consumo de drogas ilegales se registra en el 50,9% mientras que sólo el 6,8% de los que no se han emborrachado reconoce consumir sustancias ilegales. Si tomamos como referencia los 30 días previos a ser encuestado, el 56,6% de los que se emborracharon consumieron, al menos, una droga ilegal, frente al 15,5% de los que consumieron alcohol pero no se emborracharon.
  - El 50,1% de los que realizaron *binge drinking* en los 30 días previos a la realización de la encuesta consumieron, al menos, una droga ilegal, frente al 25,5% de los que consumieron alcohol pero no hicieron *binge drinking.*

4. Hora de llegada a casa: Tal y como se ha mencionado anteriormente y, aunque existen otros factores a considerar, la hora de regreso a casa tiene una relación clara con el número y tipo de sustancias consumidas y con la intensidad de su consumo. En general, el uso de psicoestimulantes (cocaína, éxtasis, anfetaminas u otras con efectos similares) tienen como finalidad aumentar la resistencia física, dis-

minuir el cansancio y somnolencia propio de jornadas tan prolongadas, contrarrestar los efectos de otras drogas con efectos depresores (como el alcohol) o ser fuente de nuevas actividades o sensaciones en las etapas finales de las jornadas de fiesta. A este respecto, como se puede observar en la Figura 1.2.19, a medida que se retrasa la hora de vuelta a casa, aumenta el número de jóvenes que consume un mayor número de sustancias.

Figura 1.2.19. Número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) consumidas en el último año entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la hora de regreso a casa en la última salida (porcentajes). España, 2010.



	Antes de las 12 de la noche	Entre las 12 y la 1 madrugada	Entre la 1 y las 2 madrugada	Entre las 2 y las 3 madrugada	Entre las 3 y las 4 madrugada	Entre las 4 madr. y 8 de la mañana	Después de las 8 de la mañana
Una	59,9	53,3	51,0	44,2	44,0	30,7	22,2
Dos	23,7	23,4	24,3	24,8	23,4	23,3	20,9
Tres	13,6	18,5	19,6	23,7	24,5	31,9	29,4
Cuatro o más	2,8	4,8	5,1	7,3	8,1	14,1	27,4

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Por último, los resultados de los cruces de datos correspondientes al policonsumo de sustancias psicoactivas con otras variables recogidas en la encuesta ESTUDES como el absentismo escolar, el fracaso escolar (medido como número de cursos repetidos), la frecuencia de salidas nocturnas, la cuantía de asignación económica semanal, la participación en peleas, etc. se presenta como un área con enormes posibilidades de desarrollo aunque requiere un estudio más exhaustivo que controle otras variables intermedias y que va más allá del objeto de este informe.

Consumo de alcohol y cannabis

En los últimos 12 meses, un 22,9% de los jóvenes encuestados consumió conjuntamente (en un intervalo menor o igual a dos horas) alcohol y cannabis en alguna ocasión, un 2% menos que en 2008. Este consumo es más prevalente entre los chicos (24,8%) y entre los de mayor edad, pasando de un 9,1% en los jóvenes de 14 años a un 35,9% entre el alumnado de 18 años (Tabla 1.2.32).

Tabla 1.2.32. Evolución de la prevalencia del consumo conjunto de alcohol y cannabis según sexo y edad (últimos 12 meses) (porcentajes). España, 2008-2010.

	2008	2010
Total	24,9	22,9
Sexo		
Hombres	28	24,8
Mujeres	21,8	21,0
Edad		
14 años	11,4	9,1
15 años	21,0	17,3
16 años	27,3	26,2
17 años	33,2	33,4
18 años	38,1	35,9

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de alcohol y cocaína

En los 12 meses anteriores a la encuesta, un 3% del alumnado consumió conjuntamente (en un intervalo menor o igual a dos horas) alcohol y cocaína, registrándose un descenso de 1,1% con respecto a 2008. La prevalencia del consumo es mayor entre los hombres y, como en el caso de cannabis y alcohol, aumenta con la edad.

Tabla 1.2.33. Evolución de la prevalencia del consumo conjunto de alcohol y cocaína según sexo y edad (últimos 12 meses) (porcentajes). España, 2008-2010.

	2008	2010
Total	4,1	3,0
Sexo		
Hombres	5,1	3,7
Mujeres	3,1	2,3
Edad		
14 años	2,6	1,8
15 años	3,4	2,0
16 años	4,0	2,7
17 años	4,9	4,4
18 años	8,1	6,1

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de tabaco y cannabis

El cuestionario de ESTUDES no incluye preguntas que exploren el consumo conjunto de tabaco y cannabis como sí es el caso de alcohol y cannabis, y de alcohol y cocaína, que se acaban de analizar en los apartados anteriores. Sin embargo, el análisis de las prevalencias de consumo ofrece algunos datos interesantes.

El 63,3% de los consumidores de tabaco en los últimos doce meses ha consumido cannabis alguna vez en el mismo periodo. Por otra parte, entre los que han consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses, el 77,7% ha consumido tabaco. Del mismo modo, el 54,5% de los que han consumido cannabis en los últimos 30 días es consumidor diario de tabaco y el 62% de los fumadores diarios consume cannabis. Esto conlleva implicaciones para la salud, debido a que los efectos de una de las sustancias

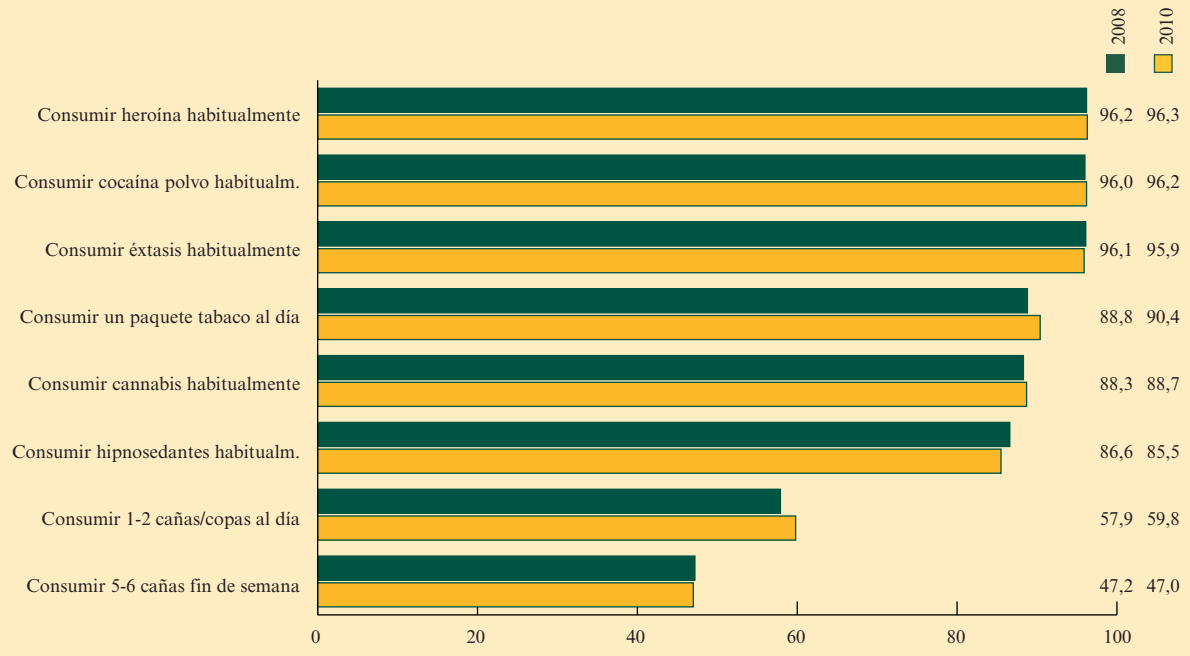
pueden aumentar los riesgos asociados a la segunda, y al revés. Esta circunstancia y los datos sobre la existencia de una percepción de riesgo asociada al consumo de tabaco (fumar un paquete de tabaco diario) que, en ESTUDES 2010, superó en más de 20 puntos porcentuales a la percepción de riesgo asociada al consumo habitual de cannabis (que es una droga ilegal), invitan cuanto menos a reflexionar.

Riesgo percibido ante el consumo de drogas

La serie de encuestas ESTUDES viene incluyendo preguntas relacionadas con los problemas que, a juicio de los estudiantes, puede ocasionar el consumo de las diferentes sustancias. Estas preguntas permiten sondear el riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas, que puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de las prevalencias de consumo. A medida que aumenta el riesgo percibido ante el consumo de una droga, la extensión o la intensidad del consumo tiende a disminuir. Inversamente, el aumento de la extensión y/o intensidad del consumo de una droga suele corresponderse con una disminución del riesgo percibido en relación con ese tipo de consumo determinado. Por ello, se analiza la proporción de estudiantes que percibe alto riesgo ante determinadas conductas de consumo (porcentaje que piensa que una conducta dada puede provocar bastantes o muchos problemas).

En 2010, las conductas de consumo de drogas que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años han asociado a un menor riesgo son: tomar 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana, tomar 1 ó 2 cañas/copas diariamente, y tomar hipnosedantes (tranquilizantes o pastillas para dormir) esporádicamente (una vez al mes o menos frecuentemente). Por el contrario las conductas asociadas a un mayor riesgo han sido el consumo habitual (una vez a la semana o más frecuentemente) de heroína, cocaína y éxtasis (Figura 1.2.20). No obstante, también se asociaba a un nivel importante de riesgo el consumo esporádico de heroína, cocaína y éxtasis.

Figura 1.2.20. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que piensan que esa conducta de consumo de drogas puede ocasionar bastantes o muchos problemas (porcentaje). España, 2008-2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.34. Evolución del riesgo percibido asociado al consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados																		
	10.416	10.495	9.174	9.738	8.509	9.503	9.949	10.477	12.795	13.781	12.568	12.953	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372
Porcentaje que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas																		
Fumar un paquete de tabaco diario																		
	74,7	79,1	72,8	77,4	75,7	79,9	75,1	79,5	76,7	80,8	78,2	82,3	84,9	89,3	86,5	91,0	88,9	91,7
Beber alcohol en fin de semana																		
	39,8	47,7	40,6	49,4	40,3	48,7	41,5	48,3	41,1	48,1	36,8	45,7	48,7	53,6	45,1	49,2	44,2	49,5
Consumir alcohol (una o dos cañas/copas) a diario																		
	46,3	54,6	43,7	52,9	41,7	49,4	39,4	48,4	38,7	47,9	36,8	45,7	52,3	61,9	52,7	62,9	56,7	62,6
Fumar cannabis habitualmente																		
	89,8	93,9	84,9	90,2	82,4	88,8	79,4	86,1	77,5	85,4	81,1	86,2	85,7	91,7	84,5	91,8	85,5	91,6
Tomar tranquilizantes/somníferos habitualmente																		
	89,9	91,3	87,8	89,4	87,5	89,2	86,9	87,9	88,3	89,1	89,8	89,6	86,1	88,6	84,6	88,4	83,8	87,0
Consumir éxtasis habitualmente																		
	96,6	97,9	96,2	97,9	96,3	97,5	95,0	95,9	96,4	97,1	97,1	97,3	95,8	98,0	94,1	97,8	94,6	97,1
Consumir cocaína habitualmente																		
	98,1	99,0	96,9	98,3	96,7	98,0	96,3	97,5	96,9	97,8	97,5	98,1	95,6	97,9	94,0	97,8	95,0	97,3
Consumir heroína habitualmente																		
	98,4	99,3	97,4	98,8	97,5	98,7	97,6	98,8	98,4	98,8	98,5	99,1	95,8	98,1	94,3	98,0	95,0	97,5

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.
"Habitualmente": una vez por semana o más frecuentemente.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

La percepción del riesgo asociado al consumo diario de tabaco (un paquete al día) supera, por primera vez en la serie histórica iniciada en 1994, la barrera del 90% (90,4%), consolidando así el ascenso que se inició en 2002 y apoyando la eficacia de las medidas de sensibilización social realizadas (Figura 1.2.21).

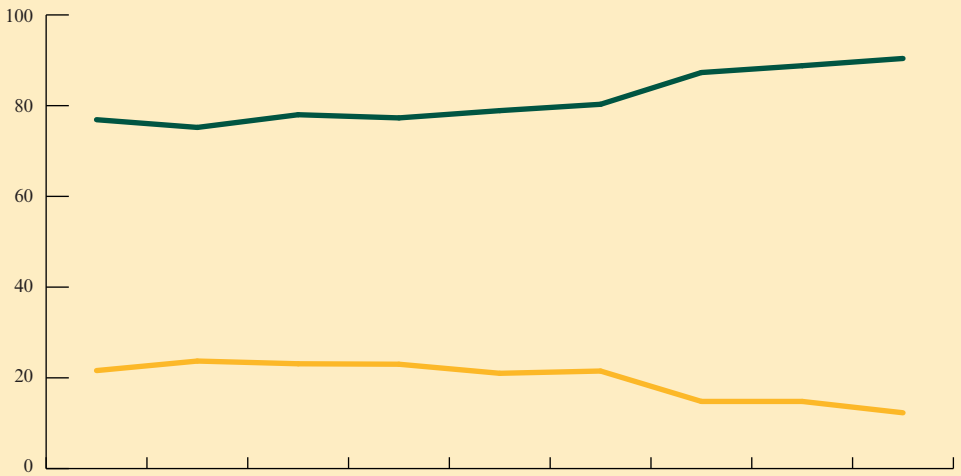
La Figura 1.2.21 refleja esta evolución y la de la prevalencia de consumo de tabaco diario, mostrando una imagen claramente especular en la que las mayores prevalencias de consumo se corresponden con las cifras más bajas de percepción de riesgo.

Con respecto a las diferencias sexuales, se aprecia que en 2010 y, al igual que ha ocurrido en años anteriores, las chicas tienen una percepción de riesgo superior a los chicos para el consumo habitual de cualquiera de las sustancias (Tabla 1.2.34). Sin embargo, ocurre lo contrario para los consumos de tipo esporádico, para los que los chicos muestran mayor percepción de riesgo que las chicas (con la excepción del cannabis).

Con carácter general, la edad es un factor inversamente proporcional a la percepción del riesgo. A medida que aumenta la edad, disminuye la percepción de riesgo (Tabla 1.2.35).

Por lo que respecta a la evolución de las tendencias temporales, se observa (Figura 1.2.22 y Tabla 1.2.36) un aumento marcado del riesgo percibido ante el consumo habitual de tabaco (fumar diariamente) al que ya se ha hecho referencia anteriormente y del consumo de alcohol diario durante el

Figura 1.2.21. Evolución de la prevalencia de consumo y el riesgo percibido ante el consumo diario de tabaco (un paquete al día) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Riesgo atribuido a consumir habitualmente	76,9	75,2	78,0	77,3	78,9	80,3	87,3	88,8	90,4
Prevalencia de consumo diario	21,6	23,7	23,1	23,0	21,0	21,5	14,8	14,8	12,3

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

periodo 1994-2010. Las cifras de riesgo percibido ante el consumo habitual de heroína, cocaína y éxtasis se mantienen en niveles elevados (más del 95% de estudiantes de 14 a 18 años consideran que su consumo habitual puede ocasionar bastantes o muchos problemas) aunque han descendido ligeramente con respecto a los obtenidos a mediados de los años noventa en que el consumo de drogas producía, debido sobre todo a la epidemia de consumo de heroína, bastante más alarma social que en la actualidad. La percepción de riesgo ante el consumo habitual de los hipnosedantes ha descendido ligeramente en el periodo 1994-2010, aunque se mantiene bastante estable desde 2006 y en cifras por encima del 85%.

Además, la Figura 1.2.22 y la Tabla 1.2.36 muestran cómo las menores percepciones de riesgo corresponden a las conductas relacionadas con el consumo de alcohol (tanto diario como de fin de semana), que es la sustancia psicoactiva con mayores prevalencias de consumo en ambos sexos y para todas las edades consideradas.

La percepción de riesgo ante el consumo habitual de cannabis descendió 10 puntos porcentuales durante el periodo 1994-2002 (desde 91,9% hasta 81,7%), coincidiendo con un aumento de las prevalencias de consumo hasta 2004 y, a partir de entonces, se ha observado una recuperación del indicador hasta cifras cercanas al 90% (88,7% en 2010) que, sin embargo, sorprende que sean inferiores a las obtenidas para el consumo habitual de tabaco (90,4%), siendo el cannabis una droga ilegal. Ello significa que, en 2010, el porcentaje de estudiantes que considera que fumar cannabis habitualmente puede entrañar problemas es menor que el de aquellos que consideran que fumar tabaco puede ocasionar problemas similares.

En el caso del cannabis, la tendencia descendente del consumo observada recientemente coexiste con una cierta estabilidad de los niveles de percepción el riesgo aunque este descenso de los consumos puede haber sido modulado por el aumento registrado de la disponibilidad percibida (Figura 1.2.23).

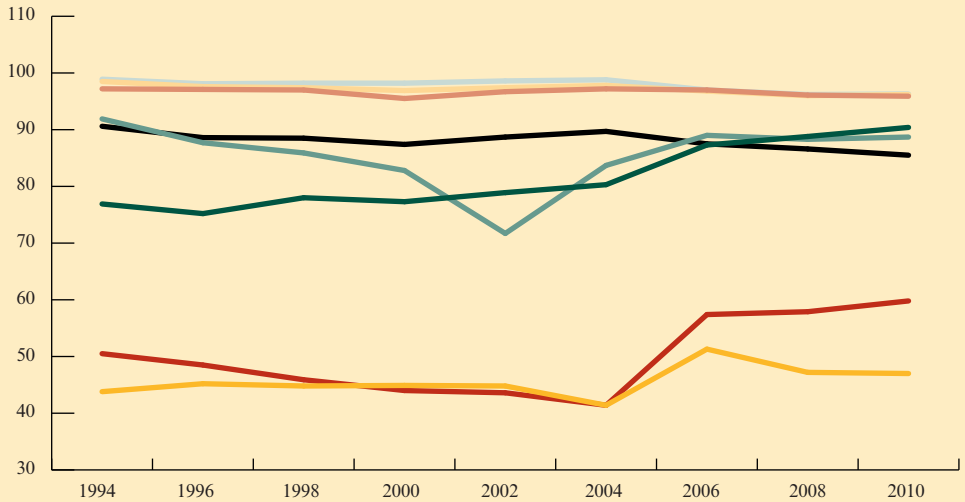
Tabla 1.2.35. Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo habitual de drogas (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), por sexo y edad (porcentajes). España, 2010.

	SEXO		EDAD					TOTAL
	Hombre	Mujer	14	15	16	17	18	
Tabaco (un paquete diario)	88,9	91,7	90,4	90,5	90,3	90,9	88,8	90,4
Alcohol (5 ó 6 cañas fin de semana)	44,2	49,5	57,9	47,5	44,6	41,4	43,4	47,0
Alcohol (1 ó 2 cañas cada día)	56,7	62,6	61,3	60,8	58,6	58,8	59,9	59,8
Cannabis	85,5	91,6	92,5	90,2	87,6	86,3	85,2	88,7
Hipnosedantes*	83,8	87,0	84,6	85,0	84,3	87,8	87,6	85,5
Éxtasis	94,6	97,1	95,5	95,8	95,7	96,4	96,7	95,9
Cocaína (polvo)	95,0	97,3	95,7	96,2	95,9	96,4	97,5	96,2
Heroína	95,0	97,5	95,4	96,2	96,4	96,6	97,5	96,3

* Tranquilizantes y/o somníferos con o sin receta.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.22. Evolución del riesgo percibido ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) (porcentajes). España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Tabaco (paquete diario)	76,9	75,2	78,0	77,3	78,9	80,3	87,3	88,8	90,4
Alcohol (5-6 cañas/copas en fin de semana)	43,8	45,2	44,8	44,9	44,8	41,4	51,3	47,2	47,0
Alcohol (1-2 cañas/copas diariamente)	50,5	48,5	45,9	44,0	43,6	41,4	57,4	57,9	59,8
Cannabis	91,9	87,7	85,9	82,8	71,7	83,7	89,0	88,3	88,7
Hipnosedantes*	90,6	88,6	88,5	87,4	88,7	89,7	87,5	86,6	85,5
Éxtasis	97,2	97,1	97,0	95,5	96,7	97,2	97,0	96,1	95,9
Cocaína en polvo	98,5	97,6	97,4	96,9	97,4	97,8	96,8	96,0	96,2
Heroína	98,9	98,1	98,2	98,2	98,6	98,8	97,0	96,2	96,3

* Tranquilizantes y/o somníferos con o sin receta.

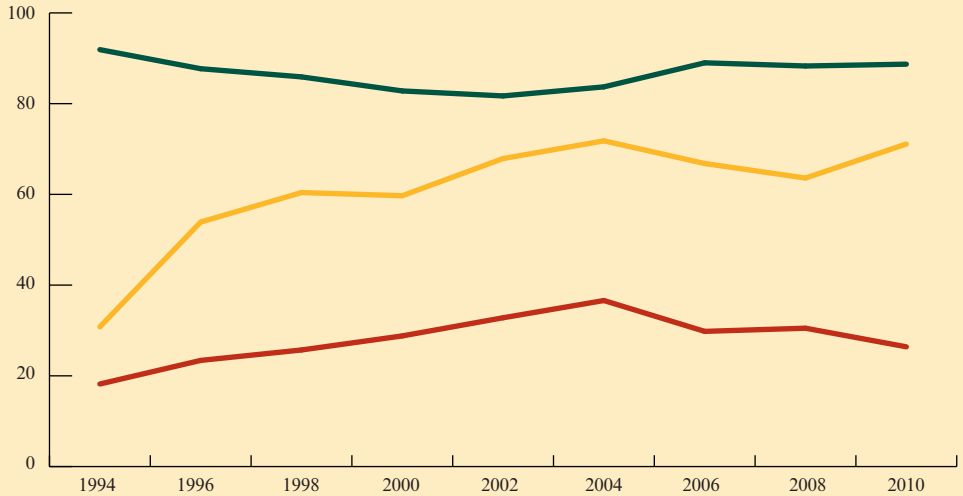
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.36. Evolución del riesgo percibido ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas (proprorción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) (porcentajes). España, 1994-2010.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Tabaco (un paquete diario)	76,9	75,2	78	77,3	78,9	80,3	87,3	88,8	90,4
Alcohol (5 ó 6 cañas/copas el fin de semana)	43,8	45,2	44,8	44,9	44,8	41,4	51,3	47,2	47,0
Alcohol (1 ó 2 cañas/copas cada día)	50,5	48,5	45,9	44	43,6	41,4	57,4	57,9	59,8
Cannabis	91,9	87,7	85,9	82,8	81,7	83,7	89	88,3	88,7
Tranquilizantes	90,6	88,6	88,5	87,4	88,7	89,7	87,5	86,6	85,5
Éxtasis	97,2	97,1	97	95,5	96,7	97,2	97	96,1	95,9
Cocaína (polvo)	98,5	97,6	97,4	96,9	97,4	97,8	96,8	96	96,2
Heroína	98,9	98,1	98,2	98,2	98,6	98,8	97	96,2	96,3

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.23. Evolución de prevalencia de consumo, riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.

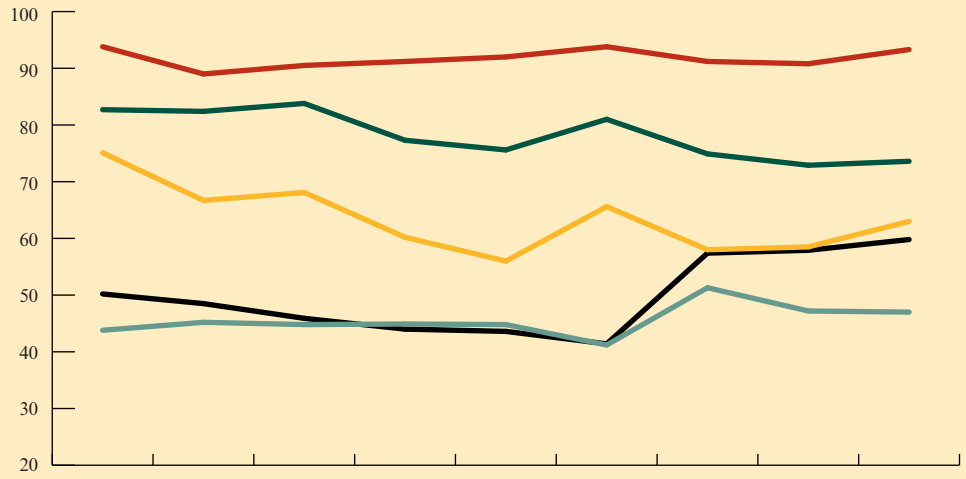


	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Riesgo percibido ante uso habitual	91,9	87,7	85,9	82,8	81,7	83,7	89,0	88,3	88,7
Disponibilidad percibida	30,8	53,9	60,4	59,7	67,9	71,8	66,8	63,6	71,1
Prevalencia de consumo último año	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Por último, la percepción de riesgo para el consumo de alcohol merece una consideración especial en tanto es la sustancia con una mayor extensión de consumo entre los estudiantes de 14 a 18 años. Las conductas referidas al consumo de alcohol, ya sea diario (1 ó 2 cañas/copas) o de fin de semana (5 ó 6 cañas/copas) son las consideradas como menos peligrosas por este grupo de población, a mucha distancia de los consumos del resto de drogas y, aunque la percepción de riesgo de ambas ha aumentado algunos puntos desde el inicio de la serie en 1994, el consumo se mantiene relativamente estable (consumo fin de semana) o incluso apunta un ligero ascenso (consumo diario) (Figura 1.2.24). Observando estos resultados, no parece que los esfuerzos de sensibilización con respecto al consumo de alcohol dirigidos a este grupo de edad hayan podido, por el momento, contrarrestar los que reciben, mayoritariamente en sentido opuesto, de la sociedad en general.

Figura 1.2.24. Evolución de prevalencia de consumo, riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Consumo últimos 12 m	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6
Consumo últimos 30 d	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63,0
Disponibilidad percibida	93,8	89,0	90,5	91,2	92,0	93,8	91,2	90,8	93,3
Riesgo percibido 5-6 cañas o copas fin de semana	43,8	45,2	44,8	44,9	44,8	41,2	51,3	47,2	47,0
Riesgo percibido 1-2 cañas o copas diariamente	50,2	48,5	45,9	44,0	43,6	41,4	57,4	57,9	59,8

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

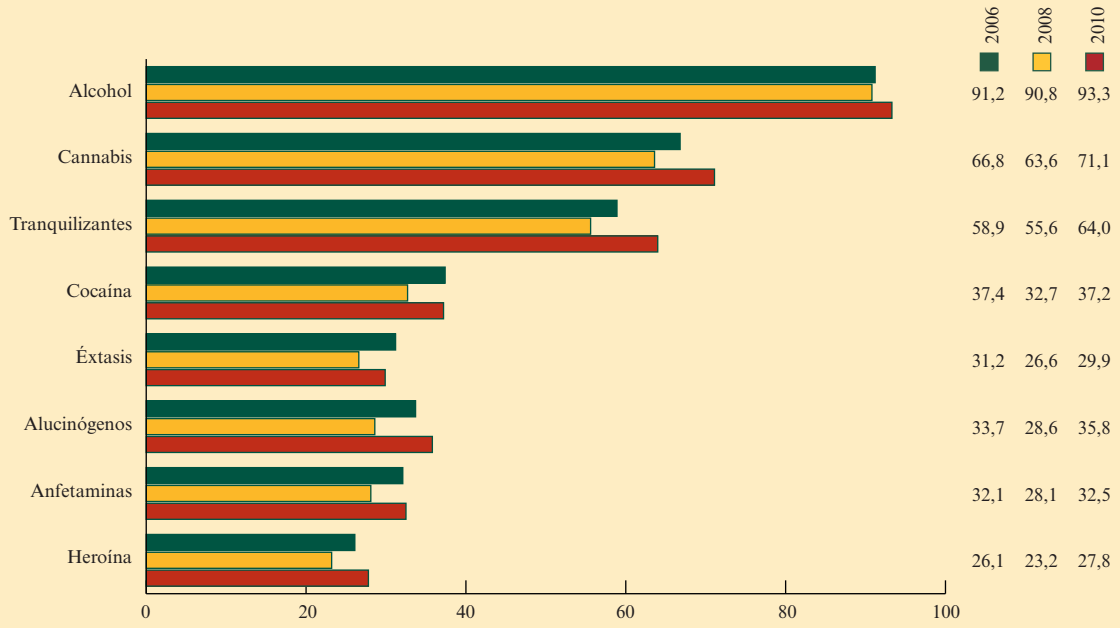
Disponibilidad de drogas percibida por los encuestados

El grado de facilidad/dificultad que los estudiantes perciben para conseguir u obtener las distintas drogas es lo que se denomina disponibilidad percibida y es otro de los factores que aparece relacionado con las prevalencias de consumo. Las sustancias que, a juicio de los estudiantes, les parecen más disponibles suelen ser las más consumidas y aquéllas que se perciben como más difíciles de conseguir, suelen mostrar prevalencias de consumo más bajas. Algunos ejemplos son el alcohol y el tabaco que, siendo de circulación y consumo legal para los adultos, son las sustancias consumidas por un mayor número de estudiantes de 14 a 18 años, para las que (con la excepción de los de 18 años) serían ilegales.

Se trata en realidad de una información relacionada con la percepción de la oferta de drogas que resulta de gran interés. El indicador utilizado para valorarla es la proporción de estudiantes que piensan

que obtener cada droga considerada es relativamente fácil o muy fácil. En 2010, las drogas percibidas por los estudiantes como las más disponibles o accesibles siguen siendo las de comercio legal y el cannabis: el 93,3% de los estudiantes encuestados pensaba que les sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisiera, el 71,1% cannabis y el 64% hipnosedantes (tranquilizantes o somníferos). ESTUDES 2010 registra un aumento, para todas las sustancias, de la proporción de estudiantes que considera fácil o muy fácil conseguirlas (Figura 1.2.25 y Tabla 1.2.37).

Figura 1.2.25. Disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga). España, 2006-2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

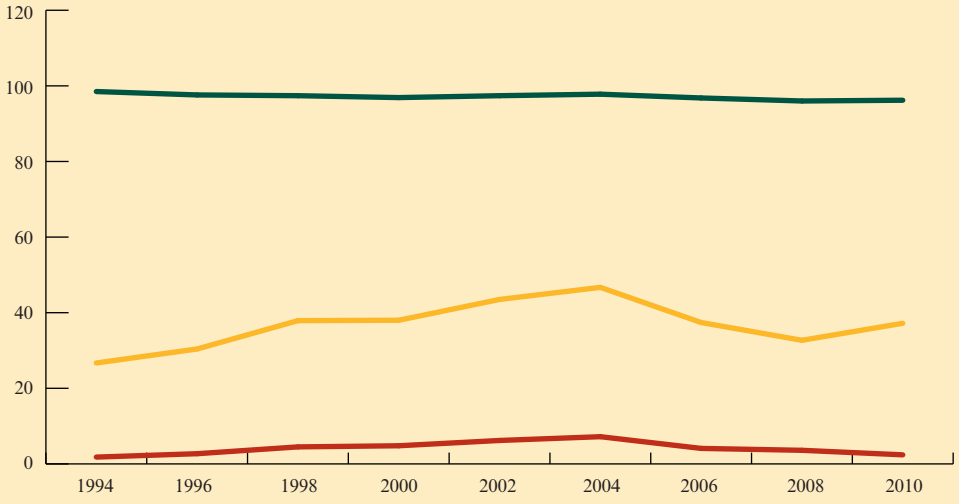
Tabla 1.2.37. Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga). España, 1994-2010.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Alcohol	93,8	89,0	90,5	91,2	92,0	93,8	91,2	90,8	93,3
Tranquilizantes	55,9	65,9	65,9	67,2	67,6	67,3	58,9	55,6	64,0
Cannabis	30,8	53,9	60,4	59,7	67,9	71,8	66,8	63,6	71,1
Cocaína (polvo)	26,7	30,4	37,9	38,0	43,5	46,7	37,4	32,7	37,2
Heroína	48,0	25,6	29,1	28,1	32,0	30,7	26,1	23,2	27,8
Anfetaminas	43,9	40,1	39,7	40,2	45,4	41,7	32,1	28,1	32,5
Éxtasis	46,3	42,6	39,8	43,8	50,0	45,1	31,2	26,6	29,9
Alucinógenos	26,2	40,1	39,2	41,4	45,3	41,9	33,7	28,6	35,8
Inhalables volátiles	61,4	54,8	54,2	51,6	54,1	51,1	–	–	–

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Se incluyen, a continuación, gráficas de comparación de la evolución de los indicadores de prevalencia, riesgo percibido y disponibilidad percibida para la cocaína y el cannabis.

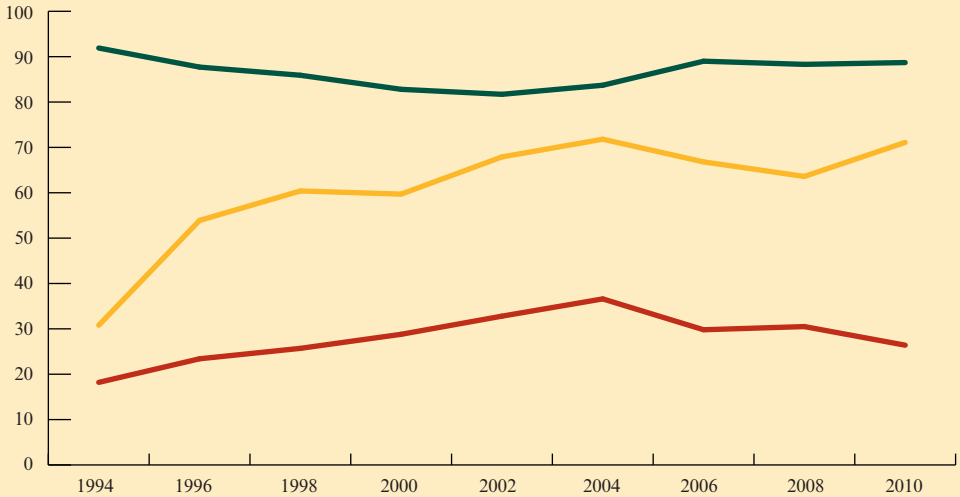
Figura 1.2.26. Evolución de prevalencia de consumo (últimos 12 meses), riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de cocaína en polvo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Riesgo percibido	98,5	97,6	97,4	96,9	97,4	97,8	96,8	96,0	96,2
Disponibilidad percibida	26,7	30,4	37,9	38,0	43,5	46,7	37,4	32,7	37,2
Prevalencia consumo 12 m	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

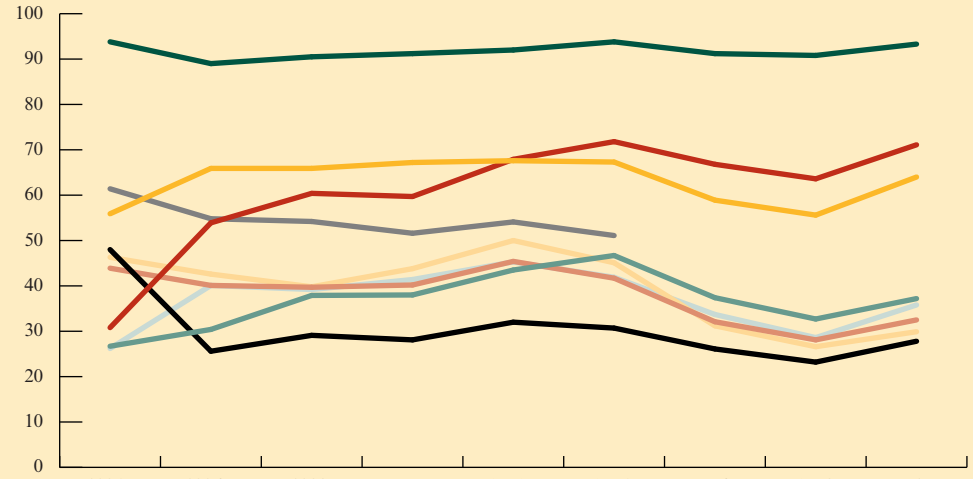
Figura 1.2.27. Evolución de prevalencia de consumo (últimos 12 meses), riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Riesgo percibido	91,9	87,7	85,9	82,8	81,7	83,7	89,0	88,3	88,7
Disponibilidad percibida	30,8	53,9	60,4	59,7	67,9	71,8	66,8	63,6	71,1
Prevalencia consumo 12 m	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.28. Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Alcohol	93,8	89,0	90,5	91,2	92,0	93,8	91,2	90,8	93,3
Hipnosedantes	55,9	65,9	65,9	67,2	67,6	67,3	58,9	55,6	64,0
Cannabis	30,8	53,9	60,4	59,7	67,9	71,8	66,8	63,6	71,1
Cocaína polvo	26,7	30,4	37,9	38,0	43,5	46,7	37,4	32,7	37,2
Heroína	48,0	25,6	29,1	28,1	32,0	30,7	26,1	23,2	27,8
Anfetaminas	43,9	40,1	39,7	40,2	45,4	41,7	32,1	28,1	32,5
Éxtasis	46,3	42,6	39,8	43,8	50,0	45,1	31,2	26,6	29,9
Alucinógenos	26,2	40,1	39,2	41,4	45,3	41,9	33,7	28,6	35,8
Inhalables volátiles	61,4	54,8	54,2	51,6	54,1	51,1			

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Por lo que respecta a la evolución temporal de la disponibilidad de diferentes sustancias psicoactivas percibida durante el periodo 1994-2010, la Figura 1.2.28 muestra:

- Niveles elevados y bastantes estables por lo que respecta al alcohol, aunque los encuestados sean, mayoritariamente menores y no puedan, en teoría, acceder a esta sustancia.
- Tendencia claramente ascendente de la disponibilidad percibida de cannabis que ha pasado del 30,8% en 1994 al 71,1% en 2010.
- Evolución ascendente de la disponibilidad percibida de cocaína en polvo de 1994 (26,7%) a 2004 (46,7%) y descenso, desde entonces hasta alcanzar el 37,2% en 2010, mostrando niveles próximos a los de 1998.
- La heroína se mantiene desde 1996 (al finalizar la epidemia de consumo) en niveles bajos de disponibilidad y muestra una tendencia estable. Es, en opinión de los estudiantes, la droga menos accesible.
- Éxtasis y anfetaminas muestran tendencias similares. Globalmente, ha disminuido la disponibilidad percibida para ambos grupos de drogas en alrededor de 10 puntos porcentuales, lo que significa que los estudiantes las consideran menos accesibles en 2010 que en 1994. Alcanzaron cifras máximas de accesibilidad en 2002 e iniciaron tendencias descendentes hasta 2008 aunque en 2010 se registre un ligero aumento de disponibilidad.

- Los alucinógenos iniciaron la serie como un grupo de sustancias poco accesible (aproximadamente, sólo uno de cada cuatro estudiantes encuestados opinaba que era fácil o muy fácil conseguirlos), pero las cifras ascendieron en años posteriores hasta alcanzar en 2002 el 45,3% de disponibilidad percibida (casi uno de cada dos estudiantes encuestados opinaba que era fácil o muy fácil hacerse con sustancias alucinógenas para consumir). A partir de este año se inicio una tendencia descendente hasta obtener las cifras actuales (35,8%).

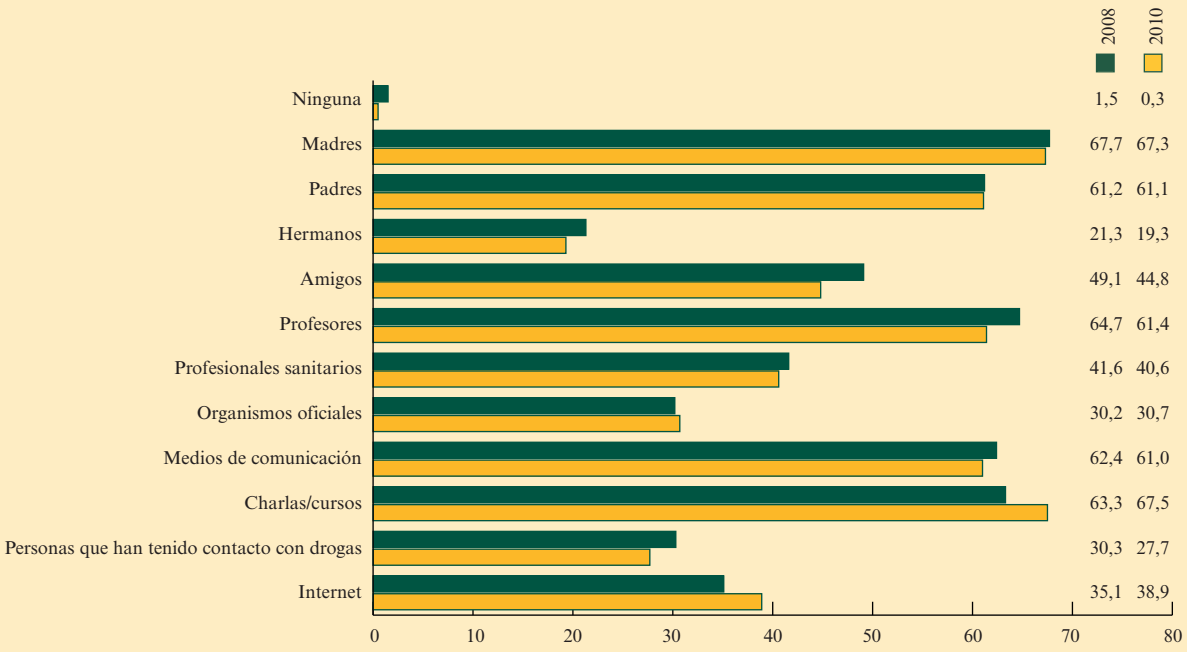
Información sobre drogas recibida

En 2010, una amplia mayoría de los estudiantes (77,2%) se considera suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados, frente al 22,8% que se considera informado a medias o mal informado. No obstante, ha disminuido ligeramente el porcentaje de los estudiantes que dicen sentirse suficiente o perfectamente informados con respecto a 2008 (85,7%) y 2006 (86,5%) y sigue aumentando, desde 2006, el número de los que no se consideran informados adecuadamente (13,4% en 2006, 14,4% en 2008 y 22,8% en 2010).

Con respecto a las diferencias por sexo, los hombres declaran en mayor porcentaje que las mujeres las percepciones extremas, es decir, perfectamente informado y mal informado. Por otro lado, a medida que aumenta la edad de los encuestados, también lo hace la percepción de sentirse "perfectamente informados".

Las vías por las que una mayor proporción de los estudiantes reciben información son las madres y padres, las charlas y cursos, los profesores y los medios de comunicación (Figura 1.2.29). Internet y las charlas y cursos han sido, en 2010, las únicas vías que han visto incrementado, con respecto a 2008, el porcentaje de estudiantes que admite haberlas utilizado para recibir información.

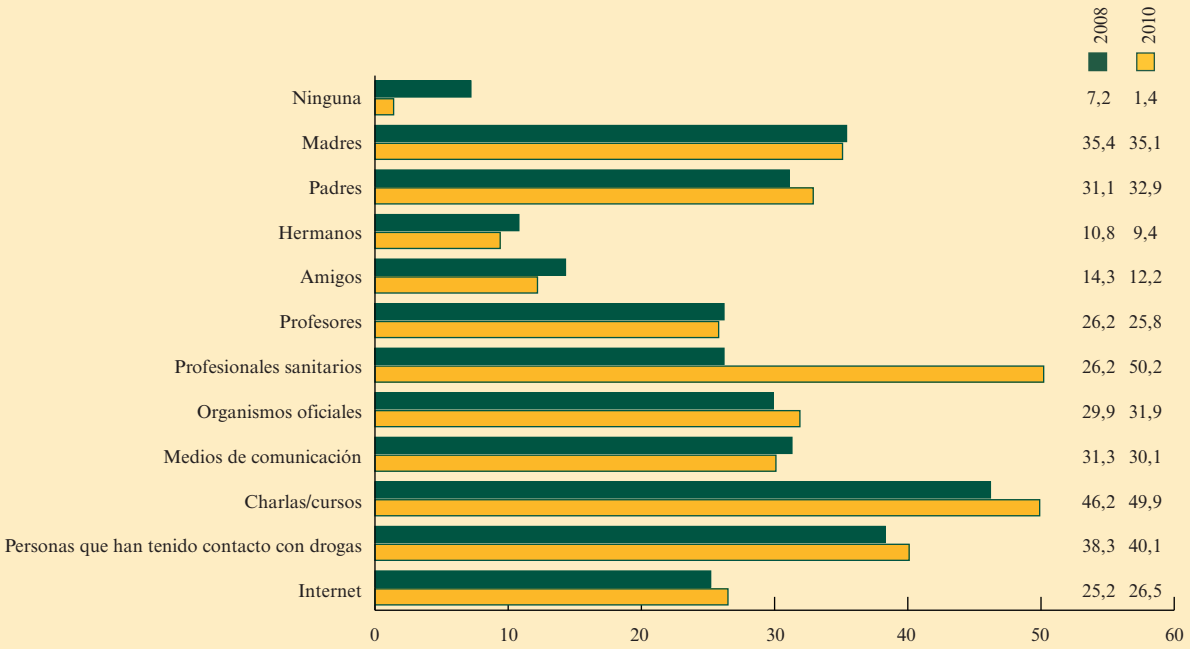
Figura 1.2.29. Evolución de la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que ha recibido información sobre drogas por alguna de las vías mencionadas (porcentajes). España, 2008-2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

En cuanto a las preferencias de los estudiantes sobre cuáles son las vías más apropiadas para recibir información sobre drogas, las opciones preferidas por una mayor proporción de estudiantes, en 2010, son los profesionales sanitarios (que muestra un notable incremento con respecto a 2008), las charlas y cursos, las personas que han tenido contacto con las drogas e Internet. Llama ciertamente la atención que sólo el 12,2% de los estudiantes consideren a sus amigos como una fuente fiable a través de la cual les gustaría recibir información sobre drogas (aunque, de hecho, el 44,8% reconoció haberla recibido a través de esa vía en 2010) y que sólo 1 de cada 4 estudiantes (26,5%) mencione Internet como una vía deseable a través de la que poder informarse sobre drogas (aunque, de hecho, el 38,9% la haya utilizado, en 2010, con este fin). Asimismo, es mínima (1,4%), la proporción de estudiantes que no considera apropiada ninguna de las vías de información propuestas (Figura 1.2.30).

Figura 1.2.30. Evolución de la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que considera las siguientes vías como las más indicadas para recibir información (porcentajes). España, 2008-2010.



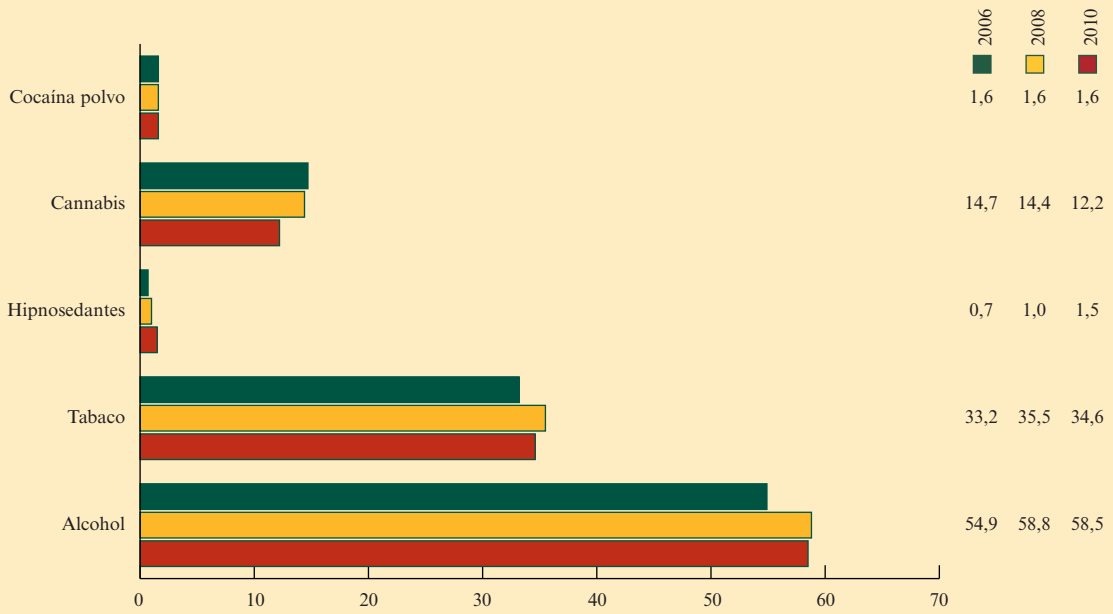
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Entorno personal y social de los escolares: consumo de drogas en el grupo de iguales

El consumo de drogas entre los estudiantes se realiza habitualmente en el contexto del ocio y en grupo. El cuestionario ESTUDES pregunta a los estudiantes sobre qué proporción de los amigos y amigas con los que salen y comparten su tiempo de ocio creen ellos que han consumido las diferentes sustancias psicoactivas que se les proponen, durante los 30 días anteriores a la realización de la encuesta. En 2010, el 58,5% declara que todos o la mayoría de sus amigos consumió alcohol durante ese periodo, resultando ser la sustancia más consumida; el 34,6% para el caso del tabaco y el 12,2% cree que lo mismo para el consumo de cannabis (Figura 1.2.31).

En relación con las diferencias por sexo, las cifras obtenidas muestran cómo las mujeres perciben mayor proporción de consumidores de tabaco y alcohol en su entorno en comparación con los chicos para estas dos sustancias, mientras que los chicos perciben una mayor proporción de consumidores de drogas ilegales en su entorno, en comparación con las chicas (Tabla 1.2.38).

Figura 1.2.31. Evolución del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que opina que TODOS o la MAYORÍA de sus amigos han consumido las siguientes drogas en los últimos 30 días (porcentajes). España, 2006, 2008 y 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

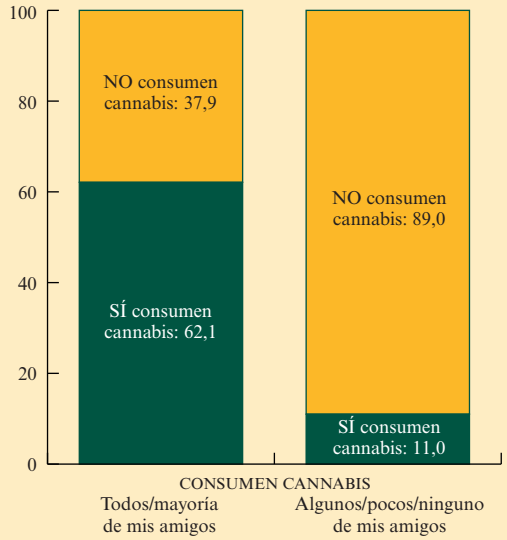
Tabla 1.2.38. Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que opinan que TODOS O LA MAYORIA de sus amigos han consumido las siguientes sustancias en los últimos 30 días según sexo (porcentajes). España, 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Tabaco	32,9	36,2	34,6
Bebidas alcohólicas	57,3	59,6	58,5
Tranquilizantes	1,8	1,2	1,5
Cannabis	13,8	10,5	12,2
Cocaína (polvo)	1,9	1,4	1,6
Heroína	1,6	1,0	1,3
Speed	2,0	1,2	1,5
Éxtasis	1,7	1,1	1,4
Alucinógenos	1,9	1,1	1,5
Inhalables volátiles	1,5	0,9	1,2

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

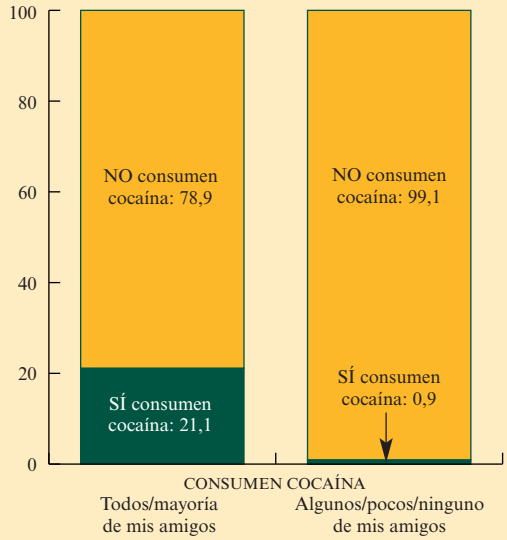
Por otra parte, el consumo en el grupo de iguales es uno de los factores más relacionados con el consumo de drogas entre estudiantes. Como se puede observar en las figuras 1.2.32, 1.2.33, 1.2.34 y 1.2.35, las prevalencias de consumo de las diferentes sustancias psicoactivas (tanto legales como ilegales) entre aquellos estudiantes que tienen la percepción de que todos o la mayoría de sus amigos consumen esas mismas sustancias son muy superiores a las que se registran entre los que tienen la percepción de que tan sólo unos pocos o ninguno de sus amigos las consumen. No obstante, la magnitud de la relación existente está también condicionada por la mayor o menor prevalencia de consumo de cada una de las sustancias consideradas en este grupo de población.

Figura 1.2.32. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010.



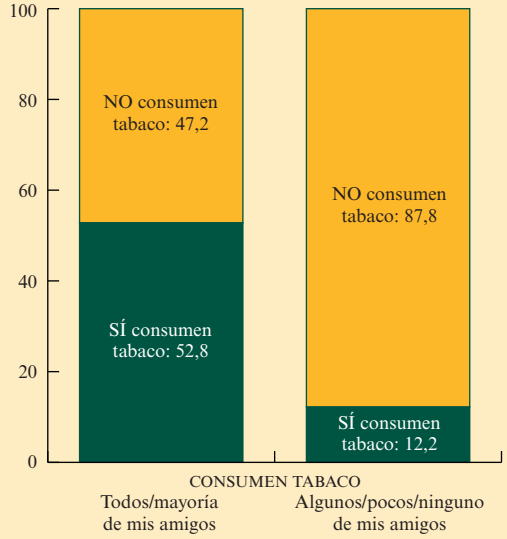
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.33. Prevalencia de consumo de cocaína entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010.



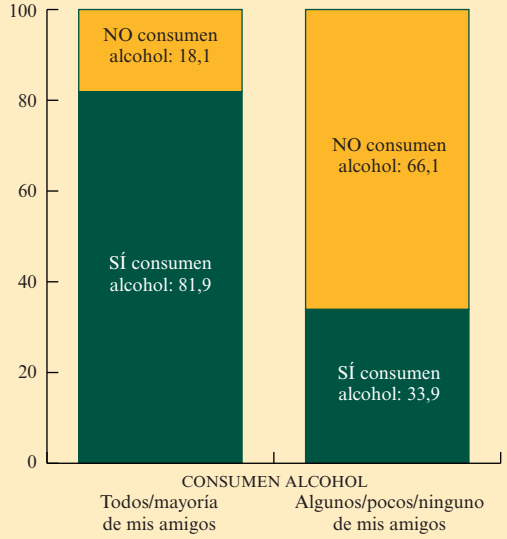
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.34. Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.35. Prevalencia de consumo de alcohol entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Frecuencia de salidas nocturnas y horario de regreso a casa

Tal y como se ha apuntado anteriormente, el consumo de drogas entre estudiantes se realiza principalmente en tiempo y lugares de ocio. Sobre la mayor o menor prevalencia de consumo de drogas tiene influencia el tipo de ocio que se realiza.

El cuestionario de ESTUDES incluye preguntas sobre la frecuencia de salidas nocturnas durante los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta y el horario de regreso a casa de los estudiantes en la última noche de fin de semana en que salieron a divertirse. Estos factores y la percepción de consumo en el grupo de iguales de los encuestados, al igual que ocurrió en ediciones anteriores, aparecen asociados con las prevalencias de consumo.

Horario de regreso a casa en salidas nocturnas y consumo de drogas

Aunque existen otros factores a considerar, la hora de regreso a casa está relacionada con el número y tipo de sustancias consumidas y con la intensidad de su consumo. En general, el uso de psicoestimulantes (cocaína, éxtasis, anfetaminas u otras con efectos similares) tiene como finalidad aumentar la resistencia física, disminuir el cansancio y somnolencia propio de jornadas tan prolongadas, contrarrestar los efectos de otras drogas con efectos depresores (como el alcohol) o ser fuente de nuevas actividades o sensaciones en las etapas finales de las jornadas de fiesta.

En 2010 el 16,5% de los estudiantes llegó a su casa la última noche que salió (fin de semana) antes de las 12 de la noche, el 58,8% lo hizo entre las 12 y las 4 de la madrugada y el 24,7% restante llegó después de las 4 de la madrugada.

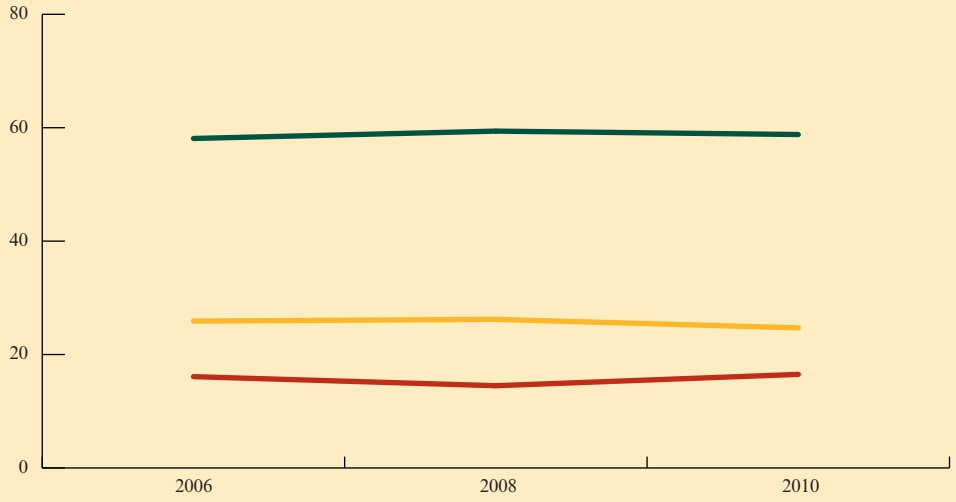
Con respecto a ediciones anteriores de la encuesta ESTUDES, se registra un aumento del porcentaje de chicos y chicas que regresa a casa antes de las 12 y una disminución de los que llegan después de esta hora (Figura 1.2.36).

Por sexos, la Tabla 1.2.39 muestra que las chicas continúan llegando a casa ligeramente más temprano que los chicos cuando salen por la noche, aunque se registran proporciones similares en ambos sexos e incluso mayores en las chicas entre las tres de la madrugada y las ocho de la mañana. En cuanto a los resultados desagregados por edad, se observa, como es habitual, que a mayor edad, la hora de regreso a casa es más tardía (Tabla 1.2.40).

La hora de regreso tiene una relación directa con la edad. Los de 14 años son los que en mayor porcentaje regresan antes de las 12 horas (el 36,3% frente al 3,0% de los de 18 años) en tanto los de 18 años son los que regresan a partir de las 4 de la mañana en mayor número (el 56,9% frente al 6,3% de 14 años).

El análisis de los datos obtenidos en ESTUDES 2010 apunta claramente a la existencia de una relación ente la hora de vuelta a casa, la prevalencia de consumo de cada una de las sustancias psicoactivas consumidas por los estudiantes y, también, del número de sustancias que consumen (policonsumo).

Figura 1.2.36. Evolución de la hora de regreso a casa la última salida del fin de semana en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2006-2010.



	2006	2008	2010
Antes de las 12	58,1	59,4	58,8
Entre las 12 y las 4	25,9	26,2	24,7
Después de las 4	16,1	14,5	16,5

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.39. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias que regresan a casa la última salida de fin de semana en cada una de las franjas horarias señaladas, por sexo. España, 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Antes de las 12 de la noche	15,6	17,4	16,5
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	16,2	16,6	16,4
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	14,2	13,4	13,8
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	13.4	12,7	13,0
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	15,5	15,7	15,6
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	18,9	20,2	19,6
Después de las 8 de la mañana	6,1	4,1	5,1

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

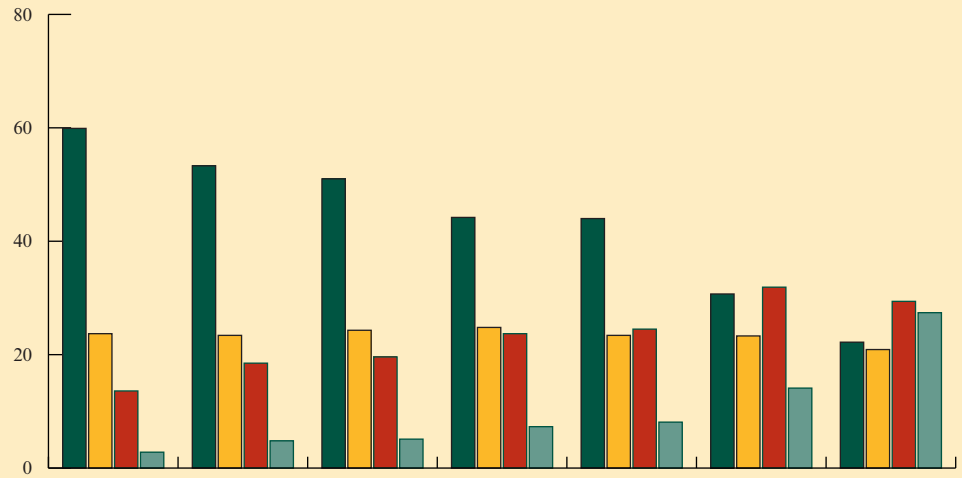
Tabla 1.2.40. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias que regresan a casa la última salida de fin de semana en cada una de las franjas horarias señaladas, por edad. España, 2010.

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Antes de las 12 de la noche	36,3	22,4	11,8	5,8	3,0
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	26,4	21,3	14,9	9,0	6,0
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	14,7	16,3	15,3	10,9	6,1
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	9,8	12,8	15,6	13,5	9,8
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	6,5	14,6	18,2	19,3	18,2
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	4,4	9,0	19,4	34,2	45,4
Después de las 8 de la mañana	1,9	3,6	4,7	7,3	11,5

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

En la Figura 1.2.37 se puede observar cómo a medida que se retrasa la hora de vuelta a casa, aumenta la proporción de jóvenes que consume un mayor número de sustancias.

Figura 1.2.37. Número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) consumidas en el último año entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la hora de regreso a casa en la última salida (porcentajes). España, 2010.



	Antes de las 12 de la noche	Entre las 12 y la 1 madrugada	Entre la 1 y las 2 madrugada	Entre las 2 y las 3 madrugada	Entre las 3 y las 4 madrugada	Entre las 4 madr. y 8 de la mañana	Después de las 8 de la mañana
Una	59,9	53,3	51,0	44,2	44,0	30,7	22,2
Dos	23,7	23,4	24,3	24,8	23,4	23,3	20,9
Tres	13,6	18,5	19,6	23,7	24,5	31,9	29,4
Cuatro o más	2,8	4,8	5,1	7,3	8,1	14,1	27,4

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

La Tabla 1.2.41 refleja la distribución de las prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales en estudiantes de 14 a 18 años, desagregada por tramos de edad.

Tabla 1.2.41. Prevalencia del consumo de drogas legales e ilegales* en el último año según hora de regreso a casa, según edad. España, 2010.

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Antes de las 12 de la noche	32,7	44,1	44,6	36,6	45,0
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	43,5	54,7	59,8	58,5	53,2
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	53,1	67,1	69,1	66,2	81,6
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	57,5	70,7	81,1	78,6	67,3
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	66,4	84,6	83,3	81,7	79,5
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	72,0	85,4	90,1	91,8	91,3
Después de las 8 de la mañana	73,1	84,0	85,9	91,5	96,3

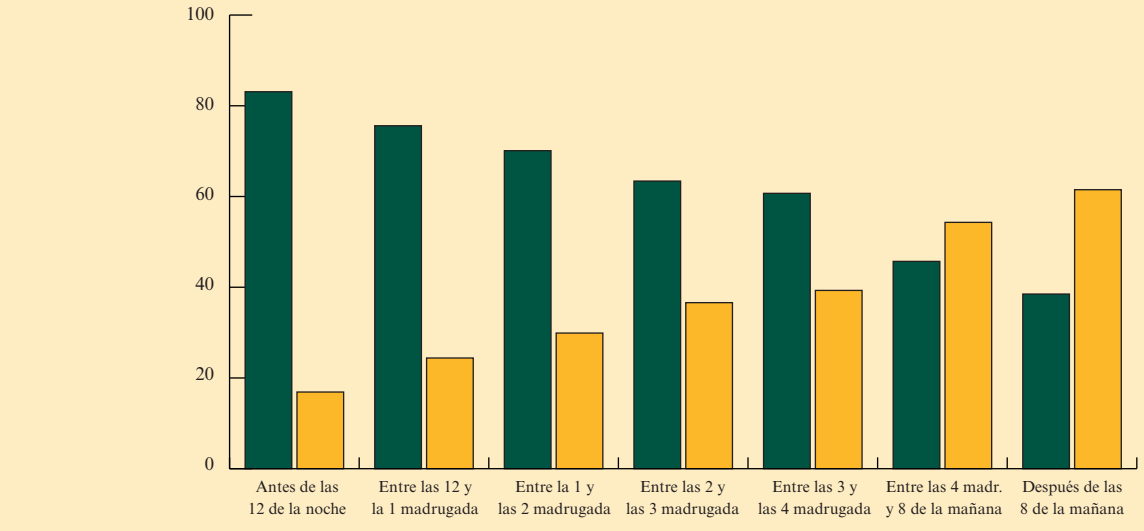
* Sustancias legales: tabaco, alcohol e hipnosedantes. Sustancias ilegales: cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles. No se incluyen las sustancias valoradas en el módulo de nuevas sustancias de ESTUDES 2010.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Además, como se muestra en la Figura 1.2.38, las drogas ilegales van adquiriendo un mayor protagonismo a medida que avanza la noche. Entre los jóvenes que vuelven a casa en cada una de las franjas horarias, la presencia de consumo de drogas ilegales es mayor entre los que vuelven más tarde.

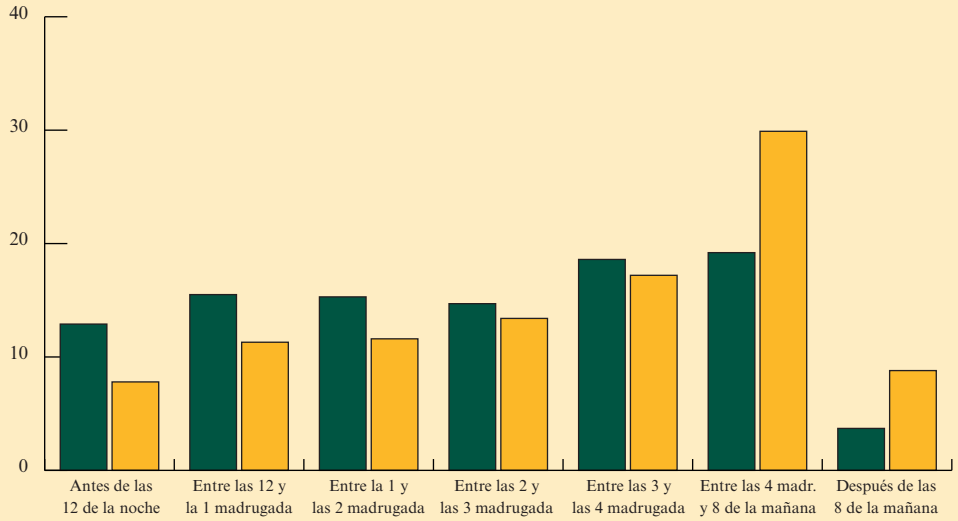
Asimismo, la Figura 1.2.39 muestra que la mayoría de los estudiantes que consumen sólo drogas legales regresa a casa tras una jornada de fiesta antes de las 4 de la madrugada (77%) mientras que sólo el 57% de los estudiantes que consumen drogas legales e ilegales (ambas) llega antes de esta hora. El 76,2% de los que no consumen drogas de ningún tipo llegan a antes de las 2 de la madrugada.

Figura 1.2.38. Consumo de sustancias ilegales (Sí/No) en función de la hora de regreso a casa en la última salida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.39. Hora de regreso a casa en función del tipo de sustancia consumida (sólo legales o sólo ilegales) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010.



	Antes de las 12 de la noche	Entre las 12 y la 1 madrugada	Entre la 1 y las 2 madrugada	Entre las 2 y las 3 madrugada	Entre las 3 y las 4 madrugada	Entre las 4 madr. y 8 de la mañana	Después de las 8 de la mañana
Sustancias legales	12,9	15,5	15,3	14,7	18,6	19,2	3,7
Sustancias ilegales	7,8	11,3	11,6	13,4	17,2	29,9	8,8

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

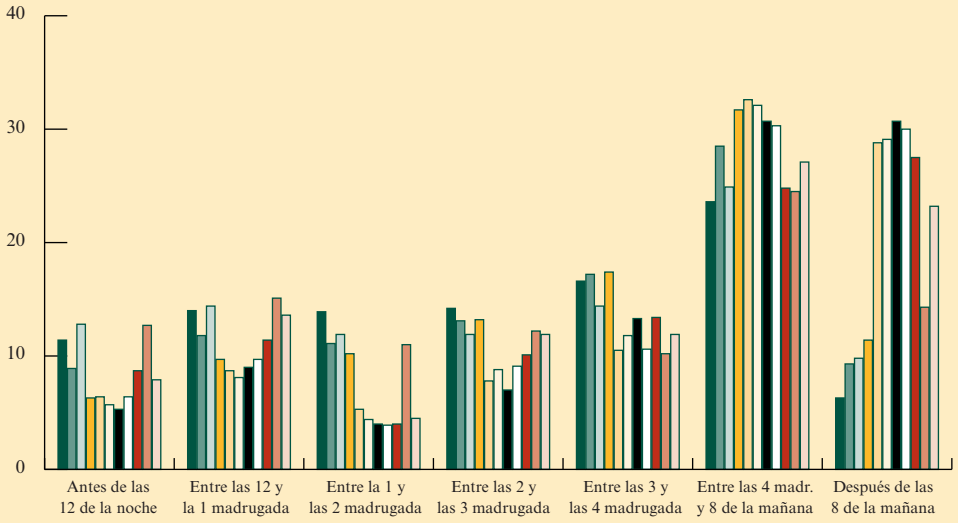
La Figura 1.2.39 sitúa las 4 de la mañana como una hora clave para el cambio en el tipo de consumo de sustancias. Aquellos que consumen sólo drogas legales regresan progresivamente a sus casas a horas más tempranas que los que consumen sólo drogas ilegales.

Con respecto a la influencia de de los patrones intensivos de consumo de alcohol sobre el consumo de otras drogas, es interesante comprobar que la hora a la que con más frecuencia regresan a casa los que realizaron *binge drinking* en el último mes fue las 4 de la madrugada frente a los que consumieron alcohol pero no hicieron *binge drinking,* que regresaron, mayoritariamente, entre las 12 y la 1 de la madrugada.

En la Figura 1.2.40, se observa la variación de prevalencias de consumo de las diferentes drogas legales e ilegales según los chicos y chicas regresen a sus casas tras las salidas nocturnas en una franja horaria u otra. Así, entre aquellos que regresan entre las 4 y las 8, se registra mayor proporción de consumidores de cocaína (32,6%) que entre los que regresan antes de la 12 de la noche (6,4%). Sin embargo, apenas se aprecian diferencias entre la proporción de consumidores de inhalables volátiles entre los que regresan entre las 12 y la 1 (15,1%) y los que regresan entre las 3 y las 4 (10,2%).

No obstante, debe tenerse en cuenta que ello no significa que los estudiantes que consumen cocaína y regresan a casa entre las 4 y las 8 hayan consumido esta sustancia durante esa franja horaria ni que hayan consumido con mayor intensidad sino que, simplemente, entre los que llegan a estas horas, hay una mayor probabilidad de encontrar consumidores de cocaína que en el grupo de los que llegan antes de la 1 de la madrugada.

Figura 1.2.40. Prevalencia de consumo en los últimos 30 días de las diferentes drogas legales e ilegales entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que regresan a casa en las diferentes franjas horarias. España, 2010.



	Antes de las 12 de la noche	Entre las 12 y la 1 madrugada	Entre la 1 y las 2 madrugada	Entre las 2 y las 3 madrugada	Entre las 3 y las 4 madrugada	Entre las 4 madr. y 8 de la mañana	Después de las 8 de la mañana
Alcohol	11,4	14,0	13,9	14,2	16,6	23,6	6,3
Tabaco	8,9	11,8	11,1	13,1	17,2	28,5	9,3
Tranquilizantes	12,8	14,4	11,9	11,9	14,4	24,9	9,8
Cannabis	6,3	9,7	10,2	13,2	17,4	31,7	11,4
Cocaína	6,4	8,7	5,3	7,8	10,5	32,6	28,8
Éxtasis	5,7	8,1	4,4	8,8	11,8	32,1	29,1
Anfetaminas	5,3	9,0	4,0	7,0	13,3	30,7	30,7
Alucinógenos	6,4	9,7	3,9	9,1	10,6	30,3	30,0
Heroína	8,7	11,4	4,0	10,1	13,4	24,8	27,5
Inhalables volátiles	12,7	15,1	11,0	12,2	10,2	24,5	14,3
GHB	7,9	13,6	4,5	11,9	11,9	27,1	23,2

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Frecuencia de salidas nocturnas

En 2010, el 49% de los estudiantes salía al menos una vez a la semana. Esta proporción variaba según la edad, siendo el 37,4% a los 14 años y el 58,8% a los 18 años.

En general, a medida que aumenta la edad, se incrementa también la proporción de estudiantes que realizan un mayor número de salidas nocturnas (Tabla 1.2.42).

En cuanto a las diferencias intersexuales, se registra entre los chicos un mayor número de salidas mensuales que entre las chicas (Tabla 1.2.43). Asimismo, el porcentaje de jóvenes que no sale por las noches se viene manteniendo estable en las últimas ediciones de ESTUDES y, en 2010, alcanza el 11,8%.

El análisis de los datos sobre la frecuencia de salidas nocturnas y la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias psicoactivas muestra claramente cómo la prevalencia de consumo de drogas ilegales aumenta a medida que se incrementa el número de salidas nocturnas mensuales (Figura 1.2.41, 1.2.42 y 1.2.43). A su vez, también es evidente una relación entre la frecuencia de salidas nocturnas y el consumo de drogas legales como tabaco y alcohol (Figuras 1.2.44 y 1.2.45). En la Figura 1.2.45, correspondiente al alcohol, se hace muy evidente cómo la prevalencia de consumo de esta sustancia es la que menos diferencias muestra con respecto a la frecuencia de salidas nocturnas. El alcohol es la sustancia con mayor extensión de consumo en este grupo de población y aunque sí se observan notables diferencias de prevalencia entre los estudiantes que no salen por la noche (15,4%) o salen menos de una noche al mes (39,9%) y el resto de los que salen, el intervalo en el que se sitúan las prevalencias de los que salen una, dos, tres, cuatro o más noches al mes no es muy amplio (entre el 67,4% y 75,7% consumen alcohol). Es decir, para el consumo de alcohol, no se observan grandes diferencias de prevalencia entre los que salen una noche al mes y los que salen 4 ó más noches al mes.

Tabla 1.2.42. Frecuencia de salidas nocturnas (últimos 12 meses) en estudiantes de Enseñanzas Secundarias por edad (porcentajes). España, 2010.

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	Total
Nunca	23,1	13,8	8,3	5,9	6,0	11,8
Menos de una noche al mes	16,4	14,2	12,4	9,6	8,4	12,7
De 1 a 3 noches al mes	23,1	25,9	27,8	27,8	26,8	26,3
1 noche a la semana	15,3	16,6	20,3	21,5	18,3	18,5
2 noches a la semana	15,4	21,8	22,3	26,4	29,8	22,2
3-4 noches a la semana	3,7	4,5	5,3	5,0	5,4	4,7
Más de 4 noches a la semana	3,1	3,3	3,7	3,9	5,3	3,6

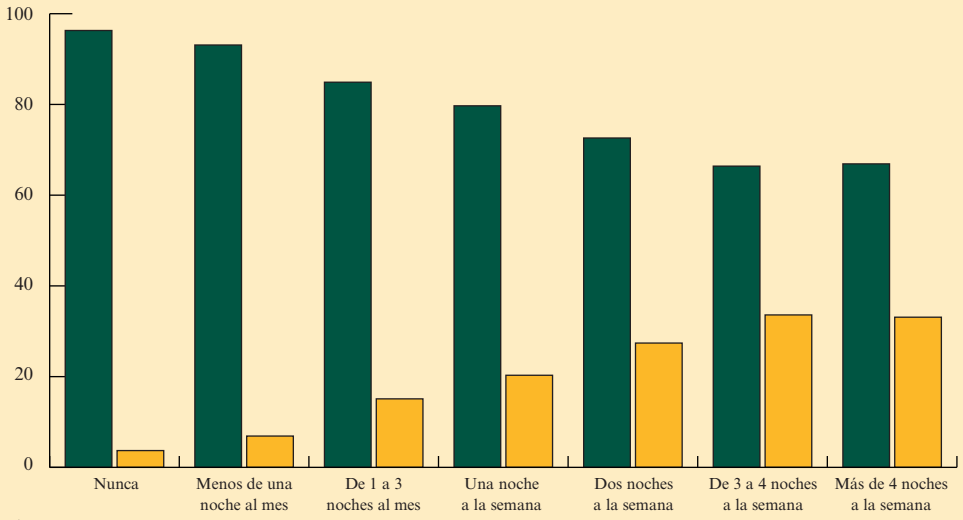
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.43. Frecuencia de salidas nocturnas (últimos 12 meses) en estudiantes de Enseñanzas Secundarias por sexo (porcentajes). España, 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Nunca	10,9	12,7	11,8
Menos de una noche al mes	11,6	13,9	12,7
De 1 a 3 noches al mes	25,5	27,1	26,3
1 noche a la semana	18,8	18,2	18,5
2 noches a la semana	24,3	20,3	22,2
3-4 noches a la semana	5,1	4,4	4,7
Mas de 4 noches a la semana	3,8	3,4	3,6

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.41. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010.

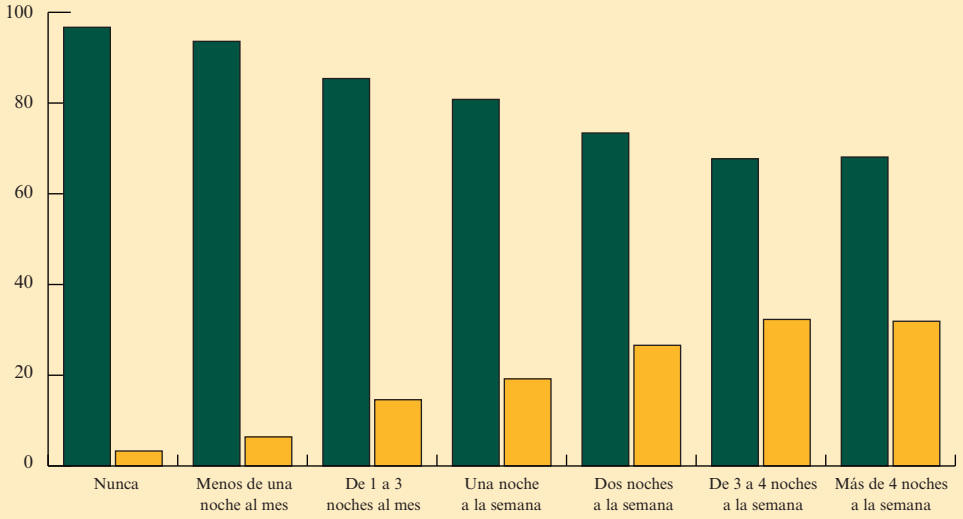


	Nunca	Menos de una noche al mes	De 1 a 3 noches al mes	Una noche a la semana	Dos noches a la semana	De 3 a 4 noches a la semana	Más de 4 noches a la semana
Prevalencia estudiantes que NO han consumido sustancias ilegales	96,3	93,1	84,9	79,7	72,6	66,4	66,9
Prevalencia estudiantes que SÍ han consumido sustancias ilegales	3,7	6,9	15,1	20,3	27,4	33,6	33,1

* Sustancias ilegales: cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables volátiles. No se incluyen las incluidas en el módulo de nuevas sustancias.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

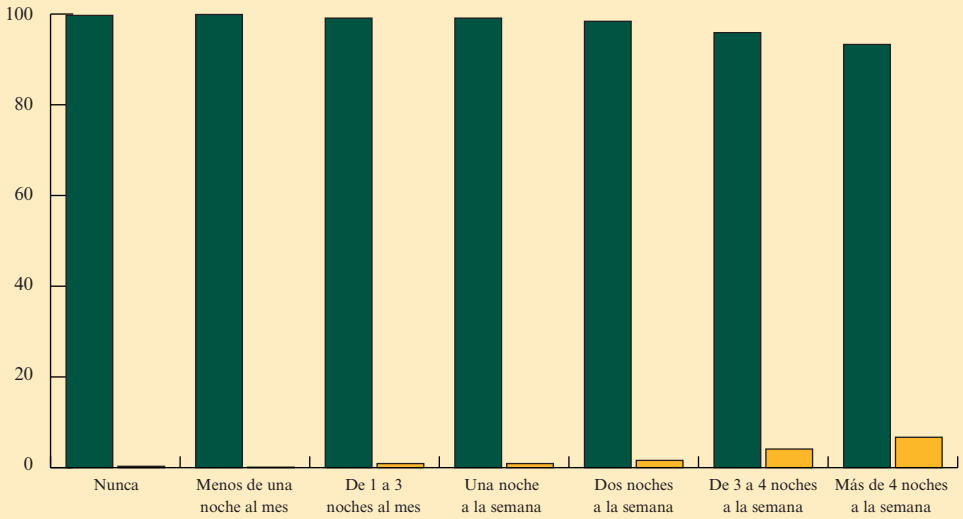
Figura 1.2.42. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010.



	Nunca	Menos de una noche al mes	De 1 a 3 noches al mes	Una noche a la semana	Dos noches a la semana	De 3 a 4 noches a la semana	Más de 4 noches a la semana
Prevalencia estudiantes que NO han consumido cannabis	96,7	93,6	85,4	80,8	73,4	67,7	68,1
Prevalencia estudiantes que SÍ han consumido cannabis	3,3	6,4	14,6	19,2	26,6	32,3	31,9

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

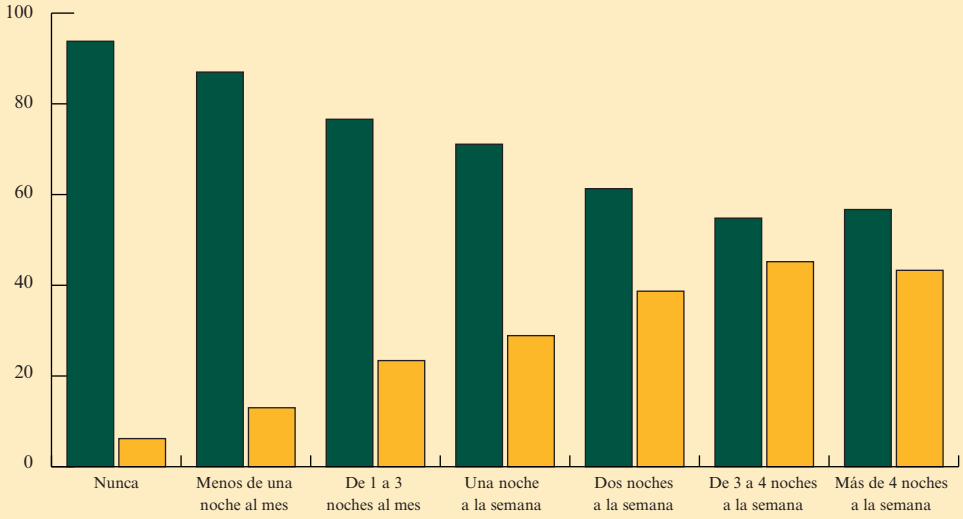
Figura 1.2.43. Prevalencia de consumo de cocaína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010.



	Nunca	Menos de una noche al mes	De 1 a 3 noches al mes	Una noche a la semana	Dos noches a la semana	De 3 a 4 noches a la semana	Más de 4 noches a la semana
Prevalencia estudiantes que NO han consumido cocaína	99,7	99,9	99,1	99,1	98,4	95,9	93,3
Prevalencia estudiantes que SÍ han consumido cocaína	0,3	0,1	0,9	0,9	1,6	4,1	6,7

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

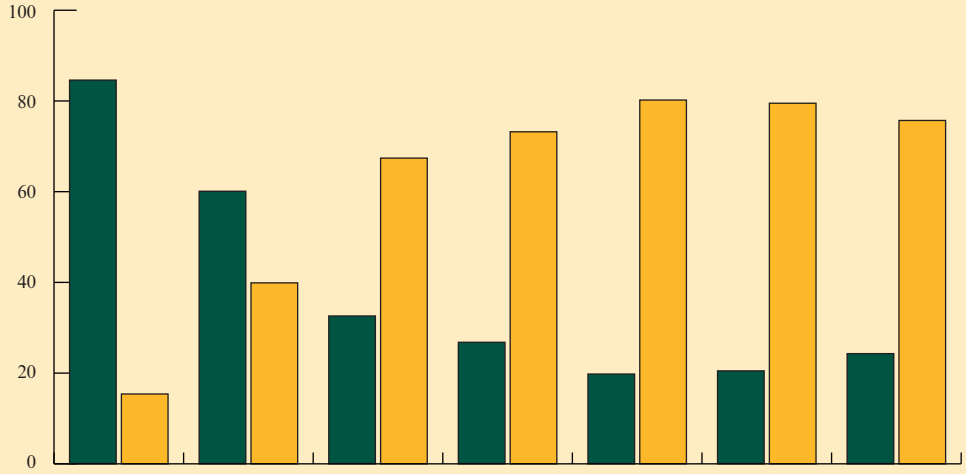
Figura 1.2.44. Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010.



	Nunca	Menos de una noche al mes	De 1 a 3 noches al mes	Una noche a la semana	Dos noches a la semana	De 3 a 4 noches a la semana	Más de 4 noches a la semana
Prevalencia estudiantes que NO han consumido tabaco	93,8	87,0	76,6	71,1	61,3	54,8	56,7
Prevalencia estudiantes que SÍ han consumido tabaco	6,2	13,0	23,4	28,9	38,7	45,2	43,3

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.45. Prevalencia de consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010.



	Nunca	Menos de una noche al mes	De 1 a 3 noches al mes	Una noche a la semana	Dos noches a la semana	De 3 a 4 noches a la semana	Más de 4 noches a la semana
Prevalencia estudiantes que NO han consumido alcohol	84,6	60,1	32,6	26,8	19,8	20,5	24,3
Prevalencia estudiantes que SÍ han consumido alcohol	15,4	39,9	67,4	73,2	80,2	79,5	75,7

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Drogas emergentes

La introducción, por primera vez, de un módulo específico sobre este tipo de sustancias, en la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en España (2010) ha permitido una aproximación a las prevalencias de consumo de estas sustancias y a la percepción del riesgo y disponibilidad que este grupo de población asocia a su consumo.

Las nueve sustancias incluidas en el módulo específico de drogas emergentes son: ketamina, *spice,* piperazinas, mefedrona, nexus (2CB), metanfetamina, setas mágicas, *research chemicals* y *legal highs.*

Prevalencia de consumo

El 3,5% de los estudiantes de 14 a 18 años admitió haber consumido, alguna vez en su vida, una o más de las drogas antes mencionadas e incluidas en el grupo de drogas emergentes. El 2,5% las consumió en alguna ocasión durante el año anterior a ser encuestado y el 1,3% durante el último mes.

Teniendo en cuenta que nos referimos a jóvenes de 14 a 18 años cuyo historial de consumo de sustancias psicoactivas debiera ser breve, es probable que las diferentes referencias temporales (alguna vez en la vida, último año, último mes) puedan coincidir, por lo que los datos reflejados aquí serán los correspondientes al indicador alguna vez en la vida, salvo que se especifique otra cosa.

Por sexo, consumieron el 4,7% de los chicos y el 2,4% de las chicas. Los datos, desagregados por edad, mostraron las mayores prevalencias de consumo a los 18 años (el 6,5% de los estudiantes de 18 años consumió, alguna vez en su vida, una o más de estas sustancias), frente al 5,4% a los 17años, el 3,4% a los 16 años, el 2,6% a los 15 años y el 1,6% a los 14 años. Estas cifras son coherentes con el hallazgo habitual (en este grupo de edad) de mayores prevalencias de consumo de casi todas las drogas a medida que aumenta la edad.

Las prevalencias de consumo en el último mes muestran cifras muy bajas, lo que confirma el carácter esporádico y experimental del consumo de estas sustancias entre los estudiantes de este grupo de edad.

Las sustancias más consumidas, como se observa en la Tabla 1.2.44, son las setas mágicas, el *spice* y la ketamina en todas las referencias temporales. Por sexo, encontramos diferencias significativas ($p<0,001$) en el consumo de todas las sustancias, observándose mayores prevalencias de consumo en los chicos, para todas las sustancias y todas las referencias temporales.

Tabla 1.2.44. Prevalencias de consumo de drogas emergentes, entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010.

	Prevalencia de consumo alguna vez en la vida	Prevalencia de consumo en el último año	Prevalencia de consumo en el último mes
Ketamina	1,1	0,8	0,4
Spice	1,1	0,8	0,5
Piperazinas	0,4	0,3	0,2
Mefedrona	0,4	0,3	0,2
Nexus (2CB)	0,5	0,3	0,2
Metanfetamina	0,8	0,6	0,4
Setas mágicas	2,1	1,6	0,7
Research chemicals	0,4	0,3	0,2
Legal highs	0,7	0,6	0,5

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Percepción de riesgo

Los datos referentes a la percepción del riesgo asociado al consumo de cada una de las sustancias consideradas muestran, como era de esperar, que los encuestados asocian siempre un mayor riesgo a los consumos habituales (una vez a la semana o más frecuentemente) que a los esporádicos (una vez al mes o menos frecuentemente) para cualquiera de las sustancias consideradas. Además, los datos de ESTUDES 2010 descubren un aspecto especialmente interesante y es que entre un 40 y un 50% de los encuestados reconocen no poder atribuir un riesgo determinado al consumo de las sustancias por las que se les pregunta, lo que indica, muy probablemente, que no conocen la sustancia o que, conociéndola, desconocen los efectos y consecuencias de su consumo. Esta información resulta clave a la hora de diseñar y orientar las intervenciones preventivas.

Entre aquellos que sí son capaces de asignar un riesgo determinado a su consumo, el 85% de los encuestados considera que el consumo habitual de cualquiera de las nuevas sustancias podría producir bastantes o muchos problemas de salud. El 70% opina lo mismo con respecto al consumo esporádico.

El análisis de la percepción del riesgo en función de si el encuestado reconoce ser consumidor o no, deja ver cómo la percepción de riesgo asociada al consumo de cualquier sustancia es siempre menor entre los que consumen que entre los que no lo hacen ($p<0,05$). En general, los consumidores de cada una de las sustancias son los que valoran como menos peligroso su consumo, independientemente de que éste sea habitual o esporádico. Así, entre los consumidores que asignan un riesgo determinado a

su consumo, el 75% considera que el consumo habitual produce bastantes o muchos problemas (frente al 85% que lo considera así en el grupo total de encuestados, sean o no consumidores) y sólo el 55% opina lo mismo con respecto al consumo esporádico (frente al 70% del total de encuestados, sean o no consumidores).

Resulta llamativo que, sin embargo, un alto porcentaje de consumidores desconozcan los problemas de salud que puede ocasionar la sustancia que están consumiendo. Por ejemplo, casi la quinta parte (19,5%) de los que han consumido ketamina no sabe asignar un riesgo determinado a su uso de manera esporádica. Aproximadamente la cuarta parte (23,9%) de los consumidores de *spice,* más de un tercio de los consumidores de piperazinas (35,3%), el 30,3% de los consumidores de mefedrona, el 28,7% de los consumidores de nexus, el 23,2% de los consumidores de metanfetaminas, el 22,6% de los que consumen setas mágicas, el 28,8% de los que consumen *research chemicals* y el 31,3% de los que consumen *legal highs* muestran una situación similar. Los resultados apenas si difieren cuando se evalúa, entre los consumidores, la percepción de riesgo asociada al consumo habitual.

Disponibilidad percibida

Con respecto a la dificultad percibida por los estudiantes de 14 a 18 años para adquirir las diferentes sustancias que se incluyen en este módulo (disponibilidad percibida), más del 50% de los jóvenes encuestados no son capaces de expresar la facilidad o dificultad para conseguir estas sustancias, algo esperable teniendo en cuenta la edad de los jóvenes y la novedad de las sustancias en el mercado.

Entre los jóvenes que sí opinan sobre la mayor o menor disponibilidad de estas sustancias, las drogas que se señalan como más difíciles de conseguir son el nexus, la mefedrona y las piperazinas. El 69,5% de los jóvenes manifiesta que le sería difícil o prácticamente imposible conseguir nexus, al 69,1% le resultaría difícil o prácticamente imposible conseguir mefedrona y al 68,5% le sería difícil o prácticamente imposible conseguir piperazinas. Las sustancias más fácilmente accesibles para este grupo de edad son las setas mágicas (el 50,3% de los encuestados afirma que le sería fácil o muy fácil conseguirlas), seguidas de ketamina y *spice* (el 40,2% de los estudiantes considera que tendría pocos problemas para conseguir ketamina y el 39,8% considera que tendría pocos problemas para conseguir *spice).*

Para todas las sustancias consideradas, los consumidores señalan mayor facilidad para conseguirlas que los no consumidores, observándose diferencias significativas ($p<0,001$) en función de ser o no consumidor.

Entre aquellos que consumen cada una de las sustancias valoradas, son las piperazinas las que más dificultad de obtención muestran entre los que las consumen (el 24,5% de los consumidores de piperazina manifiesta que le resulta difícil conseguirlas). Las setas mágicas son, sin embargo, las sustancias consideradas como más fáciles de conseguir tanto para los consumidores de las mismas como para los no consumidores.

Policonsumo en consumidores de drogas emergentes

Los datos obtenidos a partir de la encuesta ESTUDES 2010 permiten también obtener información sobre los consumidores de drogas emergentes con respecto a los consumos de otras drogas lícitas e ilícitas. En términos generales, el consumo de drogas ilegales es significativamente superior entre los consumidores de drogas emergentes en comparación con aquellos que no las consumieron. Así, el 91% de los consumidores de drogas emergentes utilizó sustancias ilegales frente al 41,7% de los no consumidores de drogas emergentes ($p<0,001$).

De igual modo, entre los usuarios de drogas emergentes se registró mayor prevalencia de consumo de alcohol en atracón (el 86,9% de los que consumieron drogas emergentes en el último mes hicieron *binge drinking* durante el mismo periodo, frente al 66,1% entre aquellos que no consumieron drogas emer-

gentes (p<0,001)); mayor prevalencia de borracheras (92,2% de los que consumieron drogas emergentes alguna vez en su vida, también se emborracharon alguna vez en su vida, frente al 57,4% entre los que no consumieron drogas emergentes) y mayor prevalencia de consumo de alcohol (96,4% de los que consumieron drogas emergentes alguna vez en su vida habían probado, al menos, el alcohol, frente al 74,3% entre los que nunca habían consumido drogas emergentes).

El 90,2% de los que consumieron drogas emergentes en el último año consume también alcohol de forma regular (alguna vez en el último mes), el 19,4% consumió éxtasis durante el mismo periodo (último año) y el 23% puede considerarse consumidor habitual (alguna vez en el último mes) de cocaína (en polvo). Sin embargo, sólo el 3,8% de los jóvenes de 14 a 18 años que han consumido alguna vez en la vida nuevas sustancias, no ha consumido ninguna otra sustancia ilegal ni alcohol.

En cuanto al consumo de algunas de las drogas emergentes no sometidas a control legal *(spice, legal highs,* etc.) con el fin de imitar o sustituir con su consumo los efectos de las drogas ilegales, en España, por ejemplo, el 70,4% de los que habían consumido *spice* alguna vez en la vida, había consumido también cannabis en el último mes. Esta cifra parece lógica por cuanto los cannabinoides sintéticos que contiene el *spice* producen efectos similares a los del cannabis y su adquisición y consumo son, hasta el momento, legales. Una encuesta realizada en 1.463 estudiantes de 15 a 18 años en Alemania obtuvo un porcentaje muy similar (alrededor del 65%) de consumidores de *spice* que, a su vez, consumían cannabis regularmente (último mes).

En 2011 y en este grupo de edad (14 a 18 años), las drogas emergentes no parecen constituir un problema fundamental en el ámbito del consumo de drogas en España sino que, más bien, son objeto de consumos esporádicos y de "acompañamiento" a los consumos de las drogas de abuso más clásicas y de mayor extensión en nuestro país (alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis, etc.).

La información obtenida a través de otras fuentes como sitios web, foros, chats, etc. apuntan a que estas drogas emergentes podrían estar más extendidas en un grupo de consumidores de mayor edad e historial de abuso de drogas más prolongado que buscan experimentar nuevas sensaciones y evitar los controles legales a los que se encuentran sometidas las drogas ilegales clásicas.

A pesar de que, hasta hace muy poco, no ha sido posible disponer de datos sobre la prevalencia de drogas emergentes en el ámbito internacional (con la excepción de los datos aquí mostrados a partir de la encuesta ESTUDES 2010 en España y algunos estudios de muestra más reducida, en grupos y entornos de riesgo que han sido ya mencionados en este mismo capítulo), la Comisión Europea ha presentado recientemente los resultados de una encuesta sobre jóvenes y drogas ("Actitudes de los jóvenes hacia las drogas"), como continuación a otras tres encuestas con contenido similar realizadas en 2002, 2004 y 2008. Esta última edición (2011) ha incluido algunas preguntas relacionadas con las experiencias y actitudes de los jóvenes frente a las llamadas "nuevas sustancias".

La muestra estuvo constituida por 12.000 jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 24 años, procedentes de los 27 Estados Miembros de la Unión Europea. Según esta encuesta, algo menos del 5% de los encuestados reconoció haber consumido "nuevas sustancias" en alguna ocasión durante su vida. No obstante, esta cifra fue más elevada (en torno al 10-15%) en Reino Unido, Polonia, Letonia e Irlanda. Las cifras obtenidas, sin embargo, han de ser valoradas con cautela ya que la categoría de "nuevas sustancias" engloba un amplio abanico de sustancias que varía según cada Estado Miembro, por lo que la comparabilidad de los datos obtenidos en los distintos países, y de éstos con los obtenidos en otros estudios y encuestas como de la que aquí se informa (ESTUDES 2010) se ve claramente afectada.

En cuanto a las formas de acceso a dichas sustancias, aproximadamente, la mitad de los jóvenes europeos encuestados (54%) afirmaron haberse iniciado a través de los amigos, a una tercera parte le fueron ofrecidas estas sustancias en fiestas o clubs, el 30% las adquirió en establecimientos especializados y sólo el 7% las consiguió a través de Internet.

1.3. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE HEROÍNA Y COCAÍNA EN ESPAÑA

El conocimiento de la prevalencia y la incidencia del consumo problemático de distintas sustancias entendiendo como tal el consumo de forma continuada, intensa o inyectada (definición utilizada por el Observatorio Europeo de la Drogas y las Toxicomanías, en revisión en la actualidad), es útil para el diseño y evaluación de programas de salud que se llevan a cabo.

Sin embargo, existen muchas limitaciones metodológicas para obtener directamente esta información a partir de encuestas poblacionales. Una alternativa es realizar estimaciones a partir de indicadores de problemas de drogas basados generalmente en los consumidores atendidos en determinados servicios. Esta opción es de interés creciente para estimar las tendencias de la incidencia (nuevos consumidores) de consumo problemático de heroína y cocaína fundamentalmente, al objeto de conocer la dinámica de las epidemias de consumo y evaluar la adecuación de las intervenciones desarrolladas.

Consumidores problemáticos de heroína

En España, esta aproximación dirigida al estudio de la incidencia, se ha venido haciendo a partir de un trabajo desarrollado por Sanchéz-Niubó y colaboradores publicado en la revista *Addiction* en 2009[1]. El trabajo concluye que la máxima incidencia de consumo problemático de heroína inyectada en nuestro país pudo producirse hacia 1980, con un rápido descenso posterior, en tanto que la vía pulmonar (fumada) no llegó a alcanzar cifras tan altas como el consumo por vía inyectada, y se mantuvo en su primer nivel (meseta) durante toda la década de los ochenta, para comenzar a descender a principios de los noventa.

Las estimaciones que se realizan en la actualidad nos confirman que la prevalencia de consumidores problemáticos de heroína llegó a su máximo en España a principios de los años noventa con más de 150.000 consumidores, descendiendo en los años posteriores.

La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) no permite una captación muestral adecuada de los consumidores de heroína en nuestro país, por lo que resulta prácticamente imposible obtener directamente estimaciones fiables de la proporción de consumidores que han iniciado tratamiento para aplicar el método multiplicador de tratamiento.

Para superar esta dificultad las estimaciones se calculan a partir de los datos obtenidos de tres fuentes básicas de información: 1) encuesta EDADES 2007, aplicando el método nominativo, para lo cual se preguntó a los entrevistados si conocían consumidores de heroína, y para cada uno de los conocidos, si sabían si habían iniciado o no tratamiento por dependencia de esta droga en el último año; 2) indicador tratamiento al que se aplica el factor multiplicador obtenido a partir del método nominativo de la encuesta más el porcentaje de pacientes en mantenimiento con opioides (TMO) que han consumido en los últimos 12 meses y 3) la facilitada por las comunidades autónomas a partir del total de consumidores atendidos en sus centros ambulatorios, considerando que el indicador tratamiento sólo recoge una admisión a tratamiento anual por paciente (Tabla 1.3.1).

La estimación para 2009 alcanza la cifra de 96.624 consumidores problemáticos de heroína que, comparada con la obtenida para 2008 (93.027), supone un incremento del 3,72% (Figura 1.3.1).

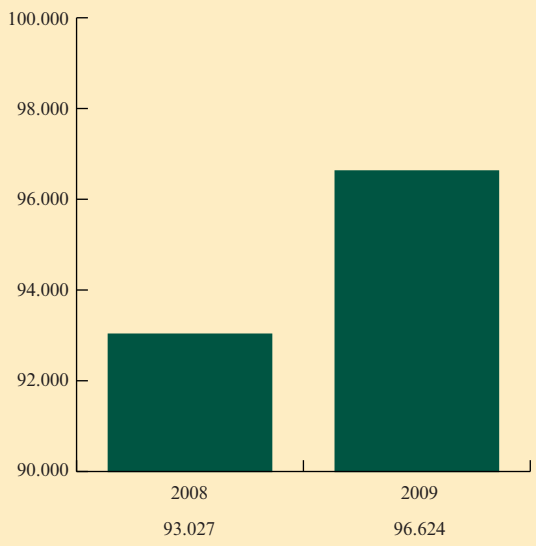
1. Sánchez-Niubó A, Fortiana J, Barrio G, Suelves JM, Correa JF, Domingo-Salvany A. Problematic heroin use incidente trends in Spain. *Addiction* 2009; 104(2):248-255.

Tabla 1.3.1. Estimación de la prevalencia de consumidores problemáticos de heroína. España, 2009.

EDADES. Método nominativo	46%
TMO con consumo de heroína en los últimos 12 meses (estimación 40%)	31.124
CCAA. Total atendidos en centros ambulatorios (estimación consumo de heroína y factor multiplicador)	65.500
Estimación global	**96.624**

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

Figura 1.3.1. Consumo problemático de heroína. Estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2008-2009.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

Cabe destacar, sin embargo, que este pequeño incremento de consumidores problemáticos se produce a pesar de que, en 2009, se constata una disminución real en números absolutos de los admitidos a tratamiento por heroína y también en el peso (%) que los admitidos a tratamiento por heroína suponen en el total de los admitidos a tratamiento por consumo de drogas en España en 2009. El aumento de la estimación de consumidores problemáticos de heroína se debería, por tanto, al aumento de la cifra de pacientes tratados por drogas en centros ambulatorios en España, apoyando la accesibilidad a los tratamientos existente.

Es preciso reseñar algunos elementos que intervienen en la valoración de estas cifras. En primer lugar, pueden estar infraestimadas teniendo en cuenta que se refieren a consumidores que fueron tratados sólo en centros públicos o financiados con fondos públicos. Aún así, queda patente la evolución global asumiendo que la proporción de consumidores no observados es constante y teniendo en cuenta que en España la accesibilidad al sistema público o concertado está muy extendida y arraigada en la población. En segundo término, la magnitud de la incidencia estimada puede estar sesgada porque el modelo empleado requiere que el período de latencia sea estable en todos los años de estudio y en el caso de la heroína la ampliación de los programas de mantenimiento con metadona a principios de los noventa debió provocar cambios en las pautas de solicitud de tratamiento. Además, cuando se comparan las tasas entre comunidades autónomas, debemos suponer que los registros de información son consistentes entre las mismas, lo que en algunos casos puede no ser cierto. Será necesario continuar realizando estas estimaciones en el futuro con un mayor volumen de casos para conocer mejor la evolución del fenómeno.

Por lo que respecta a la estimación del número de inyectadores de heroína, una parte concreta del consumo problemático, utilizando los datos derivados de: 1) EDADES y los inyectadores nominados;

2) indicador de tratamiento una vez aplicado el factor multiplicador obtenido en la encuesta más el número de inyectadores que estando en tratamiento de mantenimiento con opioides se han inyectado en los últimos 12 meses, nos encontramos con una estimación global de 14.042 inyectadores de drogas recientes, en los últimos 12 meses (Tabla 1.3.2).

Tabla 1.3.2. Estimaciones del número de inyectadores de heroína. España, 2009.

EDADES método nominativo	43%
Indicador tratamiento con factor multiplicador	8.751
TMO con consumo de heroína por vía inyectada en los últimos 12 meses (17%)	5.291
Estimación global	**14.042**

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

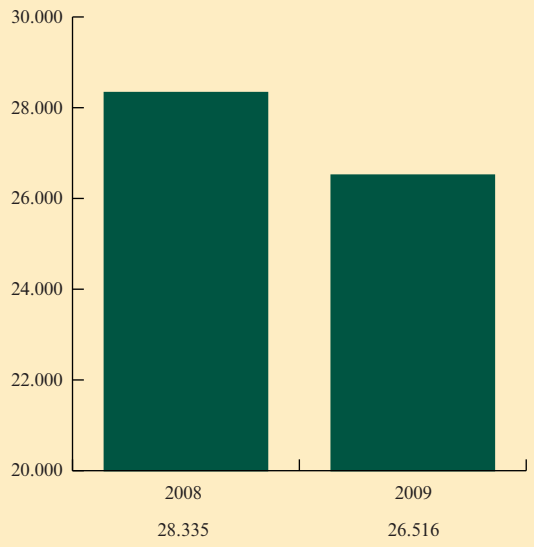
Teniendo en cuenta que en 2008 la cifra estimada fue de 23.594, se ha producido un descenso del 40% en el número estimado de inyectadores de drogas. Esta caída se debe, por un lado, a la disminución, en 2009, del número de admitidos a tratamiento por drogas que admitieron haber utilizado la vía inyectada durante los 12 meses anteriores a ser admitidos (4.546 en 2008 a 3.763 en 2009, que supone un 17% menos) y, por otro, a que el peso que supone la vía inyectada ha disminuido para todos los consumidores de heroína en general y en particular en el grupo de los considerados *"olders"* (consumidores con edades superiores a 39 años y de larga evolución) y entre aquellos que reciben tratamiento sustitutivo con opiáceos (TMO).

En 2009, el porcentaje de uso de vía inyectada entre los que reciben TMO es similar al que se observa tanto entre el total de los admitidos a tratamiento por heroína como entre el grupo de *"olders"* y que es del 17%.

Cuando en vez de utilizar el número de inyectadores admitidos a tratamiento se utilizó el número estimado de inyectadores que realizó algún tratamiento por abuso o dependencia drogas en 2009 (7.369 personas), se obtuvo una estimación de 26.516 inyectadores recientes.

Las cifras, así calculadas y con respecto a las obtenidas para 2008 (28.335), muestran un descenso del 6,4% que, está en línea con el menor número de admitidos a tratamiento por heroína en 2009 y con el descenso, en general, del uso de la vía inyectada para el consumo de drogas (Figura 1.3.2).

Figura 1.3.2. Estimación del número de inyectadores de heroína. España, 2008-2009.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

Consumidores problemáticos de cocaína

Siguiendo la misma metodología apuntada para el estudio de los consumidores problemáticos de heroína, el factor multiplicador encontrado a partir del método nominativo (aquellos que habían iniciado un tratamiento por abuso o dependencia de esta droga en los últimos 12 meses) en la encuesta EDADES 2007 fue del 3%, que, aplicado a los 23.132 admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína en España en 2009, conduce a una cifra de consumidores problemáticos muy elevada, que podría sobreestimar la cifra real. La razón está probablemente en que, en el caso de la cocaína, transcurre mucho tiempo entre el inicio del consumo y el inicio del tratamiento, por lo que no sería correcto aplicar la tasa anual de tratamiento de un 3% a los consumidores de 2009.

Sin embargo, se pueden realizar distintas estimaciones por el método directo a partir de EDADES 2009 (extrapolación directa de las cifras de prevalencia de consumo), con lo que se obtienen cifras más bajas que, aunque puedan estar subestimadas por una cierta ocultación de los consumos más intensivos, al menos se puede considerar que representan un mínimo.

Es complicado decidir qué criterios utilizar para considerar problemático un patrón de consumo de cocaína sólo en virtud de las características de éste, ya que es bien sabido que muy diferentes tipos de combinaciones entre la intensidad del consumo en cada ocasión, la frecuencia con que se realizan los consumos, la edad a la que se consume, las otras sustancias psicoactivas con las que se mezcla y los diferentes sustratos patológicos de quienes las consumen pueden ocasionar problemas a los consumidores.

Como punto de partida, y en el contexto de la información disponible en EDADES 2009, consideraremos consumidor problemático a aquel que dice haber consumido 30 ó más días en el último año y/o 10 ó más durante el último mes. En 2009, según EDADES, había en España 126.522 consumidores de cocaína que habían consumido 30 ó más días en el último año y 33.406 personas que habían consumido 10 ó más días durante el último mes, de los que para evitar repetición de casos deben excluirse 29.519 que cumplieron ambos requisitos (consumo 30 ó más días en el último año y 10 ó más días en el último mes). La cifra total estimada de consumidores problemáticos de cocaína sería de 130.409.

Se valoró también la posibilidad de ajustar esta cifra tomando en consideración el mayor o menor número de años desde que cada consumidor inició el consumo de cocaína, pero la encuesta EDADES no incluye información que permita asumir que los consumidores han consumido la droga de forma mantenida durante ese intervalo temporal, por lo que esta variable, finalmente, no resultó útil ni fue incluida en el cálculo de la estimación.

Además del tiempo de consumo mantenido y desde un punto de vista de Salud Pública, parece también importante tomar en consideración los consumos en las edades más tempranas. Así, se realizó una estimación paralela, considerando consumidores problemáticos a todos aquellos con edades menores o iguales a 20 años (edad aproximada en que se completa la maduración del SNC) que habían consumido cocaína 10 ó más días en el último año y, al menos, de 1 a 3 días en el último mes. En EDADES fueron así tipificados 14.544, representando el 17,4% de los consumidores de cocaína en ese intervalo de edad en los últimos 12 meses.

A éstos habría que añadir aquellos consumidores de más de 20 años de edad que consumieron 30 ó más días en el último año y/o 10 ó más días en el último mes (125.981) asumiendo teóricamente que aquéllos que, por edad cronológica suficiente, hubiesen completado su maduración psicofísica, serían menos susceptibles que los más jóvenes a sufrir daños derivados del consumo de cocaína. Según esta hipótesis, en 2009, se registrarían un total de 140.525 consumidores de cocaína.

Considerando las limitaciones de los métodos utilizados para realizar las estimaciones referidas a la prevalencia, y las numerosas asunciones que hay que realizar, los resultados de los ejercicios anteriores han de tomarse y utilizarse con mucha cautela.

Datos sobre consumidores problemáticos de otras fuentes distintas a las del indicador tratamiento

Los datos de consumidores problemáticos de drogas procedentes de urgencias hospitalarias se describen en el apartado *Indicador urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas,* en el capítulo 2 de este Informe.

Consumos intensivos de drogas, frecuentes a largo plazo y otras formas de consumo problemático

En la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006, dirigida a los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años se seleccionó una submuestra y se introdujeron tres escalas destinadas a evaluar la dependencia y el consumo problemático de cannabis. El propósito fue más metodológico que realizar una estimación válida de la prevalencia de consumo problemático de cannabis. Los resultados de este trabajo, realizado en colaboración con el EMCDDA, se muestran en una publicación conjunta de ambas instituciones[2].

España participó, de nuevo, en colaboración con el EMCDDA, en un estudio para valorar la adecuación y utilidad de diversas escalas de consumo problemático de cannabis en la población adolescente de 14 a 18 años (encuesta ESTUDES 2010) que serán publicados próximamente.

2. Klempova D, Sánchez A, Vicente J, Barrio G *et al. Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años: validación de escalas.* Estudio colaborativo entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

2 Problemas relacionados con las drogas

2.1. INDICADOR ADMISIONES A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, 1991-2009

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

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

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

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

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

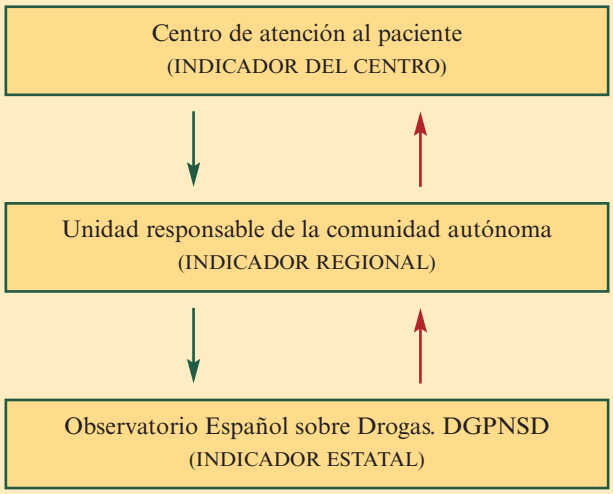
No se notifican como admisiones a tratamiento: 1) Los meros contactos personales o telefónicos para pedir información o tratamiento, ni las demandas que pasan a la lista de espera. 2) Los contactos con el único fin de solicitar ayudas o prestaciones sociales. 3) Los tratamientos con el único objetivo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

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

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

En cuanto al circuito de recogida y transmisión de información, los centros de tratamiento seleccionan los episodios de admisión a tratamiento y los notifican como un registro individualizado a las unidades autonómicas en papel o en formato electrónico. En las unidades autonómicas se validan y depuran los datos y se extraen los casos que han de enviarse a la unidad estatal separando los episodios repetidos dentro del año. El envío se realiza como un fichero electrónico agregado. En la unidad central se recibe la información, se ajusta la estructura de los ficheros, que no siempre es la misma, se vuelven a validar y depurar los datos, y se tabula y analiza la información (Figura 2.1.1).

Figura 2.1.1. Circuito de información. Indicador tratamiento. España.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

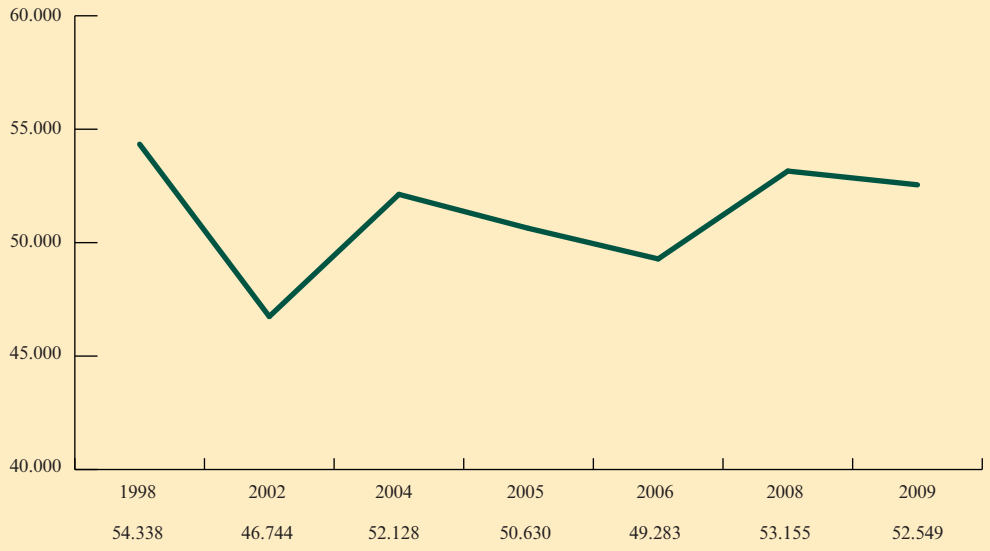
Se dispone de un programa informático del indicador que usan la mayoría de las comunidades autónomas y permite grabar los datos con una serie de controles lógicos y de rango, separar los episodios repetidos y exportar los datos en un formato adecuado para su envío a la unidad estatal.

Para interpretar los datos del indicador de forma adecuada, hay que tener en cuenta que, aunque en sus elementos básicos han permanecido estables a lo largo de su andadura y, por lo tanto, se pueden elaborar estadísticas comparables en el tiempo, el indicador ha sufrido tres modificaciones desde 1987. Hasta 1990 sólo se recogía información sobre opioides o cocaína. Además, no era posible conocer si la persona admitida a tratamiento había sido tratada previamente por la misma droga principal (la que motiva el tratamiento) o era su primer tratamiento en la vida, ni cuál era la vía de administración principal de dicha droga. Por ello, en 1991 se introdujeron algunas modificaciones que permitieron solventar estas dos últimas limitaciones y, en 1996, entraron en vigor otras, consistentes básicamente en recoger información sobre las admisiones provocadas por cualquier sustancia psicoactiva (excluyendo el tabaco y alcohol) y no sólo por opioides o cocaína, e incluir por primera vez variables para conocer el nivel de estudios, la situación laboral principal en los 30 días previos al tratamiento, el tiempo transcurrido desde la última inyección de una sustancia psicoactiva, y el estado serológico frente a VIH. Finalmente, en 2003 entró en vigor un nuevo protocolo metodológico del indicador admisiones a tratamiento, elaborado con el fin de adaptarlo al estándar europeo TDI (Treatment Demand Indicator) promovido por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA) y para corregir algunas disfunciones observadas.

Resultados

En 2009, se registraron en España 52.549 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco) procedentes de 507 centros declarantes de las 17 comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Número similar al obtenido en los últimos años, que en la serie histórica ha sufrido algunos cambios. Entre 1998 y 2002 el número de admisiones a tratamiento disminuyó, pasando de 54.338 en 1998 (año en el que se registró el mayor número de admisiones) a 46.744 en 2002. Sin embargo, desde el 2002 se ha producido un nuevo aumento que sitúa las admisiones a tratamiento en cifras muy cercanas a las del año 1998 (Figura 2.1.2). El descenso entre 1998 y 2002 pudo deberse al efecto de los programas de manteni-

Figura 2.1.2. Evolución del número de admisiones a tratamiento. España, 1998-2009.

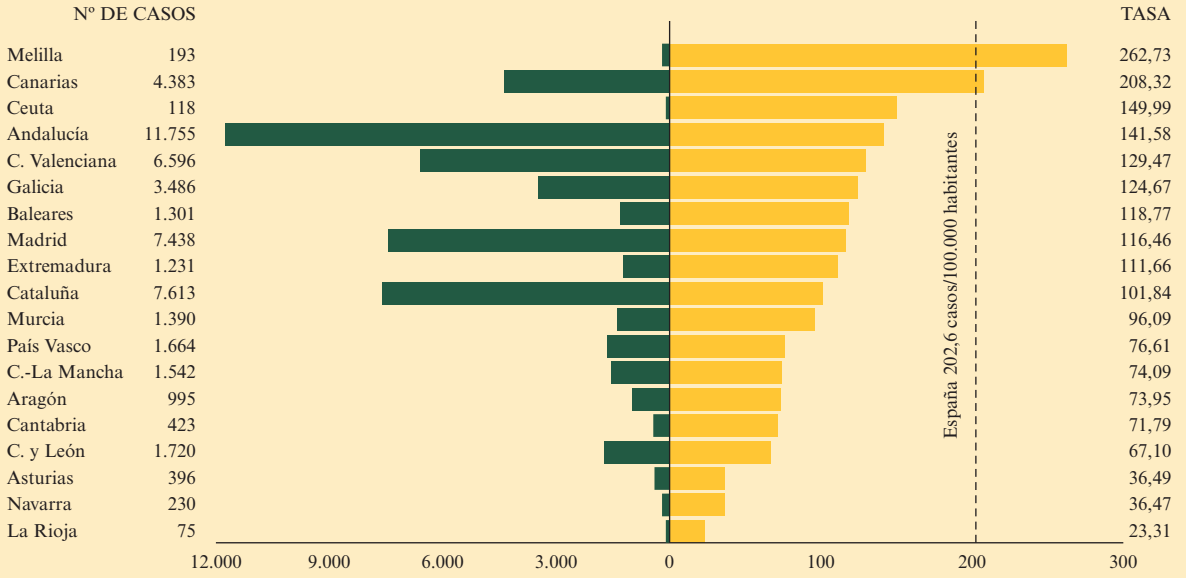


FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

miento con metadona que hizo que muchos consumidores de heroína dejaran de rotar por los servicios de tratamiento. El ascenso entre 2002 y 2004 y desde 2006 hasta 2009 podría explicarse por el aumento de admisiones a tratamiento por cocaína y cannabis.

En 2009, la tasa global de admisiones para el conjunto de España fue de 202,6 casos por 100.000 habitantes. Las comunidades con mayores tasas poblacionales fueron Melilla, Canarias, Ceuta y Andalucía, y las comunidades con tasas más bajas La Rioja, Navarra, Asturias y Castilla y León (Figura 2.1.3). Las diferencias interautonómicas pueden responder tanto a diferencias de base en el consumo problemático de drogas, como a desigualdades en la oferta y utilización de servicios, e incluso a diferencias en la aplicación del protocolo del indicador.

Figura 2.1.3. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según comunidad autónoma (números absolutos y tasa por 100.000 habitantes). España, 2009.



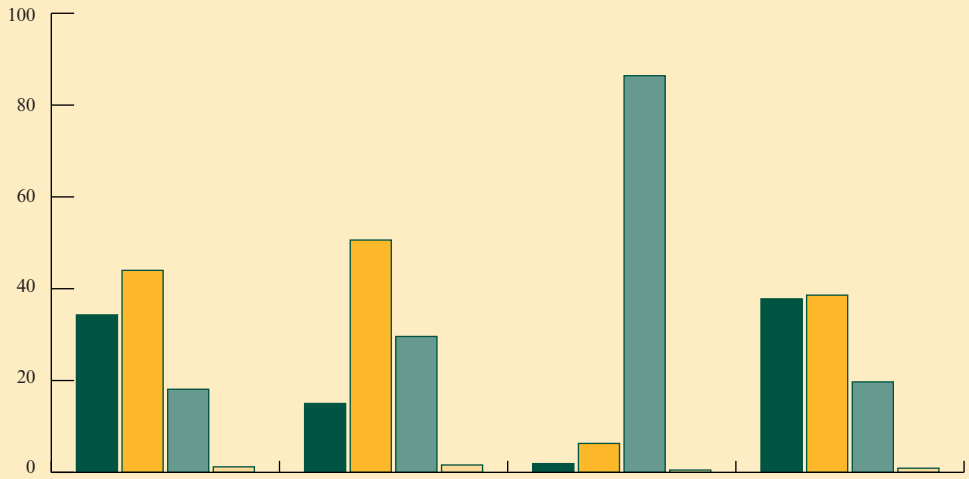
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Como en años anteriores, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (84,8%), aumentando la presencia de las mujeres entre los admitidos por primera vez (16,1%) (Tabla 2.1.1). El porcentaje de extranjeros (nacidos fuera de España) se ha mantenido estable en los últimos años, suponiendo el 6,9% del conjunto de admitidos, si bien cabe destacar el hecho de que en el 2009 se atendieron más mujeres extranjeras (8,5%) que hombres (5,6%).

Con respecto a las drogas que motivan el tratamiento, la situación ha cambiado radicalmente en los últimos años, manteniéndose actualmente los niveles de las admisiones por heroína y observándose un aumento de las admisiones por cocaína y por cannabis. La heroína dejó de ser por primera vez en 2005 la droga que motivaba un mayor número de admisiones a tratamiento para ceder el puesto a la cocaína. De hecho, en 2009 esta última motivó 23.132 (44%) admisiones a tratamiento, frente a 16.989

(32,3%) motivadas por heroína seguida por el cannabis con 9.503 admisiones (18,1%). La proporción de admisiones a tratamiento por otras sustancias psicoactivas fue muy baja: opioides distintos a heroína o sin especificar (2%), hipnosedantes (1,8%), anfetaminas (0,9%), éxtasis y otros derivados de las feniletilaminas (0,2%) y alucinógenos (0,1%) (Tabla 2.1.2; Figura 2.1.4).

Figura 2.1.4. Proporción de tratados por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España, 2009.



	Todas las admisiones	Admitidos 1ª vez en la vida	Admitidos menores de 18 años*	Nacidos fuera de España
Opioides	34,3	15,0	1,9	37,8
Cocaína	44,0	50,6	6,3	38,6
Cannabis	18,1	29,6	86,4	19,7
Otros estimulantes	1,2	1,6	0,5	0,9
Número de admisiones	52.549	24.605	1.743	3.505

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

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

No obstante, el peso de las distintas drogas varió mucho según fueran o no casos con tratamiento previo (Tabla 2.1.2; Figura 2.1.4). Si se consideran únicamente los casos sin tratamiento previo (tratados por primera vez en la vida), el peso de drogas como la cocaína o el cannabis, es mayor, mientras que el de la heroína es bastante menor. De hecho, en este subgrupo la cocaína fue con mucha diferencia la droga que causó una mayor proporción de admisiones (50,6%), seguida del cannabis (29,6%) y a cierta distancia la heroína (13,9%). Las anfetaminas y el éxtasis tenían también un peso muy bajo entre los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida, con 1,2% y 0,3%, respectivamente.

Resulta de interés señalar que, como viene ocurriendo en los últimos años, el consumo de cannabis es el responsable de la mayoría (86,4%) de las admisiones a tratamiento en menores de edad. Entre los nacidos fuera de España en el año 2009 se consolidó la cocaína como la sustancia para la que hay mayor número de solicitudes de tratamiento (38,6%) seguida de los opioides (37,8%) (Figura 2.1.4).

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 33,1 años para el conjunto de las admisiones (para ambos sexos e igual que en 2008) y de 29,8 años para los admitidos por primera vez, presentando en ambos casos diferencias en función de la sustancia que motivó la admisión. Así, la edad media de las personas admitidas por heroína fue de 37,9 años, por hipnosedantes 36,6, por cocaína 32,5 años y por cannabis 24,7 años (Tablas 2.1.3A y 2.1.3B).

El nivel de estudios de los pacientes admitidos a tratamiento ha mejorado ligeramente con el tiempo, pero sigue mostrando variaciones significativas según la droga principal que motiva el tratamiento. En 2009, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína (56,2%) sólo habían completado estudios primarios, mientras que el 53,3% de los admitidos a tratamiento por cocaína y el 49,4% de los admitidos por cannabis tenían completos sus estudios secundarios.

Con respecto a la situación laboral, la proporción de empleados (44,8%) entre los tratados por cocaína fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (23,2%) y, aún tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cannabis (26%) superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína (Tablas 2.1.3A y 2.1.3B).

El 83,1% de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vivía en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos), siendo escasa la proporción de institucionalizados (9,4%), o de los que vivían en alojamientos precarios o inestables (sin techo) (2,9%). El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen (con los padres) o la familia propia (con cónyuge y/o hijos). También se observan diferencias importantes en los modelos de convivencia y tipo de alojamiento según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2009, vivir en una institución o tener un alojamiento precario o inestable era mucho más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (18,1%) que entre los admitidos por cannabis (8,2%) o cocaína (9,8%) y sucedía lo contrario con la proporción de pacientes que viven con la familia de origen o la propia (Tablas 2.1.3A y 2.1.3B).

Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, casi la mitad (47,2%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron estimulados por sus parientes o amigos, aunque el sistema público de salud derivó a tratamiento aproximadamente un tercio de los admitidos (28,3%) (Tabla 2.1.1).

Entre los admitidos a tratamiento está firmemente establecido el patrón de policonsumo de drogas. La mayor parte (62,7%) de los admitidos en 2009 había consumido otras drogas distintas de la que ha motivado el tratamiento (drogas secundarias) durante los 30 días previos a la admisión. Sólo el 37,3% había consumido únicamente la droga por la que fue admitido a tratamiento. El 36,2% refirió consumir una sola droga, el 19,8% consumió dos drogas, el 5,5% admitió consumir tres drogas y el 1,3% más de tres drogas. Entre los admitidos por heroína, las drogas secundarias notificadas con más frecuencia fueron la cocaína y el cannabis, y entre los admitidos por cocaína el alcohol y el cannabis (Tablas 2.1.3A y 2.1.3B).

Casi la mitad (49,5%) de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España en 2009 era la primera vez que recibían tratamiento por la misma droga principal, proporción que fue mucho más baja entre los admitidos por heroína (21,1%) que entre los admitidos por cocaína (56,9%), cannabis (81,0%), anfetaminas (65,2%) o éxtasis (70,2%) (Tabla 2.1.1 y Tablas 2.1.3A y 2.1.3B).

Tabla 2.1.1. Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2009.

	Total	Tratamiento previo[1]		Sexo[1]	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Nº de casos	52.549	25.098	24.605	44.317	7.961
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	49,5			49,0	52,6
Edad media (años)	33,1	36,2	29,8	33,1	33,1
Mujeres (%)	15,2	14,3	16,1		
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,3	1,4	1,2	1,3	1,2
Enseñanza primaria	46,0	47,0	44,4	46,8	41,0
Enseñanzas secundarias	48,2	47,9	49,1	47,9	50,5
Estudios universitarios	3,9	3,3	4,6	3,5	6,6
Otros	0,6	0,4	0,7	0,5	0,7
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	33,5	30,0	37,1	34,7	27,0
Parado no habiendo trabajado	5,1	4,9	5,2	4,7	7,0
Parado habiendo trabajado	40,0	43,9	35,9	40,1	38,6
Otras	21,4	21,1	21,8	20,4	27,4
Nacidos fuera de España (%)	6,9	5,6	8,5	6,8	7,8
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	12,8	17,5	8,3	12,5	14,5
Médicos generales, Atención Primaria de salud	9,6	7,0	12,2	9,5	10,5
Hospitales u otros servicios de salud	5,9	7,0	4,8	5,4	8,8
Servicios sociales	4,9	3,3	6,6	4,4	7,7
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	7,5	8,8	6,2	7,6	6,5
Servicios legales o policiales	8,3	4,5	12,3	8,9	5,1
Empresas o empleadores	1,7	1,7	1,5	1,8	1,1
Familiares o amigos/as	14,1	9,0	19,0	14,4	12,9
Iniciativa propia	33,1	39,5	26,4	33,5	30,7
Otras	2,2	1,7	2,6	2,2	2,1
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	15,6	17,1	14,3	15,7	15,3
Unicamente con pareja	11,4	11,7	10,9	10,4	16,8
Unicamente con hijos	4,8	4,6	5,0	3,9	9,7
Con pareja e hijos/as	14,8	14,5	14,9	14,8	14,4
Con padres o familia de origen	40,0	36,2	43,9	41,7	30,7
Con amigos	3,0	3,1	2,9	2,9	3,8
Otros	10,4	12,7	8,1	10,6	9,4
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	83,1	79,5	86,6	83,0	83,5
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	6,2	7,8	4,5	6,7	3,3
Otras instituciones	3,2	3,6	2,9	3,2	3,6
Pensiones, hoteles, hostales	1,3	1,4	1,2	1,2	1,6
Alojamientos inestables/precarios	2,9	3,5	2,3	2,8	3,7
Otros lugares	3,3	4,1	2,5	3,1	4,2

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

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.2. Características del consumo de la droga principal, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2009.

	Total	Tratamiento previo[1]		Sexo[1]	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de casos	52.549	25.098	24.605	44.317	7.961
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
Opioides	34,3	53,3	15,0	34,1	35,5
Heroína	32,3	50,8	13,9	32,3	32,4
Metadona	1,1	1,5	0,5	1,1	1,4
Otros opioides	0,9	1,0	0,7	0,7	1,8
Cocaína	44,0	37,6	50,6	44,6	41,0
Cocaína CLH	42,6	36,3	49,4	43,1	39,8
Cocaína base	1,4	1,3	1,2	1,4	1,2
Otros estimulantes	1,2	0,8	1,6	1,1	1,5
Anfetaminas	0,9	0,6	1,2	0,8	1,2
MDMA y derivados	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2
Otros estimulantes	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Hipnosedantes	1,8	1,2	2,4	1,3	4,7
Barbitúricos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepinas	1,7	1,2	2,2	1,2	4,3
Otros hipnosedantes	0,1	0,0	0,2	0,1	0,4
Alucinógenos	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros alucinógenos	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1
Cannabis	18,1	6,8	29,6	18,4	16,3
Otras sustancias	0,3	0,1	0,3	0,2	0,5
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	20,1	20,2	19,9	19,9	21,4
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	43,5	43,6	43,1	42,9	46,4
4-6 días/semana	7,3	6,1	8,4	7,4	6,6
2-3 días/semana	14,0	10,5	17,6	14,4	11,9
1 día/semana	6,0	4,6	7,4	6,0	5,6
Menos de 1 día/semana	7,1	6,7	7,5	7,1	7,0
No consumió	22,2	28,5	16,1	22,1	22,5
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	5,2	4,7	5,5	4,4	9,5
Pulmonar	48,6	51,0	46,2	49,0	46,4
Intranasal	38,8	32,2	45,6	39,2	36,9
Parenteral	6,5	10,9	2,2	6,5	6,4
Otras	0,9	1,3	0,5	0,9	0,8
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	20,2	33,3	7,3	20,5	18,7
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	7,9	12,2	3,7	8,0	7,3
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	7,0	11,6	2,0	6,6	9,4
Negativo (análisis últimos 6 meses)	26,1	28,7	23,2	26,2	26,2
Negativo (sin fecha de análisis)	24,7	30,8	18,5	24,7	24,7
Sin análisis o resultado desconocido	42,2	29,0	56,4	42,5	39,7

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

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.3A. Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2009.

	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Cocaína CLH	Cocaína base
Nº de casos	18.032	16.989	587	453	23.132	22.399	723
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	21,7	21,1	23,9	40,3	56,9	57,1	48,5
Edad media (años)	38,0	37,9	39,0	39,5	32,5	32,5	34,2
Mujeres (%)	15,8	15,2	19,0	31,3	14,2	14,2	13,3
Máximo nivel de estudios completado (%)							
Sin estudios	2,3	2,3	1,5	0,9	0,8	0,8	1,6
Enseñanza primaria	53,6	53,9	54,5	40,7	40,3	39,7	58,1
Enseñanzas secundarias	41,3	41,1	40,4	46,5	53,3	53,8	38,2
Estudios universitarios	2,4	2,2	3,6	9,1	4,9	5,0	2,0
Otros	0,4	0,4	0,0	2,8	0,6	0,6	0,1
Situación laboral principal (%)							
Trabajando	23,3	23,2	23,6	29,1	44,8	45,5	23,5
Parado no habiendo trabajado	6,3	6,4	5,7	5,5	3,0	2,9	4,7
Parado habiendo trabajado	49,2	49,9	40,8	31,4	36,5	35,7	60,6
Otras	21,2	20,5	30,0	34,1	15,7	15,9	11,2
Nacidos fuera de España (%)	7,7	7,7	5,8	10,0	6,1	6,1	5,3
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)							
Otros servicios de tto. drogodependencias	17,9	17,7	18,2	22,3	12,4	12,7	3,9
Médicos generales, Atención Primaria de salud	6,1	5,9	7,1	11,7	11,5	11,7	7,4
Hospitales u otros servicios de salud	6,0	5,2	20,7	12,2	5,5	5,6	3,9
Servicios sociales	2,5	2,5	1,6	5,0	5,7	5,9	2,3
Prisiones, centros interna. cerrado menores	9,9	9,9	10,6	12,2	6,1	6,0	9,3
Servicios legales o policiales	2,5	2,5	3,5	2,4	7,4	7,4	5,1
Empresas o empleadores	1,8	1,7	1,4	5,6	1,5	1,5	0,4
Familiares o amigos/as	8,8	9,1	4,8	5,6	16,3	16,3	16,3
Iniciativa propia	42,9	43,9	30,7	21,2	31,7	31,0	50,1
Otras	1,6	1,6	1,4	1,9	1,8	1,8	1,4
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)							
Solo/a	18,5	18,1	22,9	25,5	15,5	15,5	14,8
Unicamente con pareja	11,7	11,7	11,2	11,5	13,3	13,4	10,5
Unicamente con hijos	3,7	3,7	3,3	5,2	5,4	5,6	1,1
Con pareja e hijos/as	14,4	14,3	18,2	15,5	17,6	17,6	17,4
Con padres o familia de origen	33,5	33,8	26,6	28,6	37,5	37,5	36,1
Con amigos	3,9	3,9	5,8	5,4	2,4	2,5	1,5
Otros	14,2	14,5	12,0	8,4	8,2	7,9	18,4
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)							
Casas, pisos, apartamentos	76,1	76,2	72,7	75,5	86,3	86,5	79,8
Prisiones, centros intern. cerrado menores	9,7	9,9	6,5	6,1	4,7	4,4	14,9
Otras instituciones	3,2	3,2	3,8	3,8	3,1	3,1	1,3
Pensiones, hoteles, hostales	1,4	1,4	1,7	4,5	1,3	1,4	0,3
Alojamientos inestables/precarios	5,0	5,0	5,8	5,9	2,0	2,0	1,8
Otros lugares	4,6	4,4	9,4	4,2	2,5	2,5	2,0

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.3B. Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2009.

	Otros estimulantes	Anfetaminas	MDMA y derivados	Hipnosedantes	Benzodiazepinas	Alucinógenos	Inhalables volátiles	Cannabis
Nº de casos	624	461	127	963	893	69	89	9.503
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	65,6	65,2	70,2	65,7	65,1	66,2	81,6	81,0
Edad media (años)	29,2	29,5	26,6	36,6	36,4	26,5	19,4	24,7
Mujeres (%)	19,6	20,7	12,6	39,1	38,6	23,2	10,1	13,7
Máximo nivel de estudios completado (%)								
Sin estudios	0,2	0,2	0,0	1,7	1,7	0,0	6,0	0,7
Enseñanza primaria	36,8	37,8	34,7	50,6	51,0	29,4	75,0	45,5
Enseñanzas secundarias	55,8	55,1	56,5	39,7	39,3	58,8	17,9	49,4
Estudios universitarios	6,7	6,4	8,9	6,9	6,9	8,8	1,2	3,8
Otros	0,5	0,4	0,0	1,1	1,2	2,9	0,0	0,6
Situación laboral principal (%)								
Trabajando	38,4	35,8	46,4	21,7	21,1	35,3	6,9	26,0
Parado no habiendo trabajado	4,1	4,0	5,6	8,1	8,0	4,4	14,9	7,5
Parado habiendo trabajado	37,9	41,5	24,0	40,2	40,5	25,0	24,1	31,9
Otras	19,5	18,8	24,0	30,0	30,4	35,3	54,0	34,6
Nacidos fuera de España (%)	5,3	4,5	4,3	6,0	6,0	10,6	69,4	7,6
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)								
Otros servicios de tto. drogodependencias	9,9	11,4	5,0	7,1	6,9	21,0	0,0	5,0
Médicos generales, Atención Primaria salud	13,4	11,8	9,9	17,6	17,6	8,1	4,5	10,7
Hospitales u otros servicios de salud	6,3	6,4	5,0	14,2	14,4	6,5	6,0	5,5
Servicios sociales	5,1	5,5	4,0	7,3	7,7	11,3	20,9	7,2
Prisiones, centros intern. cerrado menores	5,8	6,2	5,0	7,6	7,7	9,7	22,4	5,8
Servicios legales o policiales	15,7	11,8	36,6	4,4	4,4	12,9	14,9	21,2
Empresas o empleadores	2,0	1,7	4,0	0,9	1,0	3,2	11,9	2,0
Familiares o amigos/as	18,8	21,1	10,9	15,0	13,9	6,5	4,5	18,7
Iniciativa propia	21,3	22,0	18,8	23,9	24,3	19,4	4,5	19,8
Otras	1,8	2,1	1,0	2,1	2,3	1,6	10,4	4,2
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)								
Solo/a	17,9	18,1	17,6	17,4	17,3	22,6	7,9	10,1
Unicamente con pareja	9,7	9,5	7,2	12,2	12,5	8,1	3,9	6,3
Unicamente con hijos	3,4	3,8	3,2	6,6	6,8	17,7	2,6	5,1
Con pareja e hijos/as	7,9	8,2	4,8	17,5	16,5	4,8	2,6	8,7
Con padres o familia de origen	49,0	47,3	56,8	33,9	34,1	33,9	9,2	58,8
Con amigos	4,6	4,9	4,8	1,7	1,9	8,1	3,9	2,7
Otros	7,5	8,2	5,6	10,6	10,9	4,8	69,7	8,3
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)								
Casas, pisos, apartamentos	85,3	83,7	87,9	84,0	83,7	79,7	21,8	88,6
Prisiones, centros intern. cerrado menores	3,6	3,7	4,0	5,6	5,4	0,0	35,6	3,4
Otras instituciones	3,4	3,1	4,8	2,6	2,8	10,9	21,8	3,6
Pensiones, hoteles, hostales	1,6	2,0	0,8	1,5	1,5	3,1	2,3	0,7
Alojamientos inestables/precarios	2,1	2,9	0,0	2,6	2,7	0,0	4,6	1,2
Otros lugares	3,9	4,6	2,4	3,8	3,9	6,3	13,8	2,6

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

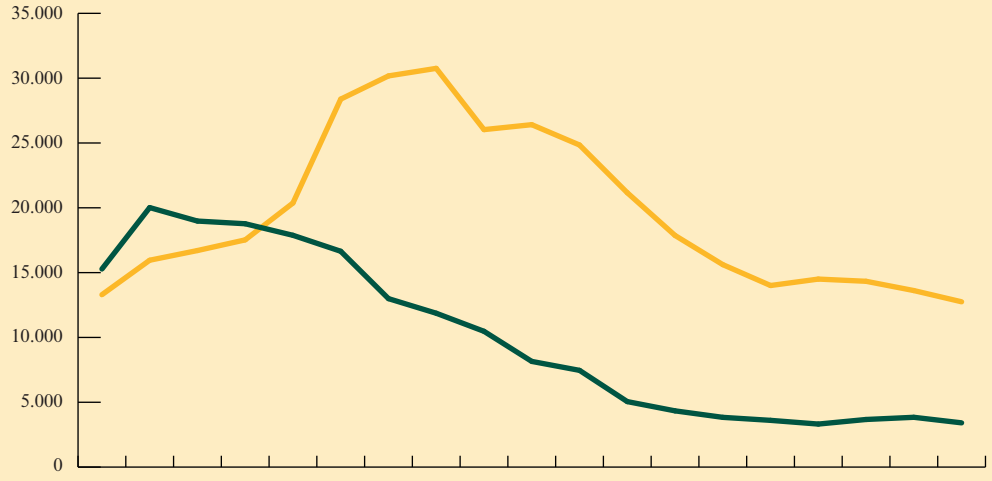
Heroína

El número de admitidos a tratamiento por consumo de opiáceos fue de 18.032 en 2009, lo que supone un descenso del 7,3% con respecto a 2008 (19.356) y representa el 34,3% del total de admisiones a tratamiento, mostrando un ligero descenso con respecto a 2008 (36,4%).

En relación con el consumo de heroína, el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de esta sustancia en concreto fue de 16.989 en 2009, lo que también supone un descenso, de similar magnitud (7,7%) con respecto a 2008 (18.407).

De igual modo, en 2009, el número de admitidos a tratamiento por primera vez por consumo o dependencia de heroína ha descendido, aproximándose a los datos de 2006, año en el que se registran las cifras más bajas de toda la serie histórica (Figura 2.1.5).

Figura 2.1.5. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de heroína (números absolutos)*. España, 1991-2009.



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Primeros tratamientos	15.277	20.017	18.977	18.770	17.878	16.647	12.993	11.867	10.473	8.151	7.461	5.051	4.337	3.836	3.604	3.318	3.672	3.840	3.412
Con tratamiento previo	13.296	15.956	16.703	17.526	20.369	28.382	30.173	30.756	26.031	26.412	24.844	21.162	17.867	15.617	14.005	14.502	14.331	13.616	12.750

* El número de casos con o sin tratamiento previo puede no sumar el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Cocaína

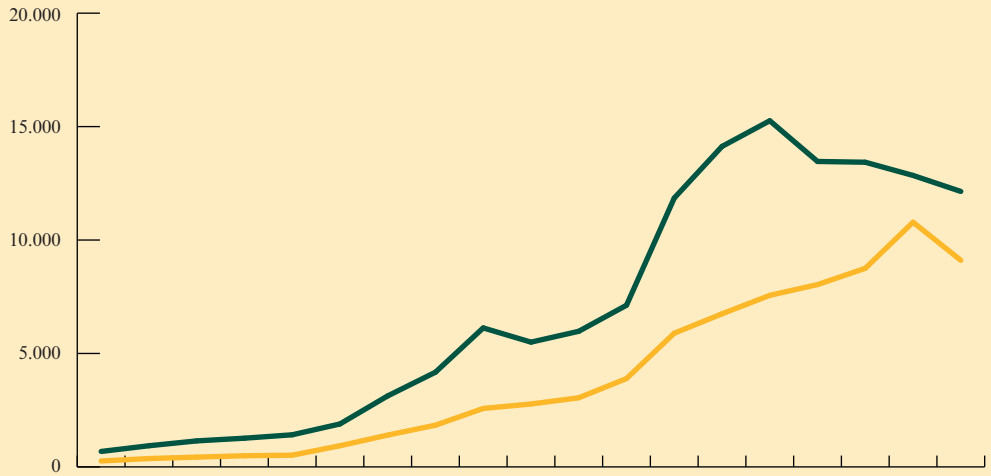
El número de admisiones a tratamiento por consumo de cocaína fue de 23.132 en 2009, lo que supone un descenso del 2,1% con respecto a 2008 (23.649) y representa el 44% del total de admisiones registradas en este año.

El número de primeras admisiones a tratamiento por cocaína aumentó progresivamente entre 1991 y 2005, pasando de 681 en 1991 a 7.125 en 2002 y 15.258 en 2005, año en que alcanzó la máxima cifra

registrada y que coincide con las mayores prevalencias para el consumo habitual (últimos 12 meses) y reciente (últimos 30 días) obtenidas en la encuesta EDADES en población de 15 a 64 años. Sin embargo, desde 2005 hasta 2009, el número de primeras admisiones a tratamiento por esta droga ha experimentado un descenso pasando de 15.258 en 2005 a 12.142 en 2009 y que muestra, en cierto modo, una correspondencia con la estabilización en 2007 y el descenso recientemente registrado en la encuesta EDADES 2009 como se muestra en el punto 1.1.

Por otra parte, el número de admisiones por abuso o dependencia de cocaína con tratamiento previo por esta droga presenta en el año 2009 por primera vez desde que se registra una caída, situándose en 9.107.

Figura 2.1.6. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cocaína (números absolutos)*. España, 1991-2009.



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Primeros tratamientos	681	932	1.146	1.265	1.415	1.892	3.129	4.174	6.126	5.499	5.977	7.125	11.851	14.126	15.258	13.463	13.429	12.847	12.142
Con tratamiento previo	262	367	431	491	516	932	1.402	1.838	2.576	2.773	3.046	3.893	5.893	6.747	7.562	8.036	8.753	10.786	9.107

* El número de casos con o sin tratamiento previo puede no sumar el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Cannabis

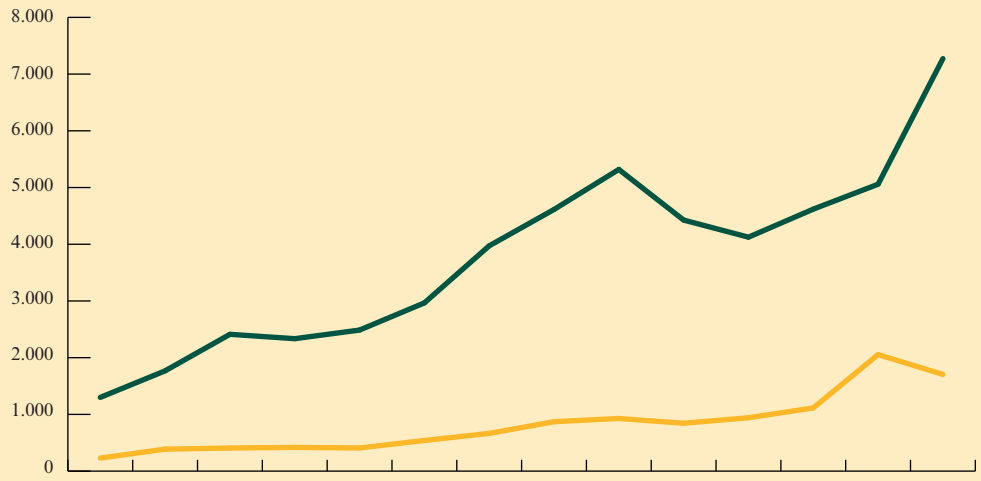
El número total de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en el año 2009 fue de 9.503, lo que supone un aumento del 20% con respecto a las registradas en 2008 (7.419) y representa el 18,1% del total de admisiones a tratamiento por consumo de drogas en este año.

Como se puede ver en la Figura 2.1.7, el número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis ha ido aumentando año tras año hasta 2004, a partir del cual y durante los dos años siguientes desciende para volver a aumentar, siendo esta subida muy importante en 2009. El aumento es consecuencia directa del incremento del número de personas que han acudido por primera vez a tratarse, pues el porcentaje de aquellas que habían sido atendidas por consumo de cannabis en anteriores ocasiones se ha reducido en un 17%.

Esto es perfectamente compatible con el hecho, ya citado anteriormente, del elevado porcentaje de menores que acuden a tratarse por consumo de cannabis. El 86,4% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas en 2009 en nuestro país, lo ha hecho por problemas con el consumo de cannabis, lo que significa un aumento de 2,9 puntos respecto del porcentaje de menores tratados por esta droga en 2008 (83,8%).

Esta tendencia ascendente se enmarca en el contexto actual de prevalencias de consumo de cannabis, tanto entre la población general como entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias, teniendo en cuenta que el cannabis es la droga ilegal más consumida por ambas poblaciones en España.

Figura 2.1.7. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cannabis (números absolutos)*. España, 1996-2009.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Primeros tratamientos	1.300	1.768	2.412	2.335	2.487	2.966	3.972	4.613	5.319	4.426	4.125	4.619	5.058	7.273
Con tratamiento previo	230	387	407	418	408	540	665	871	928	844	941	1.114	2.055	1.705

* El número de casos con o sin tratamiento previo puede no sumar el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

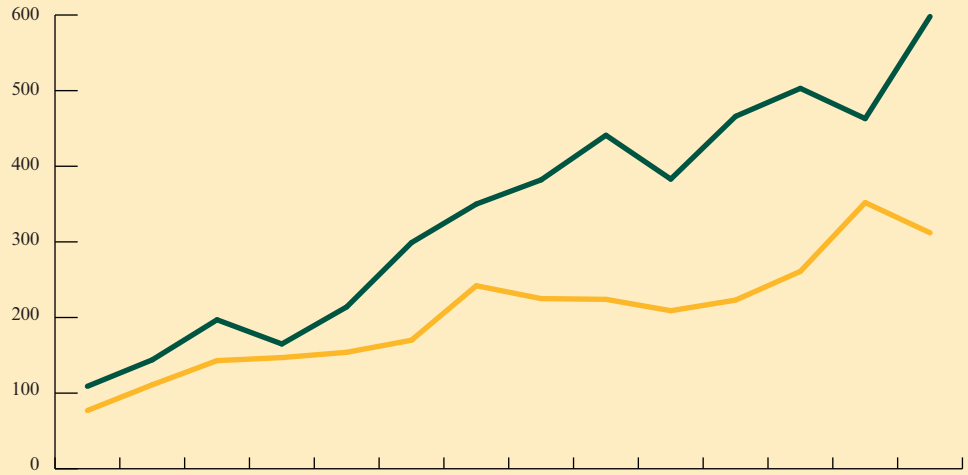
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Hipnosedantes

El número de admisiones a tratamiento en 2009 por consumo de hipnosedantes fue de 963 (12% más que en 2008), y representa el 1,8% del total de admisiones a tratamiento por consumo de drogas que se registraron en 2009. Las admisiones a tratamiento por hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) muestran una tendencia claramente ascendente desde el inicio de la serie, con ligeros altibajos de carácter puntual (Figura 2.1.8).

El porcentaje de pacientes que habían sido tratados con anterioridad ha disminuido en un 11,4%, habrá que esperar a futuras revisiones para interpretar adecuadamente esta cifra.

Figura 2.1.8. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de hipnosedantes (números absolutos)*. España, 1996-2009.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Primeros tratamientos	109	144	197	165	214	299	350	382	441	383	466	503	463	598
Con tratamiento previo	77	111	143	147	154	170	242	225	224	209	223	261	352	312

* El número de casos con o sin tratamiento previo puede no sumar el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

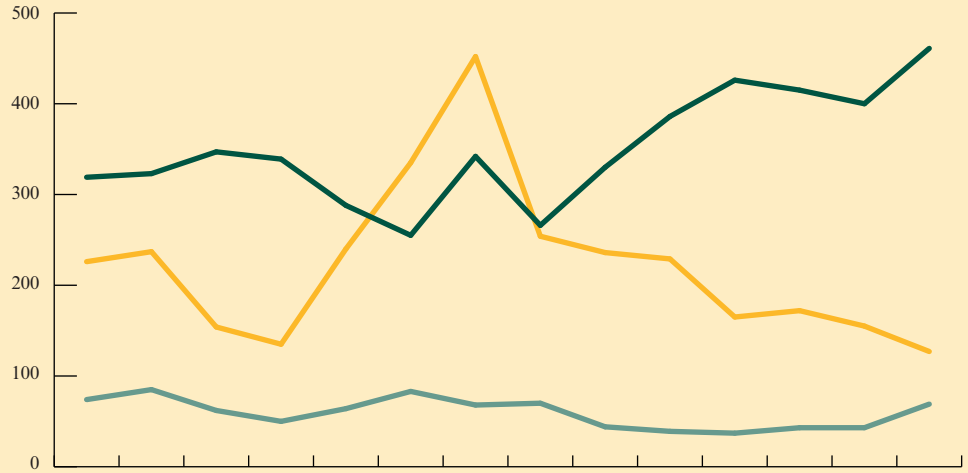
Otras drogas

El resto de las drogas sigue teniendo muy poca representación en los servicios de tratamiento. De hecho, los estimulantes distintos a cocaína (anfetaminas, éxtasis y otros) sólo representaron en 2009 el 1,6 % del total de admisiones para todas las drogas. Si se comparan estas cifras con las obtenidas para la cocaína, la heroína y el cannabis, se comprueba que, en España, el impacto de estas drogas en los servicios específicos de tratamiento de las drogodependencias es mínimo.

Como se aprecia en la Figura 2.1.9, la evolución temporal nos informa de una tendencia descendente, mantenida en los últimos años, en el número de personas tratadas por consumo de éxtasis, mientras que hay un aumento del número de admitidos a tratamiento por anfetaminas y también por alucinógenos.

En 2009, la edad media de primer consumo de la droga que motiva el tratamiento fue 20,1 años, siendo similar (19,9) en los tratados por primera vez que en los previamente tratados (20,2), y más alta en las mujeres (21,4 años) que en los hombres (19,9 años). Se observaron diferencias importantes según la droga principal, correspondiendo las edades medias de primer consumo más tempranas a inhalables volátiles (14,1 años), cannabis (15,7 años) y alucinógenos (19,1 años), y las más tardías a hipnosedantes (26,5 años) y metadona (28,1 años) (Tablas 2.1.4A y 2.1.4B). La edad media de primer consumo de heroína entre los admitidos por primera vez por esta droga ha seguido una línea ascendente suave desde 1991, aunque en los años 2005 y 2006 experimentó un descenso brusco, para el que no se halla explicación. Por su parte, la edad media de inicio en el consumo de los tratados por primera vez por cocaína descendió de forma suave desde mediados de los noventa situándose en el 2009 en su valor más bajo.

Figura 2.1.9. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos (números absolutos)*. España, 1996-2009.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Anfetaminas	319	323	347	339	288	255	342	266	330	386	426	415	400	461
Éxtasis	226	237	154	135	240	335	452	254	236	229	165	172	155	127
Alucinógenos	74	85	62	50	64	83	68	63	44	39	37	43	43	69

* El número de casos con o sin tratamiento previo puede no sumar el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Las vías de administración de la droga principal varía mucho por sustancias pero, en general, en 2009 predominó la vía pulmonar (48,6%) y la intranasal (38,8%), siendo la vía parenteral la menos habitual (6,5%) (Tabla 2.1.2). Entre los admitidos a tratamiento por heroína en 2009, la vía de administración predominante durante los 30 días previos a la admisión fue la pulmonar o fumada ("chinos"), seguida muy de lejos por la parenteral o inyectada y por la intranasal o esnifada. Aunque en los últimos años ha disminuido bastante el número absoluto de tratados por heroína por cualquier vía de administración (inyectada, fumada y esnifada), este descenso comenzó y fue mucho más intenso en el caso de los inyectadores. Ello ha motivado que en las dos últimas décadas se haya producido un cambio radical en la vía predominante de administración de la heroína. De hecho, la proporción de tratados por primera vez por heroína que consumían esta droga principalmente por vía inyectada pasó de 50,3% en 1991 a 11,31% en 2009, mientras que la de los que lo hacían preferentemente por vía fumada pasó de 43,4% en 1991 a 79,7% en 2009 (Figura 2.1.10). El análisis por comunidad autónoma confirma esta tendencia. En 1991 la mayoría de las comunidades presentaban alta proporción (>60%) de tratados por primera vez que usaban preferentemente la inyección para consumir heroína, siendo baja dicha proporción sólo en algunas comunidades, como Canarias y Andalucía. Entre 1991 y 1995 descendió mucho la inyección en la mayoría de las comunidades, sobre todo en el sur, y entre 1996 y 2005 el descenso se mantuvo, aunque a un ritmo menor. A pesar de que la caída de la inyección ha sido generalizada, en 2009 seguían existiendo diferencias interautonómicas importantes en la vía de administración de heroína entre los tratados por esta droga por primera vez en la vida (Figuras 2.1.11 y 2.1.12). Hay que tener en cuenta que el número de admitidos a tratamiento por heroína por primera vez en la vida, es ya muy bajo en algunas comunidades autónomas, por lo que las proporciones de los que utilizan las distintas vías de administración pueden variar bastante por efecto del azar.

Tabla 2.1.4A. Consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2009.

	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Cocaína CLH	Cocaína base
Nº de casos	18.032	16.989	587	453	23.132	22.399	723
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	21,2	20,9	28,1	25,4	20,7	20,7	22,1
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)							
Oral	5,1	1,0	92,1	45,6	1,3	1,3	0,6
Pulmonar	71,1	74,4	5,8	28,5	14,7	12,5	82,4
Intranasal	6,0	6,2	0,7	7,6	81,3	83,4	15,8
Parenteral	16,4	16,9	1,3	16,1	2,1	2,1	0,4
Otras	1,4	1,5	0,2	2,3	0,7	0,7	0,9
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)							
Todos los días	58,5	57,7	76,2	64,5	21,8	21,4	33,0
4-6 días/semana	4,2	4,4	1,2	4,2	10,5	10,6	9,2
2-3 días/semana	4,9	5,0	2,2	4,2	23,0	23,2	17,6
1 día/semana	2,2	2,2	1,0	2,7	10,2	10,4	5,9
Menos de 1 día/semana	3,8	3,6	8,0	3,9	11,0	11,1	7,0
No consumió	26,4	27,0	11,4	20,5	23,5	23,4	27,3
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión de tratamiento (%)							
1. Opiáceos	13,2	12,7	28,1	16,9	7,9	7,5	18,1
11. Heroína	0,9	–	26,5	12,2	6,8	6,5	16,6
12. Metadona	9,9	10,3	–	4,8	0,4	0,3	2,6
13. Otros opiáceos	2,4	2,5	1,9	–	0,9	1,0	0,0
2. Cocaína	52,4	53,2	31,3	41,3	0,4	0,2	5,1
21. Cocaína CLH	48,1	48,7	28,4	39,7	0,2	–	5,1
22. Base cocaína	4,5	4,6	2,9	1,6	0,2	0,2	–
3. Estimulantes	2,7	2,7	0,6	6,3	9,6	9,7	4,1
31. Anfetaminas	1,6	1,6	0,3	4,2	4,2	4,3	1,9
32. MDMA y derivados	1,0	1,0	0,3	1,6	5,5	5,6	2,3
33. Otros estimulantes	0,1	0,1	0,0	0,5	0,4	0,4	0,2
4. Hipnóticos y sedantes	19,8	19,7	24,6	14,8	6,4	6,0	19,4
41. Barbitúricos	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
42. Benzodiazepinas	19,0	19,0	20,8	14,3	6,1	5,7	18,1
43. Otros hipnosedantes	0,6	0,6	3,8	0,5	0,3	0,2	1,1
5. Alucinógenos	0,8	0,8	1,0	0,5	2,1	2,1	0,9
51. LSD	0,2	0,2	0,3	0,0	0,2	0,2	0,2
52. Otros alucinógenos	0,6	0,6	0,6	0,5	1,9	1,9	0,8
6. Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2
7. Cannabis	49,0	48,9	51,8	48,7	52,0	51,6	64,2
8. Alcohol	35,9	35,7	40,6	39,2	73,6	74,2	56,7
9. Otras sustancias	1,2	1,3	0,3	0,5	0,7	0,7	1,7
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	48,6	48,8	47,3	42,3	7,1	6,9	14,0
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	18,3	18,5	11,0	18,0	3,4	3,4	4,1
Estado serológico frente al VIH (%)							
Positivo	16,4	16,3	23,4	11,8	2,1	2,1	3,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)	27,4	27,5	21,3	29,6	29,6	29,8	21,6
Negativo (sin fecha de análisis)	30,0	30,1	30,5	24,1	23,5	23,3	27,9
Sin análisis o resultado desconocido	26,2	26,1	24,8	34,5	44,8	44,7	47,5

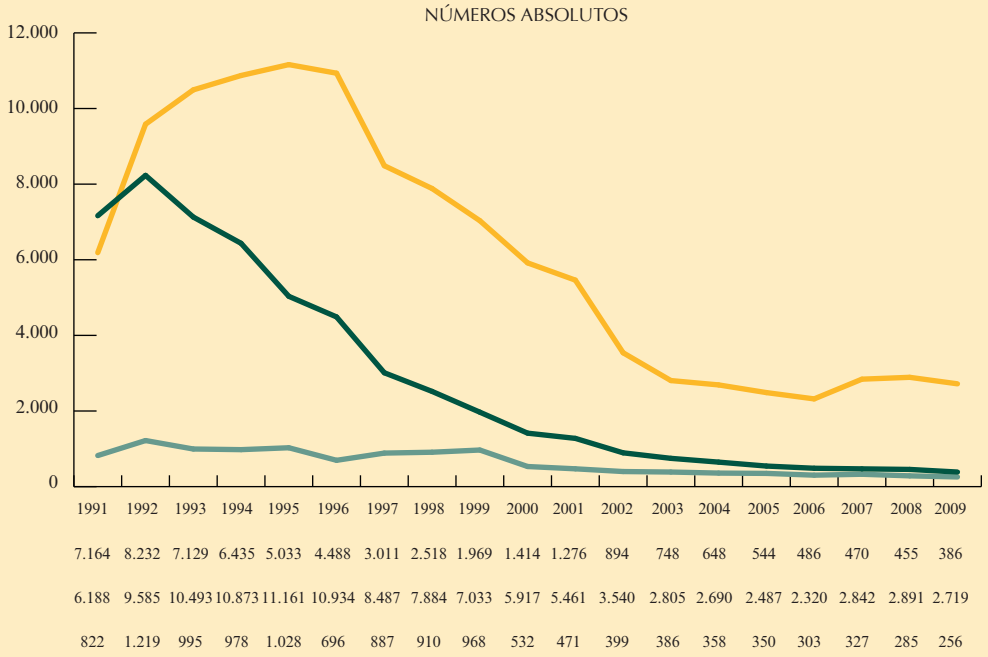
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.4B. Consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2009.

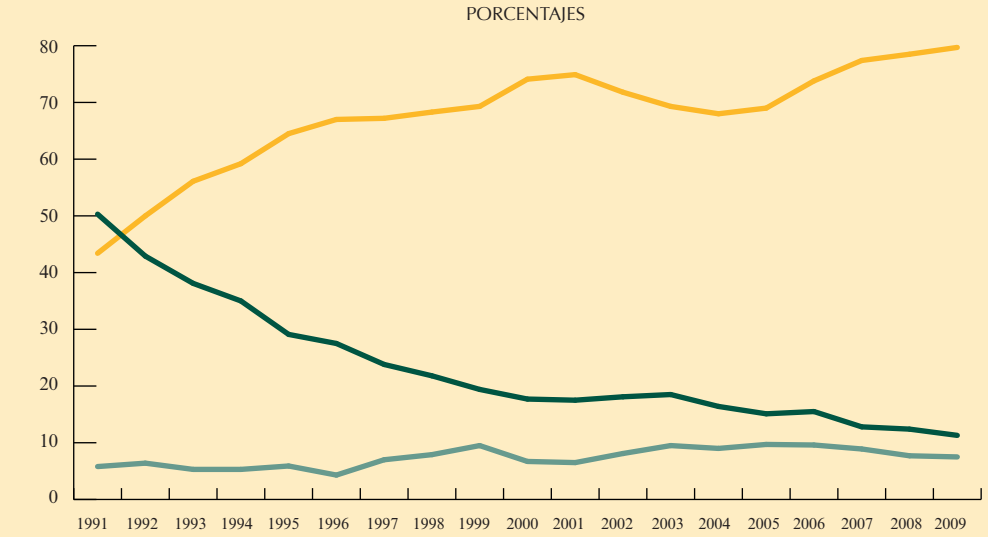
	Otros estimulantes	Anfeta-minas	MDMA y derivados	Hipnose-dantes	Benzodia-zepinas	Alucinógenos	Inhalables volátiles	Cannabis
Nº de casos	624	461	127	963	893	69	89	9.503
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	19,6	19,7	19,3	26,5	26,1	19,1	14,1	15,7
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)								
Oral	38,7	25,0	88,2	97,9	98,2	35,4	3,6	2,4
Pulmonar	4,7	5,2	0,8	1,0	0,9	9,2	52,4	96,6
Intranasal	54,8	68,0	9,2	0,6	0,3	50,8	38,1	0,7
Parenteral	1,0	1,1	0,0	0,4	0,5	1,5	0,0	0,0
Otras	0,8	0,7	1,7	0,1	0,1	3,1	6,0	0,3
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)								
Todos los días	24,9	27,1	11,5	78,7	78,6	25,9	23,9	62,5
4-6 días/semana	10,5	12,7	2,9	2,8	2,6	8,6	11,3	5,9
2-3 días/semana	25,4	28,4	16,3	3,6	3,6	25,9	28,2	10,8
1 día/semana	11,6	11,4	14,4	2,5	2,7	0,0	7,0	3,3
Menos de 1 día/semana	7,3	6,5	10,6	1,8	1,8	12,1	9,9	4,8
No consumió	20,4	13,9	44,2	10,7	10,7	27,6	19,7	12,8
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión de tratamiento (%)								
1. Opiáceos	4,1	4,4	3,6	11,0	11,6	6,0	12,5	3,7
11. Heroína	3,0	3,2	2,4	7,9	8,3	2,0	2,1	2,5
12. Metadona	0,2	0,3	0,0	2,5	2,6	0,0	2,1	0,2
13. Otros opiáceos	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	4,0	10,4	1,1
2. Cocaína	36,2	34,5	47,6	32,4	33,2	48,0	20,8	40,1
21. Cocaína CIH	36,2	34,5	47,6	31,2	32,0	46,0	20,8	40,0
22. Base cocaína	0,0	0,0	0,0	1,3	1,4	2,0	0,0	0,2
3. Estimulantes	6,7	7,1	4,8	7,4	7,6	34,0	4,2	9,0
31. Anfetaminas	0,9	–	4,8	5,2	5,2	18,0	2,1	4,7
32. MDMA y derivados	5,3	6,5	–	3,8	4,0	20,0	0,0	4,5
33. Otros estimulantes	0,5	0,6	0,0	0,4	0,5	2,0	2,1	0,3
4. Hipnóticos y sedantes	4,6	4,1	4,8	1,1	0,9	2,0	18,8	6,2
41. Barbitúricos	0,2	0,3	0,0	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0
42. Benzodiazepinas	3,9	3,2	4,8	0,2	–	2,0	18,8	6,0
43. Otros hipnosedantes	0,5	0,6	0,0	0,4	0,5	0,0	0,0	0,2
5. Alucinógenos	5,3	6,2	2,4	0,9	0,9	2,0	0,0	2,8
51. LSD	1,6	1,8	1,2	0,0	0,0	2,0	0,0	0,4
52. Otros alucinógenos	3,9	4,7	1,2	0,9	0,9	0,0	0,0	2,4
6. Inhalables volátiles	0,7	0,9	0,0	0,4	0,5	0,0	–	0,4
7. Cannabis	62,8	62,8	65,5	58,4	58,8	66,0	83,3	–
8. Alcohol	53,4	49,3	65,5	49,7	49,8	56,0	29,2	77,2
9. Otras sustancias	0,5	0,6	0,0	2,2	2,1	2,0	0,0	0,8
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	7,0	7,8	4,3	6,1	10,2	10,5	5,8	6,1
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	2,3	2,1	2,6	3,0	1,3	1,4	0,0	6,1
Estado serológico frente al VIH (%)								
Positivo	1,6	1,3	1,9	4,0	5,5	5,4	6,8	3,5
Negativo (análisis últimos 6 meses)	21,1	21,1	22,4	16,0	17,1	16,7	20,5	28,1
Negativo (sin fecha de análisis)	25,0	26,6	20,6	20,0	26,3	26,9	18,2	26,3
Sin análisis o resultado desconocido	52,3	51,1	55,1	60,0	51,2	51,0	54,5	42,1

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.10. Distribución de los tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos* y porcentajes). España, 1991-2009.



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Inyectada	7.164	8.232	7.129	6.435	5.033	4.488	3.011	2.518	1.969	1.414	1.276	894	748	648	544	486	470	455	386
Pulmonar	6.188	9.585	10.493	10.873	11.161	10.934	8.487	7.884	7.033	5.917	5.461	3.540	2.805	2.690	2.487	2.320	2.842	2.891	2.719
Esnifada	822	1.219	995	978	1.028	696	887	910	968	532	471	399	386	358	350	303	327	285	256



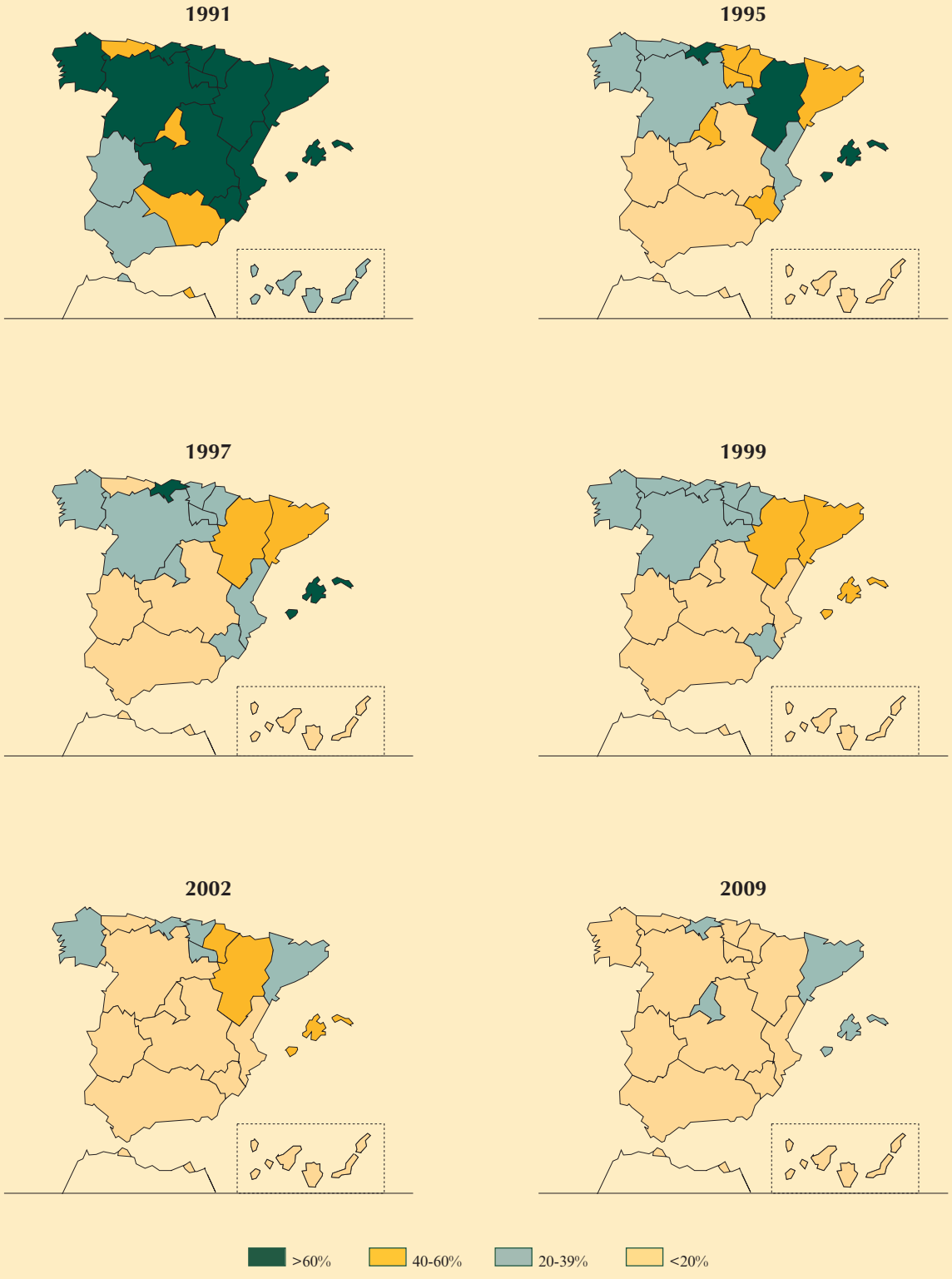
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Inyectada	50,3	42,9	38,1	35,0	29,1	27,5	23,8	21,8	19,4	17,7	17,5	18,1	18,5	16,4	15,1	15,5	12,8	12,4	11,3
Pulmonar	43,4	50,0	56,1	59,2	64,5	67,0	67,2	68,3	69,3	74,1	74,9	71,8	69,3	68,0	69,0	73,8	77,4	78,5	79,7
Esnifada	5,8	6,4	5,3	5,3	5,9	4,3	7,0	7,9	9,5	6,7	6,5	8,1	9,5	9,0	9,7	9,6	8,9	7,7	7,5

* El número de casos (absolutos) mostrados para cada vía de administración puede no sumar el total de los admitidos a tratamiento por primera vez por abuso o dependencia de heroína debido a la existencia de casos con valores desconocidos en esta variable.

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

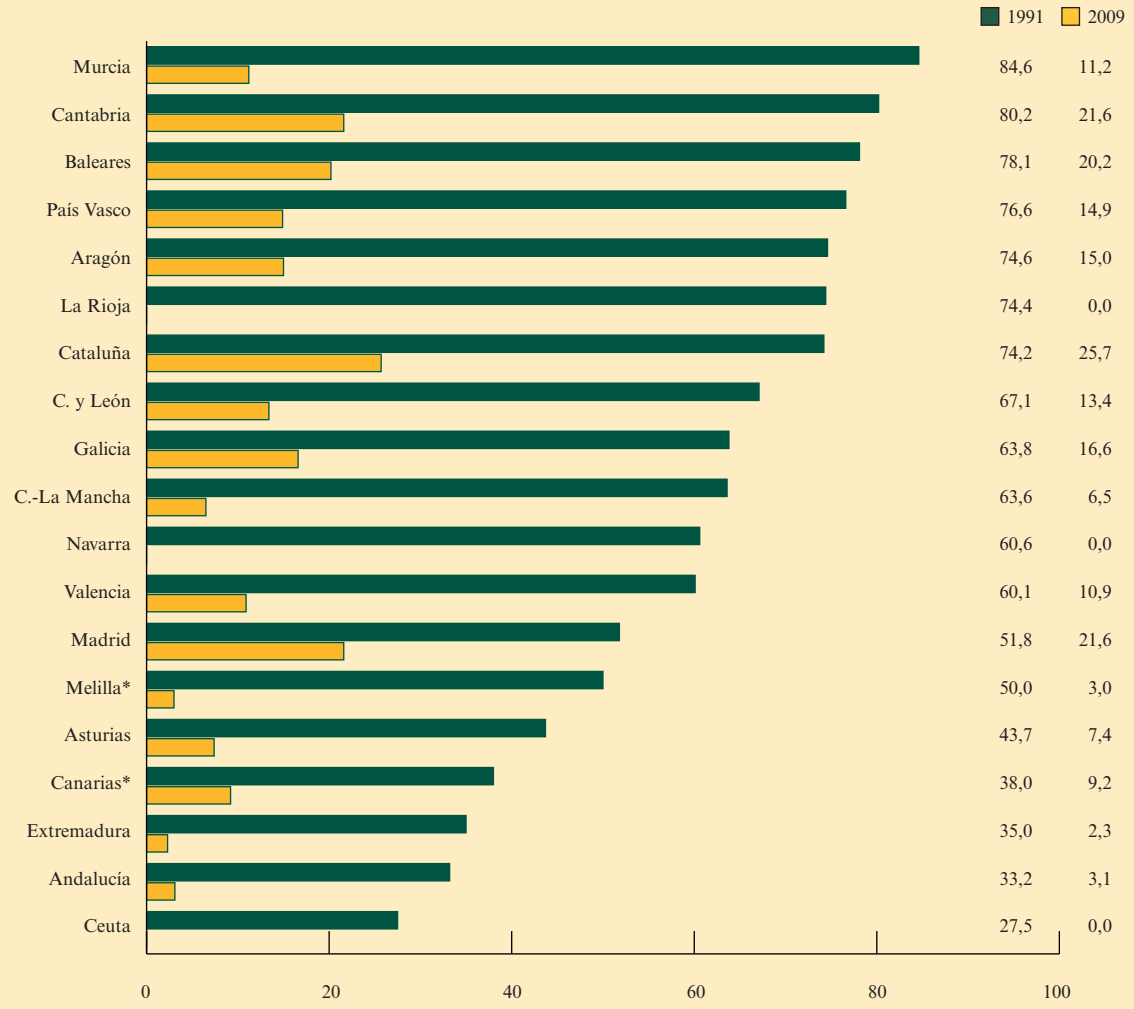
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.11. Evolución de la proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2009.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.12. Evolución de la proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2009.



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

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Entre los admitidos a tratamiento por cocaína en 2009, la vía predominante de administración fue con mucha diferencia la intranasal o esnifada (87,7%), seguida de la fumada (9,7%) y la inyectada (1,2%). Si se examinan los datos relativos a la proporción de tratados por cocaína que usa preferentemente cada una de las vías de administración para consumir esta droga, se puede concluir que entre 1991 y 2007 aumentó mucho el uso de la vía esnifada, disminuyó bastante el de la inyectada, y aparentemente también disminuyó el de la fumada. Parte de la disminución de la vía fumada ha podido deberse a la mejora de la clasificación de la variable. De hecho, a partir de 2003 se mantiene relativamente estable. Para comprender mejor la evolución de los tratamientos por cocaína conviene fijarse no sólo en la evolución de las proporciones que usan cada vía de administración, sino también en la evolución del número absoluto de tratados que usa cada vía. Así, puede observarse que el aumento espectacular del

número de tratamientos por cocaína por primera vez en la vida entre 1991 y 2005 se debió sobre todo al incremento del número de consumidores por vía esnifada que pasó de 315 en 1991 a 4.413 en 2001 y a 12.298 en 2005. A partir de ese año parece que su número ha disminuido ligeramente (10.272 en 2009). Estos datos indican también que, a pesar de la estabilidad o el descenso de la proporción de tratados que usa la cocaína por vía fumada o inyectada, en España hasta 2005 aumentó bastante el número de tratados por cocaína consumida por dichas vías. De hecho, entre 1991 y 2005 los primeros tratamientos por cocaína fumada se multiplicaron por trece pasando de 139 a 1.755 casos anuales, y el número de primeros tratamientos por cocaína inyectada se multiplicó por siete, pasando de 109 a 793 casos. Sin embargo, el aumento de los tratados por cocaína por vía intranasal (esnifada) fue de mucha mayor magnitud, multiplicándose por 39, y pasando de 315 casos en 1991 a 12.298 en 2005 (Figura 2.1.13).

En 2009, entre el total de admitidos a tratamiento por cocaína clorhidrato, la vía de administración predominante fue la intranasal o esnifada (87,7%) seguida de la pulmonar o fumada (9,7%) y de la inyectada (1,2%).

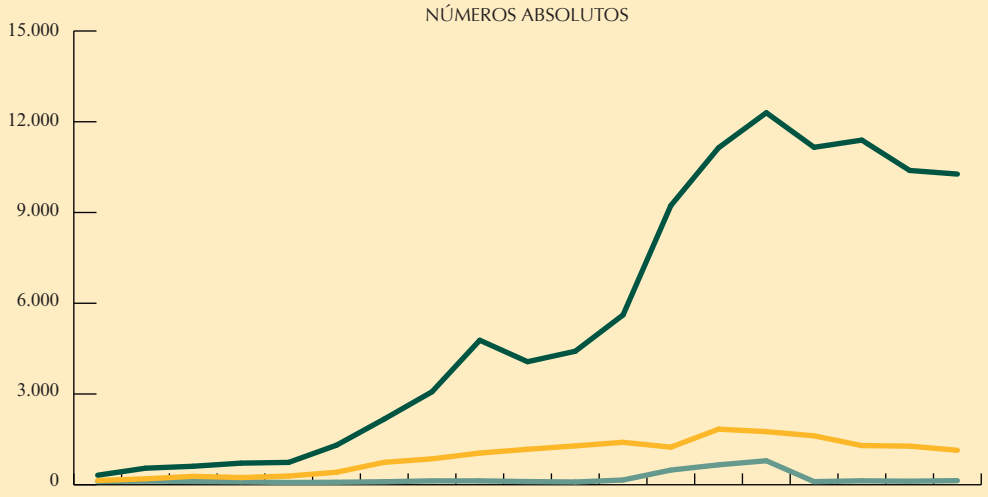
Algunas personas que no usan la inyección como vía de administración predominante de la droga que motiva el tratamiento pueden inyectarse habitual o esporádicamente drogas. Para estudiar este fenómeno, el indicador tratamiento incluye la variable "tiempo transcurrido desde la última vez que se inyectó drogas". Al distribuir los admitidos a tratamiento en 2009 según esta variable, se observa que un 79,8% no se había inyectado nunca (nunca-inyectadores), un 12,3% se había inyectado alguna vez en la vida, pero no en los 12 meses previos a la admisión (exinyectadores) y un 7,9% se había inyectado en los 12 meses previos (inyectadores recientes). Las prevalencias de inyectadores recientes fue mucho mayor entre los que ya habían sido admitidos a tratamiento previamente (12,2%), que entre los que fueron admitidos por primera vez en la vida (3,7%) y fueron bastante parecidas en hombres y en mujeres (Tabla 2.1.2).

Si se considera la droga que motivó el tratamiento, se observa que entre los admitidos a tratamiento por heroína, un 51,2% no se había inyectado nunca (nunca-inyectadores), un 30,3% se había inyectado alguna vez en la vida, pero no en los 12 meses previos a la admisión (exinyectadores) y un 18,5% se había inyectado en los 12 meses previos (inyectadores recientes).

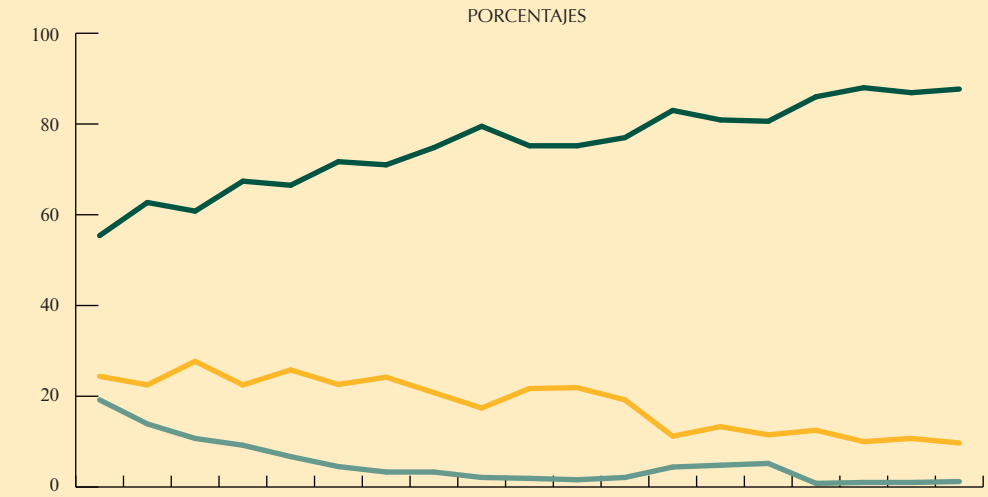
Por lo que respecta a los tratados por otras drogas en 2009, se encontró una proporción importante de inyectadores recientes entre los tratados por metadona (11,0%) y por otros opioides distintos a heroína o metadona u opioides sin especifar (18%). En los tratados por el resto de las drogas, la proporción fue menor del 10%: anfetaminas (2,1%), cocaína (3,4%), alucinógenos (1,4%), éxtasis (2,6%), cannabis (6,1%) e hipnosedantes (3%) (Tablas 2.1.4A y 2.1.4B).

Entre 1996 y 2009 descendió la proporción de inyectadores recientes en el conjunto de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas pasando de 45,8% en 1996 al 7,9% en 2009. Lo mismo sucedió con los admitidos a tratamiento por primera vez, entre los que pasó de 34,2% en 1991 a 3,7% en 2009. Si nos fijamos en la evolución del número absoluto de inyectadores recientes admitidos a tratamiento, se observa un descenso considerable, tanto en el conjunto de tratados (de 24.224 en 1996 a 3.763 en 2009) como entre los tratados por primera vez en la vida (de 7.132 en 1996 a 866 en 2009) (Figura 2.1.14).

Figura 2.1.13. Evolución de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cocaína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos* y porcentajes). España, 1991-2009.



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Esnifada	315	547	611	714	739	1.307	2.172	3.073	4.777	4.067	4.413	5.613	9.228	11.140	12.298	11.155	11.393	10.391	10.272
Pulmonar	139	196	278	238	287	413	741	856	1.048	1.172	1.284	1.403	1.242	1.837	1.755	1.617	1.295	1.276	1.139
Inyectada	109	121	108	97	74	82	100	128	128	105	91	156	485	693	793	103	130	117	136



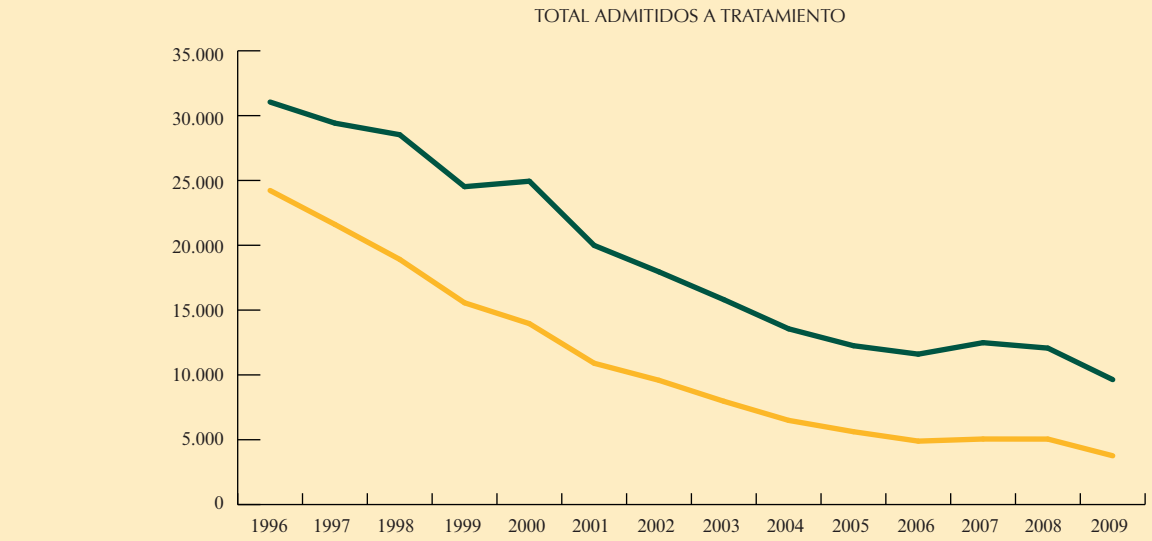
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Esnifada	55,4	62,7	60,8	67,4	66,5	71,7	71,0	74,8	79,5	75,2	75,2	77,0	83,0	80,9	80,6	86,0	88,0	86,9	87,7
Pulmonar	24,4	22,5	27,7	22,5	25,8	22,6	24,2	20,8	17,4	21,7	21,9	19,2	11,2	13,3	11,5	12,5	10,0	10,7	9,7
Inyectada	19,2	13,9	10,7	9,2	6,7	4,5	3,3	3,3	2,1	1,9	1,6	2,1	4,4	4,8	5,2	0,8	1,0	1,0	1,2

* El número de casos (absolutos) mostrados para cada vía de administración puede no sumar el total de los admitidos a tratamiento por primera vez por abuso o dependencia de cocaína debido a la existencia de casos con valores desconocidos en esta variable.

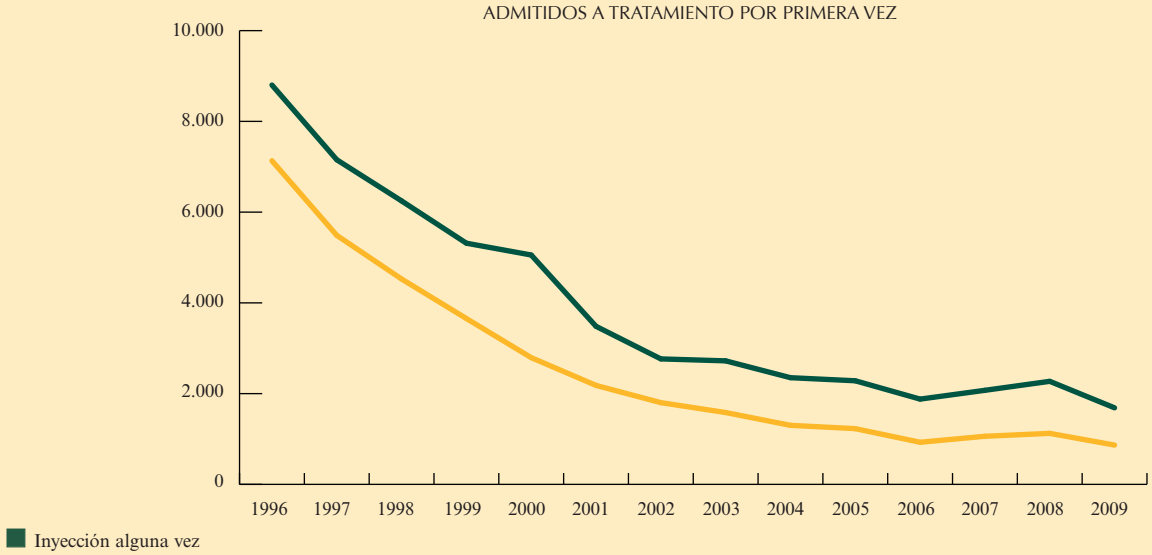
Nota: Las estimaciones del número de tratados por cocaína para el conjunto de España, según vía principal de administración, se han obtenido multiplicando el número tratados por cocaína en el conjunto de España por la proporción de admitidos de cada vía de administración (proporción que no estaba disponible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

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.14. Evolución del número de inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas en España, 1996-2009.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Inyección alguna vez en la vida	31.046	29.419	28.527	24.520	24.941	19.988	17.950	15.806	13.605	12.252	11.601	12.487	12.066	9.637
Inyección en 12 meses previos a la admisión	24.224	21.605	18.910	15.562	13.955	10.898	9.583	7.966	6.516	5.620	4.892	5.055	5.050	3.763



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Inyección alguna vez en la vida	8.801	7.154	6.247	5.315	5.055	3.483	2.765	2.722	2.356	2.283	1.879	2.073	2.271	1.687
Inyección en 12 meses previos a la admisión	7.132	5.488	4.526	3.655	2.793	2.181	1.801	1.583	1.303	1.228	928	1.060	1.124	866

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

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Admisiones a tratamiento por alcohol

Se han analizado las admisiones a tratamiento por abuso/dependencia de alcohol correspondientes al período 2008-2009 (Tablas 2.1.5 – 2.1.7).

La recogida de los tratamientos por alcohol es complicada por la cantidad de tratamientos que se realizan fuera de la red asistencial de drogas, pero en 2008, por primera vez, todas las comunidades y ciudades autónomas notificaron las admisiones a tratamiento por alcohol de las que se disponía de datos desagregados. Se registraron 26.318 admisiones en 2008 y 27.958 en 2009.

De los admitidos a tratamiento por alcohol en 2009, un 19,3% fueron mujeres, siendo esta proporción ligeramente más baja entre los tratados por primera vez en la vida por esta sustancia que entre los previamente tratados. La edad media de los tratados fue de 47,6 años, bastante superior a la edad media de admisión a tratamiento por drogas ilegales, e incluso que la edad media de admisión a tratamiento por hipnosedantes.

La proporción de nacidos fuera de España fue de 8,8% (superior a la del conjunto de admitidos por drogas ilegales), siendo esta proporción más elevada entre los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida (12,9%) que entre los tratados previamente por la misma sustancia (6,7%) y entre las mujeres (10,8%) que entre los hombres (8,3%). El 47,9% de los admitidos a tratamiento tenía un nivel de estudios inferior a la secundaria (proporción bastante similar a la que se daba entre los admitidos por drogas ilegales), proporción que era más elevada entre los hombres (49,5%) que entre las mujeres (41,0%).

El 32,7% estaba desempleado (proporción inferior a la que se daba en el conjunto de admitidos por drogas ilegales), siendo esta proporción más elevada entre los que habían realizado tratamiento previo por la misma sustancia (32,5%) y entre las mujeres (31,1%). Con respecto al alojamiento o residencia, el 85,4% vivía en hogares familiares convencionales (proporción algo más elevada que la del conjunto de admitidos por drogas ilegales), el 4,5% estaba institucionalizado y el 4,1% vivía en alojamientos precarios o inestables. El 44,6% convivía con la familia propia, el 22,6% con la familia de origen y el 23,7% vivía solo. La fuente que refirió a estas personas a tratamiento con más frecuencia fue el sistema de salud general (30,6%), la iniciativa propia (21,9%) y la familia o amigos (13,2%) (Tabla 2.1.6).

Por lo que respecta a la frecuencia de consumo de alcohol en los 30 días previos a la admisión a tratamiento, un 60,6% consumía alcohol diariamente y un 20% con diversa frecuencia semanal, siendo la proporción de consumidores diarios más elevada en los hombres (61,6%) que en las mujeres (56,7%).

La edad media de inicio en el consumo de alcohol fue de 18,9 años, siendo más temprana entre los previamente tratados por la misma sustancia (18,6 años) que entre los tratados por primera vez en la vida (19,2 años) y entre los hombres (18,1 años) que entre las mujeres (22,0 años) (Tabla 2.1.6). Considerando conjuntamente la edad media de admisión a tratamiento y de inicio en el consumo, se observa que por término medio estos pacientes llevaban 28,7 años de consumo cuando son admitidos a tratamiento. Muchos de los admitidos a tratamiento por alcohol habían consumido otras drogas en los 30 días previos a la admisión a tratamiento; en concreto un 61,5% cocaína, un 50,9% cannabis, un 5,9% opiáceos (sobre todo codeína), un 9,8% hipnosedantes, un 2,2% anfetaminas, un 1,4% éxtasis, un 0,9% alucinógenos y un 0,2% inhalables volátiles (Tabla 2.1.7).

El 4,5% se había inyectado drogas alguna vez en la vida —siendo esta proporción más elevada en los tratados previamente (6,1%) y entre los hombres (4,6%)— y un 1,2% en los últimos 12 meses. Un 56,8% de los admitidos a tratamiento desconocía el estado serológico frente a VIH, y estaba infectado por este virus el 1,7%, cifra muy inferior a la registrada entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas pscoactivas ilegales.

Tabla 2.1.5. Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (%). España, 2008.

	Total	Tratamiento previo[1]		Sexo[1]	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de casos	26.318	9.753	9.395	21.258	4.952
Tratados por primera vez por alcohol (%)	49,1			49,2	48,2
Edad media (años)	43,4	44,2	42,8	43,2	44,1
Mujeres (%)	18,9	20,0	19,4		
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,5	1,2	1,3	1,5	1,3
Enseñanza primaria	46,9	45,0	45,4	48,5	40,0
Enseñanzas secundarias	43,6	45,7	45,5	43,1	45,9
Estudios universitarios	7,0	7,1	6,6	6,0	11,4
Otros	0,9	1,0	1,2	0,9	1,4
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	48,5	45,8	51,2	50,6	39,6
Parado no habiendo trabajado	1,9	2,0	1,8	1,6	3,5
Parado habiendo trabajado	25,6	25,8	21,3	25,6	24,8
Otras	24,0	26,4	25,7	22,2	32,1
Nacidos fuera de España (%)	8,7	8,9	11,7	8,2	10,8
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	9,3	14,1	10,0	8,9	11,0
Médicos generales, Atención Primaria de salud	28,7	29,1	35,4	29,0	27,7
Hospitales u otros servicios de salud	9,1	10,8	8,1	8,6	11,4
Servicios sociales	4,8	5,1	4,3	4,5	5,9
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	4,3	4,4	6,2	4,0	5,5
Servicios legales o policiales	2,6	2,4	3,5	2,7	2,3
Empresas o empleadores	1,2	1,0	1,6	1,4	0,3
Familiares o amigos/as	15,9	10,9	10,4	16,3	14,2
Iniciativa propia	22,1	20,1	18,3	22,5	20,2
Otras	2,0	2,2	2,1	2,1	1,5
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	20,6	21,0	22,6	20,9	19,1
Unicamente con pareja	12,7	13,0	12,4	12,0	15,8
Unicamente con hijos	6,7	7,4	7,6	5,1	13,8
Con pareja e hijos/as	26,4	23,5	23,2	26,8	24,4
Con padres o familia de origen	24,5	24,5	24,3	25,8	18,9
Con amigos	2,4	2,7	2,8	2,4	2,4
Otros	6,7	7,9	7,1	7,0	5,5
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	88,7	88,1	86,0	88,0	91,6
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	1,3	0,9	1,6	1,5	0,9
Otras instituciones	2,2	2,6	2,7	2,4	1,5
Pensiones, hoteles, hostales	1,4	1,6	2,0	1,5	1,4
Alojamientos inestables/precarios	3,6	3,7	4,7	3,8	2,9
Otros lugares	2,6	3,1	3,0	2,8	1,8
Edad al inicio del consumo de alcohol (años)	19,7	19,8	19,6	18,9	23,2
Frecuencia de consumo de alcohol en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	63,3	63,2	63,5	64,2	60,0
4-6 días/semana	5,7	5,4	6,2	5,5	6,5
2-3 días/semana	9,4	8,8	10,0	9,3	10,0
1 día/semana	3,6	3,5	3,7	3,5	4,2
Menos de 1 día/semana	3,9	4,3	3,5	3,7	5,0
No consumió	14,0	14,7	13,1	13,9	14,2
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	5,1	6,2	3,9	5,4	3,7
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	1,4	1,6	1,2	1,5	0,9
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	1,7	2,0	1,3	1,7	1,8
Negativo (análisis últimos 6 meses)	20,5	21,0	18,7	20,3	21,7
Negativo (sin fecha de análisis)	21,6	23,6	19,8	21,2	23,8
Sin análisis o resultado desconocido	56,1	53,4	60,1	56,8	52,7

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

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.6. Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (%). España, 2009.

	Total	Tratamiento previo[1]		Sexo[1]	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de casos	27.958	11.288	10.924	22.405	5.375
Tratados por primera vez por alcohol (%)	49,2			49,2	48,9
Edad media (años)	47,6	30,0	52,0	45,8	55,0
Mujeres (%)	19,3	20,1	20,0		
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,4	1,0	1,4	1,4	1,2
Enseñanza primaria	46,5	45,2	45,0	48,1	39,8
Enseñanzas secundarias	43,9	45,4	44,7	43,2	46,8
Estudios universitarios	7,1	7,3	7,3	6,2	10,9
Otros	1,1	1,1	1,5	1,0	1,3
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	40,4	37,6	43,7	41,9	34,1
Parado no habiendo trabajado	2,2	2,0	2,2	1,9	3,2
Parado habiendo trabajado	30,5	30,5	26,1	31,0	27,9
Otras	27,0	29,9	28,0	25,2	34,8
Nacidos fuera de España (%)	8,8	6,7	12,9	8,3	10,8
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamientode drogodependencias	10,1	14,6	9,6	9,9	11,5
Médicos generales, Atención Primaria de salud	21,5	17,3	25,3	22,0	19,6
Hospitales u otros servicios de salud	9,1	9,6	8,5	8,5	11,4
Servicios sociales	12,5	10,6	18,0	12,2	14,1
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	4,6	4,6	6,3	4,5	5,2
Servicios legales o policiales	2,7	2,5	3,2	2,6	2,8
Empresas o empleadores	1,4	1,2	1,8	1,6	0,7
Familiares o amigos/as	13,2	10,4	10,5	13,5	12,0
Iniciativa propia	21,9	27,0	15,0	22,3	20,0
Otras	2,9	2,3	1,9	2,9	2,6
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	23,7	25,2	25,8	24,2	21,8
Unicamente con pareja	11,6	11,3	11,7	10,9	14,6
Unicamente con hijos	6,3	7,0	6,3	4,6	13,7
Con pareja e hijos/as	26,7	23,5	25,8	27,0	24,9
Con padres o familia de origen	22,6	22,8	21,6	24,0	16,6
Con amigos	2,6	2,8	2,8	2,4	3,1
Otros	6,6	7,5	6,0	6,9	5,4
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	85,4	84,2	83,2	85,0	87,0
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	1,5	1,6	1,4	1,6	1,4
Otras instituciones	3,0	3,4	3,5	3,2	2,5
Pensiones, hoteles, hostales	2,1	2,2	2,8	2,0	2,5
Alojamientos inestables/precarios	4,1	3,8	5,5	4,4	3,0
Otros lugares	3,8	4,9	3,6	3,9	3,6
Edad al inicio del consumo de alcohol (años)	18,9	18,6	19,2	18,1	22,0
Frecuencia de consumo de alcohol en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	60,6	60,2	61,4	61,6	56,7
4-6 días/semana	5,7	5,4	5,5	5,4	6,9
2-3 días/semana	10,5	8,5	11,0	10,2	12,0
1 día/semana	3,8	3,3	4,2	3,5	4,7
Menos de 1 día/semana	4,2	4,2	4,1	4,0	5,0
No consumió	15,2	18,5	13,8	15,3	14,7
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	4,5	6,1	3,1	4,6	4,2
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	1,2	1,3	1,0	1,2	1,1
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	1,7	2,1	1,3	1,6	2,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)	18,7	19,7	17,0	18,7	18,9
Negativo (sin fecha de análisis)	22,9	28,5	18,0	22,2	26,0
Sin análisis o resultado desconocido	56,8	49,6	63,8	57,6	53,1

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

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.7. Evolución del consumo de otras drogas entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol (%). España, 2005-2009.

	2005	2006	2007	2008	2009
Nº de casos	18.950	19.454	19.224	26.318	27.958
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión de tratamiento (%)					
Opiáceos	5,7	6,1	6,4	6,1	5,9
Heroína	5,2	5,7	6,0	5,7	5,4
Metadona	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
Cocaína	57,4	58,7	58,0	66,1	61,5
Cocaína CIH	56,5	57,9	57,0	65,2	60,6
Base cocaína	0,9	0,8	1,0	0,9	0,9
Estimulantes	5,9	5,2	4,6	4,3	3,9
Anfetaminas	2,2	2,4	2,3	2,5	2,2
MDMA y derivados	1,9	1,4	1,8	1,8	1,4
Otros estimulantes	1,8	1,4	0,5	0,1	0,4
Hipnóticos y sedantes	8,9	9,0	8,5	10,6	9,8
Barbitúricos	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
Benzodiazepinas	8,0	8,2	8,1	10,2	9,2
Otros hipnosedantes	0,8	0,8	0,4	0,4	0,5
Alucinógenos	0,6	0,9	0,8	1,2	0,9
LSD	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1
Otros alucinógenos	0,6	0,8	0,7	1,0	0,8
Inhalables volátiles	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Cannabis	42,7	44,1	43,3	49,1	50,9
Otras sustancias	2,3	1,7	1,6	1,2	0,9

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

2.2. INDICADOR URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, 1996-2009

Metodología

En este apartado se resume el protocolo de trabajo del "indicador urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas", donde se incluyen criterios operativos de inclusión y exclusión de episodios, criterios para seleccionar las áreas y hospitales monitorizados, definiciones y criterios para clasificar las distintas variables, así como detalles sobre los instrumentos y el circuito de recogida y transmisión de la información.

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

Desde el ámbito estatal, las comparaciones temporales y espaciales deben hacerse con muchas precauciones y deben basarse únicamente en distribuciones porcentuales de las características de las urgencias y no en números absolutos o tasas poblacionales. Según el protocolo en vigor, cuando se decide monitorizar un área geográfica dada, han de monitorizarse todos los hospitales relevantes ubicados en dicha área, excluidas maternidades, hospitales pediátricos y hospitales monográficos, pero esto no siempre se cumple. Cada comunidad autónoma puede decidir si recoge la información de forma continua o lo hace sólo durante una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria en la unidad central (OEDT). En el protocolo se recomienda igualmente recoger la información de forma activa seleccionando los episodios registrables tras una revisión exhaustiva de todas las historias clínicas de urgencias, pero no en todos los lugares se ha seguido este procedimiento, lo que constituye un argumento más para evitar las comparaciones temporales y espaciales basadas en el número absoluto de urgencias.

La ficha de recogida consta de 20 variables, algunas de ellas con varios apartados. Entre la información recogida se incluye: información de afiliación (número de historia clínica, número de identificación del hospital, fecha de admisión en urgencias), información sociodemográfica (sexo, fecha de nacimiento, provincia y municipio de nacimiento, nacionalidad, condición legal del paciente), información sobre la urgencia y consumo de drogas (diagnóstico CIE-10, resolución de la urgencia, nombre de las drogas que se mencionan y vía de consumo, y evidencia —si la hubiere— de relación entre consumo y urgencia).

Se incluyen todos los episodios de urgencias hospitalarias en personas de 15 a 64 años en que se menciona consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas (excepto aquéllos en que se menciona exclusivamente el uso de alcohol, tabaco o xantinas), independientemente de que varios de ellos se den en la misma persona.

Por lo tanto, se recogen también las urgencias provocadas por complicaciones infecciosas o causas externas en consumidores de drogas ilegales, aunque en la historia clínica no se aporten evidencias de relación directa con el uso de drogas. También se incluyen las urgencias en personas que consumen opiáceos en el marco de programas de mantenimiento sin que exista consumo de otras drogas psicoactivas, siempre que el diagnóstico esté inequívocamente relacionado con el consumo de dichos opiáceos, como sucede con las sobredosis o el síndrome de abstinencia.

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

Resultados

En 2009 se recogieron 11.890 episodios de urgencias en personas que habían realizado consumo no terapéutico o no médico de drogas psicoactivas (drogas de comercio ilegal, opioides diferentes a heroína o inhalables volátiles), pudiendo ser el consumo de estas sustancias motivo de consulta al acudir a los servicios de urgencias o no, causa real de la urgencia o no o, exclusivamente, acompañantes del resto de antecedentes personales del usuario de estos servicios.

De este cómputo, se excluyen los episodios en los que sólo se mencionó alcohol, tabaco, hipnosedantes, antidepresivos, antipsicóticos, o cualquier combinación de estas sustancias.

Las urgencias procedían de 15 comunidades autónomas. En la mayor parte de las áreas monitorizadas la recogida se limitó a una semana de cada mes seleccionada aleatoriamente, pero en otras, como la ciudad de Barcelona y la isla de Ibiza se realizó una recogida continua. De los 11.890 episodios de urgencias recogidos, 5.567 (46,8%) estaban directamente relacionados con el consumo no terapéutico de drogas psicoactivas; es decir, se hallaron en la historia clínica evidencias (expresiones del médico) que permitían relacionarla con el consumo no terapéutico de alguna de estas drogas.

Centrándonos exclusivamente, a partir de ahora, en las urgencias directamente relacionadas con drogas (independientemente de que éstas tuviesen o no un papel causal en la urgencia), en 2009, las sustancias cuyo consumo se mencionó más frecuentemente en la historia clínica fueron cocaína (61,3%), alcohol (47,4%), cannabis (38,5%), hipnosedantes (20,8%), heroína (21,8%) y otros opiáceos sin especificar (14,0%) (Tabla 2.2.1).

En la comparación de las sustancias mencionadas en hombres y mujeres, se observa que los hombres mencionan en mayor proporción heroína, cocaína, cannabis y alcohol mientras que las mujeres mencionan en mayor medida los hipnosedantes, No se observaron diferencias en la proporción de menciones de anfetaminas e inhalables volátiles entre hombres y mujeres.

Con respecto a años anteriores, se observa una disminución importante de la proporción de menciones de heroína desde 1996 a 2006 (61,5% en 1996, 40,5% en 2000, 26,8% en 2002, 24,2% en 2004, 21,8% en el 2006) que parece haberse estabilizado en los últimos años (21,0% en el 2007, 21,5% en el 2008 y 21,8 en 2009).

Sin embargo, la proporción de menciones de cocaína muestra la tendencia contraria, aumentando las menciones desde el año 1996 (27,4% en 1996, 48,7% en 1997, 63,4% en 2005, 63,7% en 2008 y 61,3% en 2009) y estabilizándose en torno al 60-63% desde el 2005 (Tabla 2.2.2 y Figura 2.2.1).

La heroína ha ido perdiendo presencia en las urgencias desde el año 1999, año en el que dejó paso a la cocaína como la droga más frecuentemente mencionada en urgencias (Tabla 2.2.2 y Figura 2.2.1). Incluso, desde 2001, el número de urgencias con mención de alcohol, a pesar de registrarse sólo cuando existe consumo concomitante de otras drogas, supera al número de urgencias con mención de heroína.

El resto de sustancias mencionadas también ha mostrado cambios en los últimos años. Así, ha aumentado considerablemente la proporción de menciones de cannabis, pasando del 7,4% en 1996 a un 38,5% en 2009 (Figura 2.2.2 y Tabla 2.2.2) y la de alcohol, pasando de 13,3% en 1996 a 47,4% en 2009. Por su parte, la mención de éxtasis aumentó entre 1996 y 2006 (año que alcanzó su máximo), pasando de 1,6% a 7,2% y ha disminuido hasta un 3,2% en 2009. La proporción de menciones de anfetaminas muestra una tendencia ligeramente ascendente durante el periodo 1996-2009, con ligeras variaciones, pero se ha mantenido estable en torno al 5% en los últimos cuatro años, siendo en 2009 del 5,6%. La evolución del porcentaje de menciones de hipnosedantes es difícilmente valorable, especialmente a partir de 2002, debido a las modificaciones introducidas con respecto a los criterios de recogida de datos entre las diferentes comunidades autónomas y al análisis de la información.

La proporción de menciones de alucinógenos se mantiene en niveles relativamente bajos y estables (en torno al 2%) desde 2005, aunque se ha observado un ligero repunte en 2009 (3,2%) que habrá de ser vigilado. Si se consideran conjuntamente anfetaminas, éxtasis y alucinógenos, se observa que el porcentaje de menciones de estas tres sustancias alcanzó el valor máximo en 2006 (12,4%), iniciándose el descenso, a partir de entonces, situándose en el 7,7% en 2009 (Figura 2.2.2 y Tabla 2.2.2).

Hasta el momento, se ha informado de sustancias mencionadas en los casos en los que se considera que hubo relación entre la urgencia y el consumo de sustancias. Al interpretar los datos anteriores hay que tener en cuenta que se trata de menciones de consumo de estas drogas extraídas de la historia clínica, y no de que las urgencias hayan sido provocadas por (o estén relacionadas con) el consumo de las mismas.

Cuando se consideran exclusivamente las drogas que el médico relaciona con la urgencia el panorama es muy parecido, siendo en 2009 las sustancias relacionadas con más frecuencia: cocaína (55,1% de las urgencias), alcohol (40,2%), cannabis (29,4%), heroína (17,2%) e hipnosedantes (16,5%). Como una misma urgencia puede estar relacionada con el consumo de varias sustancias, la suma puede ser supe-

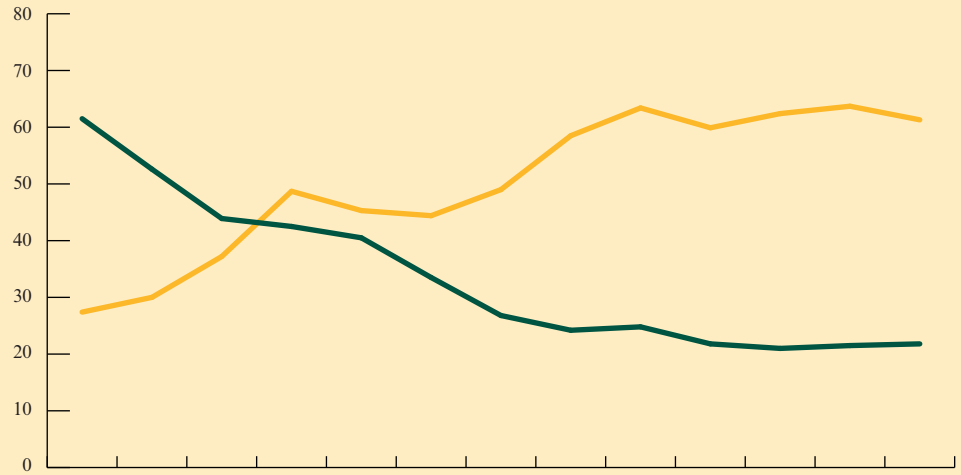
Tabla 2.2.1. Características generales de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas según tipo de urgencia y sexo. España, 2009.

	Total urgencias en consumidores de drogas			Urgencias direct. relacionadas con drogas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Número de episodios	9.219	2.654	11.873	4.349	1.200	5.567
Edad media (años)	33,6	33,1	33,5	32,9	32,3	32,7
Mujeres (%)	-	-	22,4	-	-	21,6
Sustancias psicoactivas mencionadas (%)[1]						
Heroína	20,0	17,1	19,4	22,4	19,4	21,8
Otros opiáceos	17,6	18,4	17,8	14,2	13,4	14,0
Cocaína	54,6	53,8	54,4	62,1	58,1	61,3
Anfetaminas	3,9	3,9	3,9	5,6	5,6	5,6
MDMA y dervivados	2,7	2,6	2,7	3,3	3,0	3,2
Hipnosedantes	12,7	14,1	13,0	20,1	23,4	20,8
Cannabis	44,1	39,6	43,1	38,9	37,0	38,5
Alucinógenos	2,1	1,7	2,1	3,3	2,8	3,2
Sustancias volátiles	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6
Alcohol	39,3	34,7	38,3	47,9	45,0	47,4
Otras sustancias	1,4	2,6	1,7	2,3	4,0	2,7
Evidencias de relación entre uso de drogas y urgencia (%)	47,2	45,3	46,8	-	-	-
Sustancias psicoactivas relacionadas (%)[2]						
Heroína	-	-	-	17,5	15,8	17,2
Otros opiáceos	-	-	-	8,0	6,6	7,7
Cocaína	-	-	-	51,8	48,5	51,1
Anfetaminas	-	-	-	4,6	4,7	4,6
MDMA y derivados	-	-	-	2,4	2,4	2,4
Hipnosedantes	-	-	-	15,9	18,9	16,5
Cannabis	-	-	-	29,9	27,6	29,4
Alucinógenos	-	-	-	2,6	2,5	2,6
Sustancias volátiles	-	-	-	0,5	0,5	0,5
Alcohol	-	-	-	40,5	38,9	40,2
Otras sustancias	-	-	-	0,9	2,2	1,2
Detenidos (%)	5,6	2,4	4,8	6,0	2,6	5,2
Resolución urgencia (%)						
Alta médica	80,7	79,7	80,5	81,0	80,7	81,0
Alta voluntaria	7,0	7,3	7,0	8,2	8,2	8,2
Ingreso hospitalario	9,9	10,2	10,0	8,0	7,6	7,9
Muerte en urgencias	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	2,4	2,9	2,5	2,7	3,5	2,8

1. Incluye las sustancias consumidas habitual o esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia.
2. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Urgencias.

Figura 2.2.1. Evolución de la proporción de urgencias directamente relacionadas con el consumo de drogas en que se menciona consumo de heroína o cocaína (%). España, 1996-2009.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Heroína	61,5	52,6	43,9	42,5	40,5	33,5	26,8	24,2	24,8	21,8	21,0	21,5	21,8
Cocaína	27,4	30,0	37,2	48,7	45,3	44,4	49,0	58,5	63,4	59,2	62,4	63,7	61,3

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Urgencias.

rior al 100%. Considerando la evolución durante el período 1996-2009, se aprecian las mismas tendencias ya reflejadas para los porcentajes de las drogas mencionadas en la historia clínica (Tabla 2.2.2).

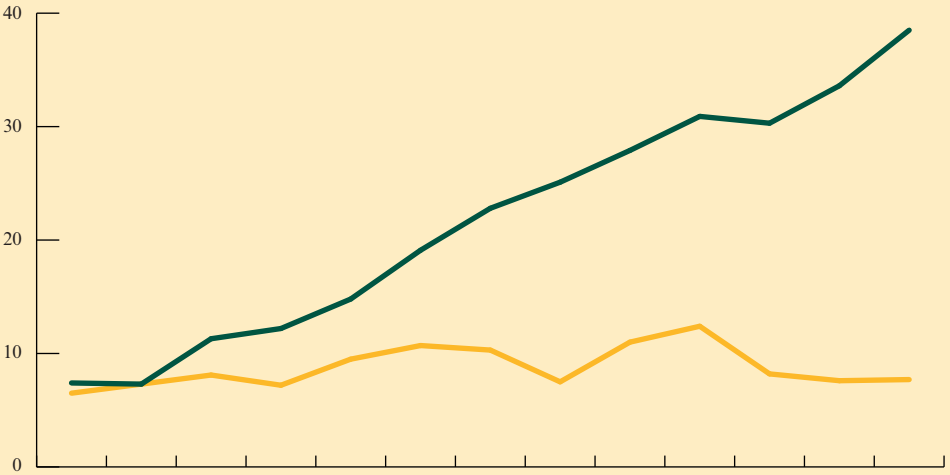
La proporción de mujeres atendidas en urgencias (en relación con el consumo no médico de sustancias psicoactivas) aumentó desde el 20,8% en 1997 al 28% en 2004 y, posteriormente, descendió hasta alcanzar el 21,6% en 2009 (Tabla 2.2.2).

En 2009, la edad media de las personas atendidas fue de 32,7 años (Tabla 2.2.2) (algo más elevada en hombres que en mujeres), correspondiendo las edades medias más bajas a las urgencias con mención a inhalables volátiles (24,6 años), alucinógenos (27,0 años) y éxtasis (28,6 años) y las más elevadas a las urgencias con mención de heroína (36,2 años) u otros opiáceos (37,8 años) (Tablas 2.2.3A y 2.2.3B). En general, durante el periodo temporal estudiado, se observa una tendencia al aumento en la edad media de las personas atendidas en urgencias (27,8 años en 1996; 30,3 años en 2000; 31,0 en 2004 y 32,7 en 2009) (Tabla 2.2.2).

Por lo que respecta a la condición legal del paciente, en 2009 un 5,2% de las urgencias directamente relacionadas con las drogas correspondieron a personas detenidas, dándose las mayores proporciones de detenidos en las urgencias relacionadas con la heroína (6,6%) u otros opiáceos (12,2%) (Tablas 2.2.3A y 2.2.3B). La condición legal de los pacientes ha ido evolucionando, observándose el mayor porcentaje de detenidos en 1997, año a partir del cual se inició un descenso que alcanzó su valor más bajo en 2006 (3,7%). Desde entonces, se objetiva una leve tendencia ascendente (3,8% en 2007; 4,4% en 2008 y 5,2% en 2009) (Tabla 2.2.2).

En 2009, la mayor parte de las urgencias directamente relacionadas con las drogas se resolvieron con alta médica (81,0%) (Tabla 2.2.2). La distribución de las urgencias según resolución de la misma no ha variado demasiado a lo largo de los años y tampoco se aprecian grandes diferencias según las drogas mencionadas o según el sexo (Tablas 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3A y 2.2.3B).

Figura 2.2.2. Evolución de las menciones de diversas sustancias en las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de drogas (%). España, 1996-2009.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cannabis	7,4	7,3	11,3	12,2	14,8	19,1	22,8	25,1	27,9	30,9	30,3	33,6	38,5
Éxtasis, anfetaminas o alucinógenos	6,5	7,3	8,1	7,2	9,5	10,7	10,3	7,5	11,0	12,4	8,2	7,6	7,7

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Urgencias.

En cuanto a la vía de administración más frecuente de las drogas mencionadas en las urgencias directamente relacionadas con drogas, hay que tener en cuenta que existe una proporción importante de valores desconocidos, por lo que los resultados deben ser valorados con cautela. En 2009, en las urgencias con mención de heroína, la vía de administración predominante fue la parenteral (55,0%), seguida de la pulmonar (38,2%) y la intranasal o esnifada (6,2%), y en las urgencias con mención de cocaína, lo fue la vía intranasal o esnifada (58,6%), seguida de la inyectada (18,1%) y de la pulmonar o fumada (19,6%) (Tabla 2.2.4).

Se ha producido una mejora de la clasificación de la vía de administración de los episodios de urgencias en que se mencionaba "consumo inhalado". Hasta 2003 venían atribuyéndose a la vía pulmonar o fumada, pero la implantación del nuevo protocolo de recogida de datos en 2003 permitió identificar que la mayoría de estos episodios corresponden a la vía intranasal o esnifada. Esta mejora de la clasificación en el caso de la cocaína supone un cambio importante porque la vía de administración más frecuente en urgencias deja de ser la pulmonar y pasa a ser con mucha diferencia la intranasal, al igual que sucede para el Indicador Tratamiento. En el caso de la heroína, el peso de la vía inyectada es mucho mayor en urgencias que entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de esta droga, lo que viene a poner de manifiesto el mayor riesgo de algunos problemas agudos, como la sobredosis, entre los inyectores.

Los datos sobre la vía de administración para el resto de sustancias psicoactivas concuerdan con lo conocido a partir de otras fuentes: en el caso del éxtasis, los hipnosedantes, las anfetaminas y los alucinógenos, la vía de administración es mayoritariamente oral. El consumo de otros opiáceos diferentes de la heroína se produce también, generalmente, por vía oral, aunque existe uso de la vía parenteral en, aproximadamente, el 1,8% de los casos. El cannabis se utiliza, predominantemente, la vía pulmonar (95,4%) pero existe una pequeña proporción de consumidores por vía oral (4,3%) (Tabla 2.2.4).

Tabla 2.2.2. Características generales de los episodios de urgencias directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1996-2009.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Número de episodios	2.585	1.932	2.099	2.141	2.328	2.145	2.673	5.828	7.089	7.042	7.822	6.431	5.567
Edad media (años)	27,8	28,1	29,1	29,4	30,3	29,8	29,8	31,0	30,7	31,6	32,0	32,4	32,7
Sexo (%)													
Mujeres	21,4	20,8	23,1	23,5	27,4	27,1	27,4	28,0	25,0	26,1	23,4	22,7	21,6
Sustancias psicoactivas mencionadas (%)[1]													
Heroína	61,4	52,6	43,8	41,9	40,5	33,5	26,8	24,2	24,8	21,8	21,0	21,5	21,8
Otros opiáceos	17,3	26,2	23,3	23,4	20,9	21,9	17,7	14,0	13,6	13,7	15,0	14,7	14,0
Cocaína	27,3	29,9	37,2	48,1	45,3	44,4	49,0	58,5	63,4	59,2	62,4	63,7	61,3
Anfetaminas	3,1	3,3	3,4	2,7	2,6	4,6	3,8	3,0	4,8	5,4	4,8	5,2	5,6
MDMA y derivados	1,6	2,7	2,9	3,1	4,8	5,2	6,3	4,2	5,7	7,2	5,8	5,0	3,2
Hipnosedantes	25,7	21,6	26,1	25,1	30,6	32,0	34,1	27,7	24,6	28,3	23,5	21,3	20,8
Cannabis	7,4	7,3	11,3	12,2	14,8	19,1	22,8	25,1	27,9	30,9	30,3	33,6	38,5
Alucinógenos	2,7	2,2	2,9	2,1	2,9	2,4	1,4	1,2	2,0	2,4	2,3	2,0	3,2
Sustancias volátiles	0,3	0,1	0,5	0,1	0,3	0,9	0,3	0,7	0,5	0,4	0,5	0,5	0,6
Alcohol	13,3	15,8	22,9	22,0	29,5	33,8	39,0	36,3	39,0	42,9	41,9	44,6	47,4
Otras sustancias	5,1	3,6	6,0	2,0	0,8	2,8	4,5	12,5	4,7	9,3	10,5	3,3	2,7
Sustancias psicoactivas relacionadas (%)[2]													
Heroína	56,1	50,9	38,7	33,0	35,3	29,2	21,4	17,5	19,0	16,9	16,9	17,2	17,2
Otros opiáceos	13,5	17,4	16,8	18,9	18,0	17,4	13,1	9,1	8,3	8,5	8,1	7,5	7,7
Cocaína	19,9	25,0	31,6	39,4	40,9	40,5	44,7	50,0	55,5	51,1	53,8	55,1	51,1
Anfetaminas	2,2	2,9	3,0	9,8	2,2	4,2	3,4	2,3	4,2	4,7	4,2	4,4	4,6
MDMA y derivados	1,3	2,2	2,2	2,4	4,5	4,4	5,3	3,2	4,7	6,4	5,0	4,2	2,4
Hipnóticos y sedantes	23,6	18,9	24,3	23,8	28,9	29,2	30,1	22,3	17,0	21,0	15,8	15,6	16,5
Cannabis	6,2	6,6	8,9	9,3	12,8	16,9	19,9	19,3	21,7	23,9	22,9	24,7	29,5
Alucinógenos	2,1	1,8	2,4	1,7	2,7	1,9	1,3	0,8	1,7	1,7	2,0	1,6	2,6
Sustancias volátiles	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,9	0,2	0,6	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5
Alcohol	12,4	15,2	22,2	20,0	26,8	29,0	35,4	30,7	32,3	36,0	35,7	37,3	40,2
Otras sustancias	4,1	3,2	4,9	1,3	0,8	1,6	1,8	8,7	3,3	4,9	6,0	1,8	1,2
Condición legal (%)													
Detenido	14,4	22,4	11,7	9,4	6,4	5,7	5,2	4,1	4,9	3,7	3,8	4,4	5,2
Resolución urgencia (%)													
Alta médica	80,5	82,0	81,2	80,9	78,7	79,1	82,1	81,4	79,1	76,2	79,1	80,0	81,0
Alta voluntaria	7,0	6,7	8,8	8,6	8,5	7,5	7,4	5,3	6,7	8,6	7,8	8,5	8,2
Ingreso hospitalario	7,6	7,2	6,0	6,5	8,3	7,8	6,3	8,0	8,4	8,8	9,0	7,8	7,9
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,2	0,7	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Traslado a otro centro	4,8	4,1	3,9	3,9	3,7	5,4	4,0	5,3	5,7	6,3	4,1	3,7	2,8

1. Incluye las sustancias consumidas habitual o esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia.
2. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Urgencias.

Tabla 2.2.3A. Características generales de las urgencias de drogas según tipo de urgencia y sustancias mencionadas o relacionadas con la urgencia. España, 2009.

	Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y deriv.
Total de urgencias en consumidores de drogas. Sustancias mencionadas[1]					
Nº de episodios relacionados con cada droga	2.299	2.107	6.454	462	319
Edad media (años)	36,5	38,9	33,9	29,4	29,4
Mujeres (%)	19,7	23,1	22,1	22,5	21,7
Detenidos (%)	7,6	7,8	5,2	4,4	4,1
Resolución urgencia (%)					
Alta médica	75,3	76,2	79,9	75,6	82,3
Alta voluntaria	9,7	8,3	7,8	6,5	7,4
Ingreso hospitalario	12,4	12,5	9,8	14,5	8,9
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Traslado a otro centro	2,7	2,7	2,5	3,4	1,5
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas. Sustancias mencionadas[1]					
Nº de episodios relacionados con cada droga	1.205	773	3.392	310	179
Edad media (años)	36,2	37,8	33,4	29,3	28,6
Mujeres (%)	19,1	20,6	20,4	21,3	20,1
Detenidos (%)	6,5	8,9	5,2	4,6	3,4
Resolución urgencia (%)					
Alta médica	76,0	76,4	81,2	75,2	83,1
Alta voluntaria	11,5	9,4	8,7	7,4	8,8
Ingreso hospitalario	9,5	9,9	7,5	13,2	5,9
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,0	4,2	2,5	4,3	2,2
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas. Sustancias relacionadas[2]					
Nº de episodios relacionados con cada droga	926	413	2.762	248	130
Edad media (años)	35,9	37,0	32,9	28,7	27,6
Mujeres (%)	19,9	18,6	20,5	22,2	21,5
Detenidos (%)	6,6	12,4	5,3	4,1	1,5
Resolución urgencia (%)					
Alta médica	75,6	79,4	82,1	76,4	85,1
Alta voluntaria	12,8	7,5	8,6	6,7	11,7
Ingreso hospitalario	9,1	8,7	7,2	11,5	1,1
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	2,5	4,5	2,2	5,3	2,1

1. Incluye las sustancias consumidas habitual o esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia.
2. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Urgencias.

Tabla 2.2.3B. Características generales de las urgencias de drogas según tipo de urgencia y sustancias mencionadas o relacionadas con la urgencia. España, 2009.

	Hipnóticos y sedantes	Cannabis	Alucinó-genos	Sustancias volátiles	Alcohol	Otras
Total de urgencias en consumidores de drogas Sustancias mencionadas[1]						
Nº de episodios relacionados con cada droga	1.542	5.122	244	48	4.548	198
Edad media (años)	34,8	30,7	27,2	24,8	33,5	34,9
Mujeres (%)	24,2	20,5	18,9	22,9	20,2	34,3
Detenidos (%)	7,9	3,8	1,6	12,8	3,1	4,0
Resolución urgencia (%)						
Alta médica	75,6	80,5	81,6	83,3	81,3	74,7
Alta voluntaria	10,4	5,9	7,4	4,2	7,1	9,8
Ingreso hospitalario	8,9	11,1	9,8	8,3	9,2	10,3
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Traslado a otro centro	5,1	2,4	1,2	4,2	2,3	5,2
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas Sustancias mencionadas[1]						
Nº de episodios relacionados con cada droga	1.151	2.134	176	33	2.623	148
Edad media (años)	34,8	30,0	27,0	24,6	33,1	35,2
Mujeres (%)	24,2	20,7	18,9	21,2	20,5	32,4
Detenidos (%)	6,6	5,0	1,1	9,4	3,2	4,7
Resolución urgencia (%)						
Alta médica	74,4	80,3	82,4	83,3	81,1	74,0
Alta voluntaria	11,0	6,8	8,8	4,2	8,2	9,6
Ingreso hospitalario	8,6	10,1	8,1	8,3	8,1	9,6
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	5,8	2,7	0,7	4,2	2,6	6,8
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas Sustancias relacionadas[2]						
Nº de episodios relacionados con cada droga	894	1.592	140	26	2.174	63
Edad media (años)	34,7	29,0	26,2	24,5	33,1	35,9
Mujeres (%)	24,6	20,2	20,9	23,1	20,9	39,7
Detenidos (%)	6,6	5,6	0,0	12,0	3,0	6,3
Resolución urgencia (%)						
Alta médica	75,0	81,0	85,4	84,2	82,3	79,0
Alta voluntaria	10,7	6,0	10,7	0,0	8,4	8,1
Ingreso hospitalario	8,4	10,3	3,9	10,5	7,1	4,8
Muerte en urgencias	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Traslado a otro centro	5,7	2,6	0,0	5,3	2,1	8,1

1. Incluye las sustancias consumidas habitual o esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia.
2. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Urgencias.

Tabla 2.2.4. Vía de administración de las drogas mencionadas y relacionadas con la urgencia en las urgencias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. España, 2009.

	Drogas mencionadas		Drogas relacionadas	
	Nº	%	N	%
Heroína				
Oral	3	0,6	6	1,3
Pulmonar o fumada	205	38,2	150	33,6
Intranasal o esnifada	33	6,2	21	4,7
Inyectada	295	55,0	270	60,4
Otra vía	0	0,0	0	0,0
Otros opiáceos				
Oral	730	95,7	407	94,7
Pulmonar o fumada	15	2,0	8	1,9
Intranasal o esnifada	2	0,3	0	0,0
Inyectada	14	1,8	14	3,3
Otra vía	2	0,3	1	0,2
Cocaína				
Oral	39	3,4	38	3,8
Pulmonar o fumada	224	19,6	174	17,4
Intranasal o esnifada	671	58,6	599	60,0
Inyectada	207	18,1	183	18,3
Otra vía	4	0,3	4	0,4
Anfetaminas				
Oral	125	85,6	101	84,2
Pulmonar o fumada	5	3,4	5	4,2
Intranasal o esnifada	15	10,3	14	11,7
Inyectada	0	0,0	0	0,0
Otra vía	1	0,7	0	0,0
MDMA				
Oral	114	98,3	80	97,6
Pulmonar o fumada	1	0,9	1	1,2
Intranasal o esnifada	1	0,9	1	1,2
Inyectada	0	0,0	0	0,0
Otra vía	0	0,0	0	0,0
Hipnosedantes				
Oral	1.264	99,5	933	99,6
Pulmonar o fumada	4	0,3	1	0,1
Intranasal o esnifada	0	0,0	0	0,0
Inyectada	2	0,2	3	0,3
Otra vía	0	0,0	0	0,0
Cannabis				
Oral	69	4,3	63	5,1
Pulmonar o fumada	1.523	95,4	1.162	94,6
Intranasal o esnifada	2	0,1	1	0,1
Inyectada	3	0,2	2	0,2
Otra vía	0	0,0	0	0,0
Alucinógenos				
Oral	70	93,3	55	94,8
Pulmonar o fumada	5	6,7	3	5,2
Intranasal o esnifada	0	0,0	0	0,0
Inyectada	0	0,0	0	0,0
Otra vía	0	0,0	0	0,0

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Urgencias.

La comparación de los datos referidos a la vía de administración con los de años anteriores debe, en principio, evitarse debido a las mejoras introducidas para la clasificación de esta variable y a algunas incidencias como fue la incorporación de todos los episodios de urgencia recogidos en la ciudad de Barcelona a partir de 2004, que pesan bastante en el conjunto y que, por las características de su población (preferentemente urbana), aporta al total un gran número de casos de consumo por vía inyectada.

A modo de resumen podemos resaltar que:

- Los hombres acuden a urgencias por consumo no médico de sustancias psicoactivas en mayor proporción que las mujeres.
- La edad media de las personas atendidas muestra una tendencia ascendente, pero se observan importantes variaciones en función de la sustancia responsable de la urgencia.
- El 46,8% (5.567 del total de 11.980) de los episodios de urgencias en usuarios de drogas, se encuentran provocados por el consumo de alguna sustancia.
- Las sustancias más frecuentemente mencionadas por los pacientes atendidos, al igual que las más frecuentemente relacionadas con los episodios de urgencias son, por este orden: cocaína, alcohol y cannabis, observándose un evidente ascenso de la presencia de este último.
- La heroína se relaciona con menos del 20% de las urgencias aunque es preciso vigilar la evolución.

2.3. INFECCIONES EN CONSUMIDORES DE DROGAS

Infección por VIH/sida en consumidores de drogas

En los últimos 20 años, el sida y la infección por VIH han sido uno de los principales problemas de salud asociados con el uso de drogas en España. Se dispone de diversas fuentes de información que permiten comprender la evolución de este fenómeno y su situación actual.

Registro Nacional de Sida

Existe un Registro Nacional de Sida que recoge información sobre los nuevos casos de sida a nivel estatal. Se dispone de datos desde 1981 hasta la actualidad. Este registro nos aporta información útil en relación a la evolución de la enfermedad y al mecanismo de transmisión[1].

Según el Centro Nacional de Epidemiología, desde 1981, año de inicio de la epidemia, hasta el 30 de junio de 2010 se habían notificado en España un total de 79.363 casos de sida.

La proporción de casos de sida atribuibles al consumo inyectado de drogas ha disminuido en los últimos años tras el pico registrado en 1990 (69,6%) a la vez que se ha incrementado la proporción de casos en la categoría de transmisión sexual. También ha disminuido el número absoluto de nuevos casos de sida diagnosticados cuya adquisición es atribuible al consumo inyectado de drogas. Este descenso puede ser consecuencia de varios factores que han incidido en el curso de la epidemia en los últimos años, entre los que cabe destacar la elevada disponibilidad de tratamientos de mantenimiento con metadona y el acusado descenso del uso de la vía inyectada para el consumo de heroína.

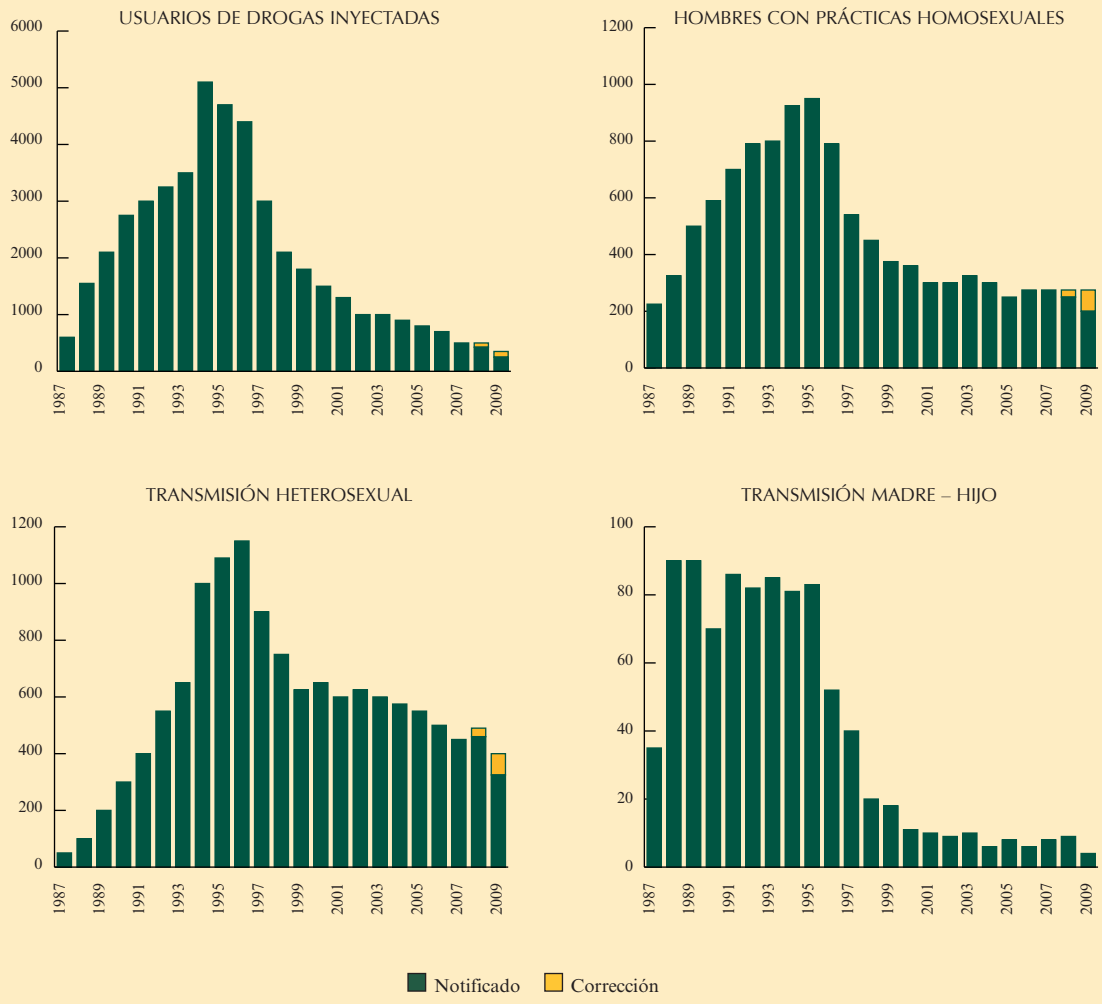
1. Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de Sida. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS_Informe_semestral.pdf

En 2009, se notificaron 1.037 nuevos casos de sida. La vía de transmisión más frecuente es la sexual: relaciones heterosexuales (34,7%) y homo/bisexuales (23,3%). El segundo mecanismo de transmisión más frecuente (32,1%) se debe al hecho de compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas. En 2009, se confirma la tendencia descendente de esta vía de transmisión, iniciada años atrás, en el grupo de usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral, ya que se observa, de 2008 a 2009, un descenso del 19% en el número de casos de sida diagnosticados. También descendieron, en este mismo periodo, los casos atribuidos a relaciones sexuales no protegidas entre hombres (1%) y a la transmisión heterosexual (11%).

En la Figura 2.3.1 se presenta la evolución temporal, desde 1987 hasta 2009, de los nuevos casos de sida en relación con el factor de riesgo asociado a la transmisión del VIH. En el primer gráfico se puede apreciar el descenso del número de los casos de sida a partir de 1995.

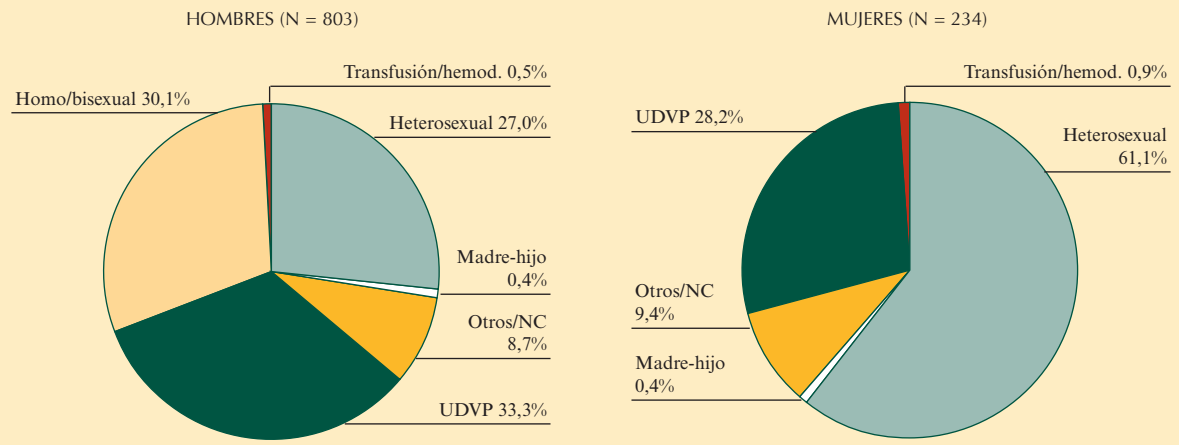
En la Figura 2.3.2 se presentan los nuevos casos de sida en relación con el factor de riesgo asociado (España 2009) a la transmisión del VIH, en la que se puede apreciar el predominio de la vía sexual en su conjunto y, especialmente, de las relaciones heterosexuales en mujeres.

Figura 2.3.1. Evolución de los nuevos casos de sida según el factor de riesgo asociado. España, 1987-2009.



FUENTE: Registro Nacional de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Actualización a 30 de junio de 2010.

Figura 2.3.2. Nuevos casos de sida según el factor de riesgo asociado. España, 2009.



UDVP: Usuarios de drogas por vía parenteral.

FUENTE: Registro Nacional de Sida. Centro Nacional de Epidemiología.

Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de infección por VIH

Algunas comunidades autónomas pusieron en marcha sistemas de registro de nuevas infecciones por VIH. Los registros correspondientes a Navarra y La Rioja muestran que después del pico alcanzado a mediados de los años ochenta se produjo un rápido descenso del número de infecciones hasta 1996. A partir de ese año se aprecia una gran disminución en el ritmo de aparición de nuevos casos.

Con los años ha ido aumentando el número de comunidades autónomas que notifican al sistema desde que se inició la recogida de datos, llegando a ser, en 2009, quince de las diecinueve comunidades autónomas, que equivale a 28.530.190 habitantes, el 64% de la población española.

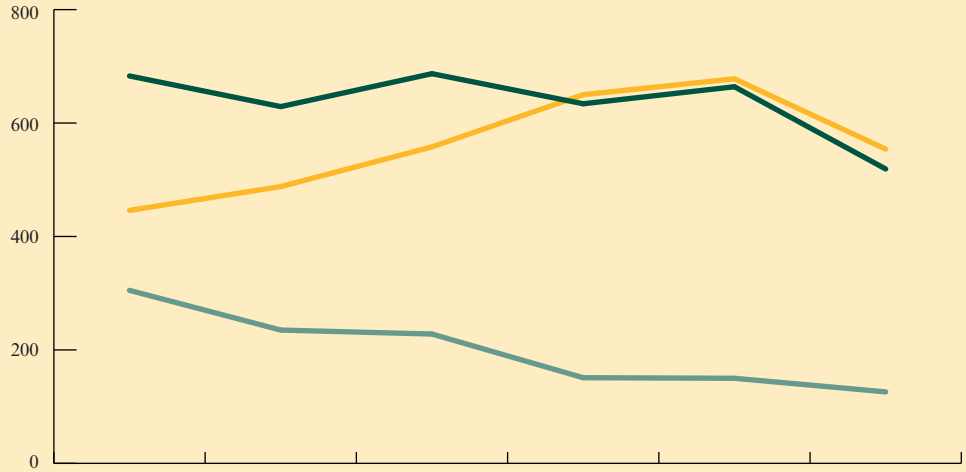
En el periodo 2004-2009[2], el grupo de usuarios de drogas por vía parenteral mantiene la tendencia descendente del número de nuevos diagnósticos de VIH (18,7/millón de habitantes en 2004 frente a 7,4/millón en 2009).

En relación con la transmisión sexual, se ha frenado la tendencia ascendente de los últimos años entre hombres que tienen sexo con otros hombres (27,3/millón en 2004 frente a 39,9 en 2008 y 30,5 en 2009). La transmisión heterosexual, tras un periodo de estabilización, está comenzando también a disminuir (41,8/millón en 2004 frente a 39,2 en 2008 y 30,5 en 2009). En la Figura 2.3.3 se presenta la evolución temporal de los nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión.

En 2009 se notificaron 2.264 nuevos diagnósticos de VIH, lo que supone una tasa de 79,3/millón de habitantes. Casi el 80% son hombres y la edad media fue de 37 años. La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres fue la más frecuente (42,5%), seguida de la heterosexual (34,5%) y de la que se produce entre usuarios de drogas inyectadas (8,1%). En la Figura 2.3.4 se presentan los datos de nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión en 2009 y en la Figura 2.3.5 se desagregan por categoría de transmisión y sexo, ambos referidos al último año con información disponible (2009).

2. Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Periodo 2003-2009. Centro Nacional de Epidemiología. 2010. http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf

Figura 2.3.3. Evolución de los nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión. España*, 2004-2009.



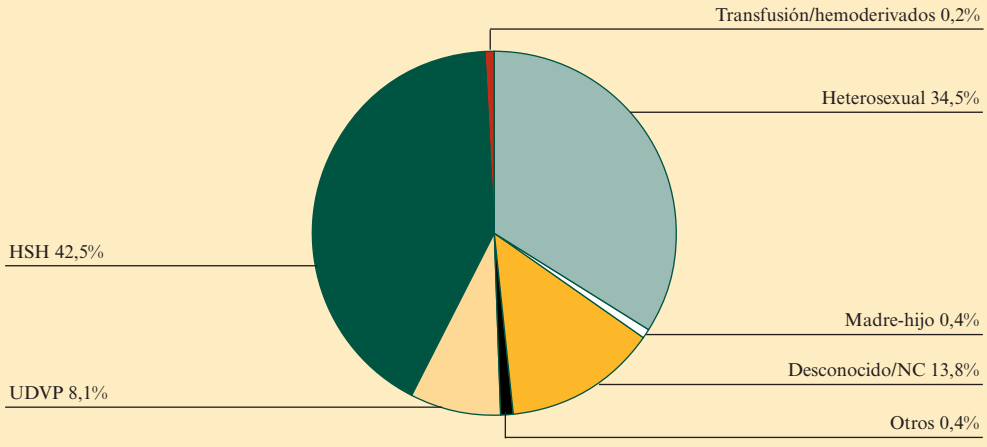
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Heterosexual	683	629	687	634	664	519
HSH	446	488	558	650	678	554
UDVP	305	235	228	151	150	126

* Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Navarra y País Vasco.

HSH: Hombres que practican sexo con hombres. UDVP: Usuarios de drogas por vía parenteral.

FUENTE: Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH en Comunidades Autónomas. Centro Nacional de Epidemiología. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

Figura 2.3.4. Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión. España*, 2009.

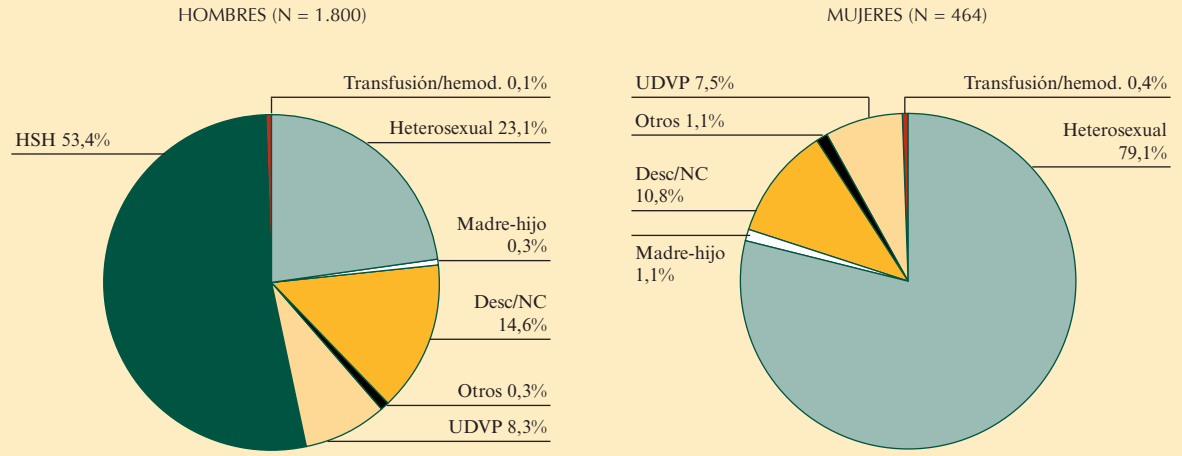


* Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Navarra y País Vasco. N = 2.264.

HSH: Hombres que practican sexo con hombres. UDVP: Usuarios de drogas por vía parenteral.

FUENTE: Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. Centro Nacional de Epidemiología.

Figura 2.3.5. Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión y sexo. España*, 2009.



* Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Navarra y País Vasco.

HSH: Hombres que practican sexo con hombres. UDVP: Usuarios de drogas por vía parenteral.

FUENTE: Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. Centro Nacional de Epidemiología.

Vigilancia de la infección por VIH

El *Proyecto EPI-VIH* [3] proporciona datos sobre infección por VIH en personas que acuden a realizarse la prueba por primera vez a centros de enfermedades de transmisión sexual y/o diagnóstico de VIH (http://www.isciii.es/htdocs/pdf/transversal_revisiones.pdf).

El objetivo de este sistema de información es describir la frecuencia y características de las personas que se diagnosticaron de infección VIH en los centros participantes en el estudio EPI-VIH durante el periodo 2003-2008.

Se trata de un estudio descriptivo que abarca el periodo 2003-2008 en veinte centros especializados en diagnóstico VIH situados en 19 ciudades españolas cuyos pacientes se realizaron de forma voluntaria la prueba del VIH durante dicho periodo. Se recogieron, en un cuestionario diseñado a tal efecto, variables sociodemográficas, existencia de pruebas previas, antecedentes de uso de drogas, exposiciones sexuales de riesgo, circunstancias a las que se atribuye la infección, información clínica y de laboratorio.

Los resultados principales muestran información de 2.617 nuevos diagnósticos de infección por VIH. De éstos, el 67% se había realizado un test VIH previamente. Las características sociodemográficas reflejan que la mayoría eran hombres (81%) entre 25 y 34 años (47,8%) y con estudios secundarios o superiores (64,7%). El 42,1% eran originarios de otros países distintos de España, siendo Latinoamérica y África subsahariana las regiones predominantes.

3. Proyecto EPIVIH. Nuevos diagnósticos de infección por VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico de VIH, 2003-2008. Centro Nacional de Epidemiología, 2010.

En relación al mecanismo de transmisión, se estima que las relaciones sexuales no protegidas fueron las responsables de la transmisión en el 93,3% de los casos (73,3% contactos sexuales entre hombres y 20,6% contactos heterosexuales), mientras que compartir material de inyección de drogas únicamente explicaba el 4,5% de las transmisiones.

Encuesta hospitalaria de pacientes con infección por VIH/sida

En España, desde 1996, se viene realizando una encuesta hospitalaria de pacientes VIH/sida[4] que permite describir las características clínicas y socio-demográficas de los enfermos VIH/sida atendidos en los servicios hospitalarios, así como estimar la prevalencia de pacientes en tratamiento antirretroviral, estudiar la evolución temporal de las características de los pacientes y del consumo de recursos y describir las características particulares de los pacientes diagnosticados de infección por VIH en el año de la encuesta y de los pacientes originarios de otros países.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado en un día prefijado.

La población de estudio es el grupo de pacientes diagnosticados de VIH en contacto con la Red de hospitales del Sistema Nacional de Salud en las comunidades autónomas que participan de forma voluntaria en el estudio durante el periodo 1996-2010. Se incluyen pacientes diagnosticados de VIH que se encuentren el día de la encuesta en régimen de hospitalización, consulta externa u hospital de día y se recogen los datos mediante un cuestionario cumplimentado por el médico responsable del paciente, tras lo cual se procede al análisis de proporciones, medidas de centralización, X^2 para la comparación de proporciones y X^2 de tendencia para el análisis de la evolución anual de proporciones.

El análisis de la evolución muestra que, globalmente, los pacientes atendidos en los hospitales son fundamentalmente hombres, cada vez de mayor edad. Tienen un nivel de estudios bajo y son trabajadores activos.

El número de personas que se diagnostican el mismo año en que son encuestados (nuevos diagnósticos) ha disminuido desde el año 2000. En este grupo, la transmisión del VIH se debió a contactos heterosexuales y en menor medida homo/bisexuales y el uso del preservativo es mucho menor.

Respecto al mecanismo de transmisión del VIH, los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) representan menos de la mitad, evidenciándose un incremento de la proporción de pacientes infectados por vía sexual. Entre los pacientes UDVP encuestados en 2010, el 13% refirió haber consumido drogas por vía parenteral en el último mes, proporción muy similar a la encontrada en las últimas encuestas. El 44% de los pacientes UDVP recibió tratamiento con metadona en los últimos 30 días. Se sigue identificando una amplia proporción de pacientes con prácticas sexuales de riesgo.

La mayoría de los pacientes han sido diagnosticados hace más de 10 años y asisten a consulta con regularidad. La situación clínica mejoró de forma importante coincidiendo con la extensión de los tratamientos antirretrovirales.

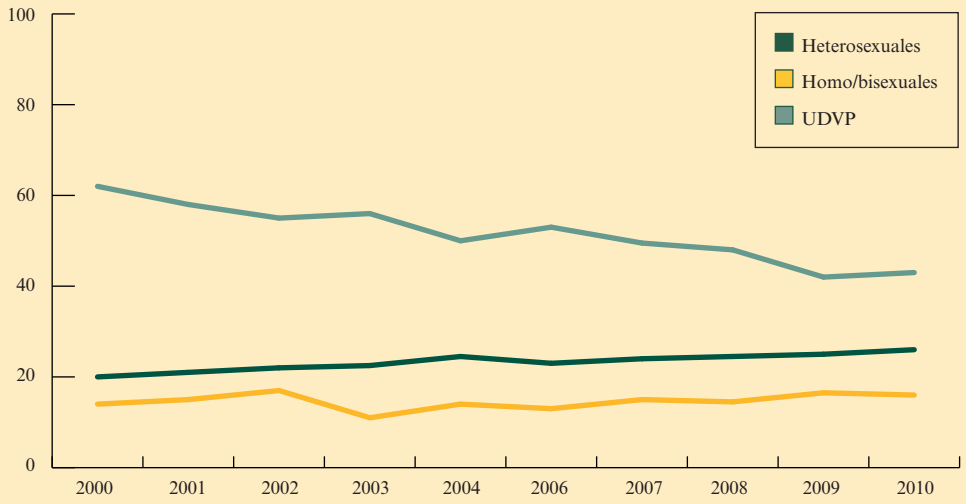
Los pacientes originarios de otros países representan cada año una proporción mayor. La mayoría contrajo la infección por prácticas heterosexuales de riesgo, se diagnosticó recientemente y, con frecuencia, de forma tardía.

A continuación, se presentan dos figuras en las que se muestra la evolución de casos de 2000 a 2010 en relación con el mecanismo de transmisión (Figura 2.3.6) y la distribución de casos por mecanismo de transmisión y sexo (Figura 2.3.7).

---

4. Encuesta hospitalaria de pacientes de VIH/sida. Resultados 2010. Análisis de la evolución 2000-2010. Centro Nacional de Epidemiología. Julio 2011. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_encuesta_hospital

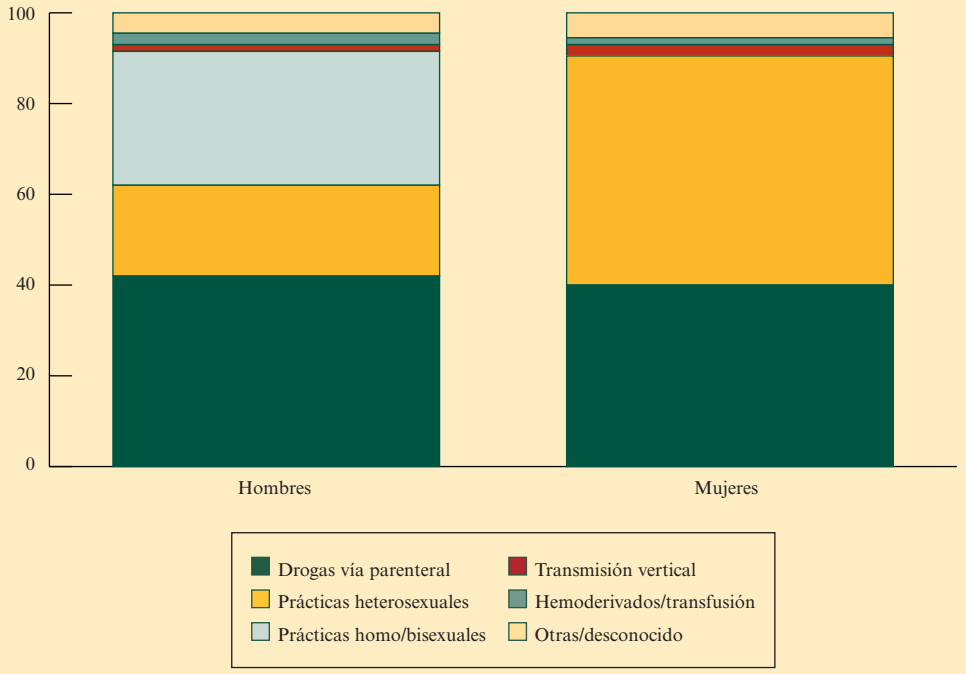
Figura 2.3.6. Evolución de la distribución de casos de VIH/sida por mecanismo de transmisión (%). España, 2000-2010.



UDVP: Usuarios de drogas por vía parenteral.

FUENTE: Encuesta hospitalaria de pacientes de VIH/sida. Resultados 2010. Análisis en la evolución 2000-2010. Centro Nacional de Epidemiología.

Figura 2.3.7. Distribución de casos de VIH/sida por mecanismo de transmisión y sexo. España, 2010.



FUENTE: Encuesta hospitalaria de pacientes de VIH/sida. Resultados 2010. Análisis en la evolución 2000-2010. Centro Nacional de Epidemiología.

Indicador Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas

Como ya se ha mencionado en el apartado correspondiente al indicador Admisiones a Tratamiento por abuso o dependencia de drogas, incluido en este mismo capítulo, este indicador, que comenzó a funcionar, sistemáticamente, desde 1987, tiene como objetivo conocer el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de diferentes sustancias psicoactivas. Las características y especificaciones de este indicador pueden consultarse en ese apartado. La información que se recoge a través de este indicador también resulta útil para obtener información sobre las infecciones en estos consumidores.

Al analizar la información sobre los admitidos a tratamiento en 2009, clasificados en función de la droga principal por la que fueron admitidos y en la que se detalla si se inyectaron o no, así como la vía más frecuente de consumo y el estado serológico frente al VIH (Tabla 2.3.1) observamos que, del total de admitidos a tratamiento, el 7,0% mostró serología positiva para VIH, encontrándose muchas diferencias en función de la droga principal por la que fueron admitidos a tratamiento. El porcentaje más

Tabla 2.3.1. Vía de consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según la droga principal que motivó el tratamiento. España, 2009.

	Total admitidos	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Cocaína CLH	Cocaína base
Nº de casos	52.549	18.032	16.989	587	453	23.132	22.399	723
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)		21,2	20,9	28,1	25,4	20,7	20,7	22,1
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)								
Oral	5,2	5,1	1,0	92,1	45,6	1,3	1,3	0,6
Pulmonar	48,6	71,1	74,4	5,8	28,5	14,7	12,5	82,4
Intranasal	38,8	6,0	6,2	0,7	7,6	81,3	83,4	15,8
Parenteral	6,5	16,4	16,9	1,3	16,1	2,1	2,1	0,4
Otras	0,9	1,4	1,5	0,2	2,3	0,7	0,7	0,9
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	20,2	48,6	48,8	47,3	42,3	7,1	6,9	14,0
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	7,9	18,3	18,5	11,0	18,0	3,4	3,4	4,1
Estado serológico frente al VIH (%)								
Positivo	7,0	16,4	16,3	23,4	11,8	2,1	2,1	3,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)	26,1	27,4	27,5	21,3	29,6	29,6	29,8	21,6
Negativo (sin fecha de análisis)	24,7	30,0	30,1	30,5	24,1	23,5	23,3	27,9
Sin análisis o resultado desconocido	42,2	26,2	26,1	24,8	34,5	44,8	44,7	47,5

	Otros estimulantes	Anfetaminas	MDMA y derivados	Hipnosedantes	Benzodiacepinas	Alucinógenos	Inhalables volátiles	Cannabis
Nº de casos	624	461	127	963	893	69	89	9.503
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)								
Oral	38,7	25,0	88,2	97,9	98,2	35,4	3,6	2,4
Pulmonar	4,7	5,2	0,8	1,0	0,9	9,2	52,4	96,6
Intranasal	54,8	68,0	9,2	0,6	0,3	50,8	38,1	0,7
Parenteral	1,0	1,1	0,0	0,4	0,5	1,5	0,0	0,0
Otras	0,8	0,7	1,7	0,1	0,1	3,1	6,0	0,3
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	7,0	7,8	4,3	6,1	10,2	10,5	5,8	6,1
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	2,3	2,1	2,6	3,0	1,3	1,4	0,0	6,1
Estado serológico frente al VIH (%)								
Positivo	1,6	1,3	1,9	4,0	5,5	5,4	6,8	3,5
Negativo (análisis últimos 6 meses)	21,1	21,1	22,4	16,0	17,1	16,7	20,5	28,1
Negativo (sin fecha de análisis)	25,0	26,6	20,6	20,0	26,3	26,9	18,2	26,3
Sin análisis o resultado desconocido	52,3	51,1	55,1	60,0	51,2	51,0	54,5	42,1

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

elevado de VIH positivo se observó en el grupo de admitidos a tratamiento por consumo de opiáceos (16,4%). Dentro de este grupo, existen diferencias según la sustancia concreta que se consuma y, así, son VIH positivos el 23,4% de los consumidores de metadona, el 16,3% de los consumidores de heroína y el 11,8% de los que consumen opiáceos/opioides.

En la Tabla 2.3.2 se muestran algunos datos sobre el conocimiento del estado serológico y prevalencia de VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en España en 2009, teniendo en cuenta la edad y el sexo y si se habían inyectado alguna vez en la vida o en los 12 meses previos a la admisión.

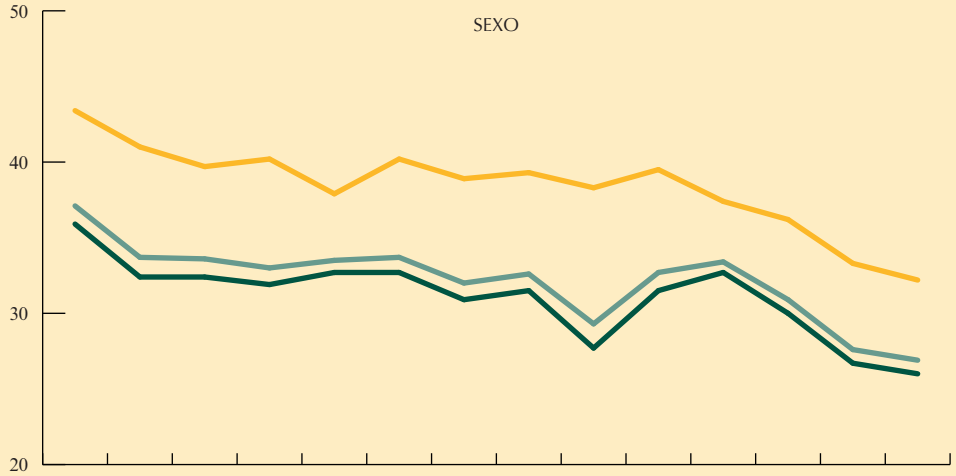
En resumen, en 2009 fueron admitidas a tratamiento 9.637 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida y 3.763 que lo habían hecho en los 12 meses anteriores a la admisión. Entre los primeros, el 74,1% conocía su estado serológico y, entre los segundos, el 68,7%.

Tabla 2.3.2. Prevalencia de infección por VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas (%)[1]. España, 2009.

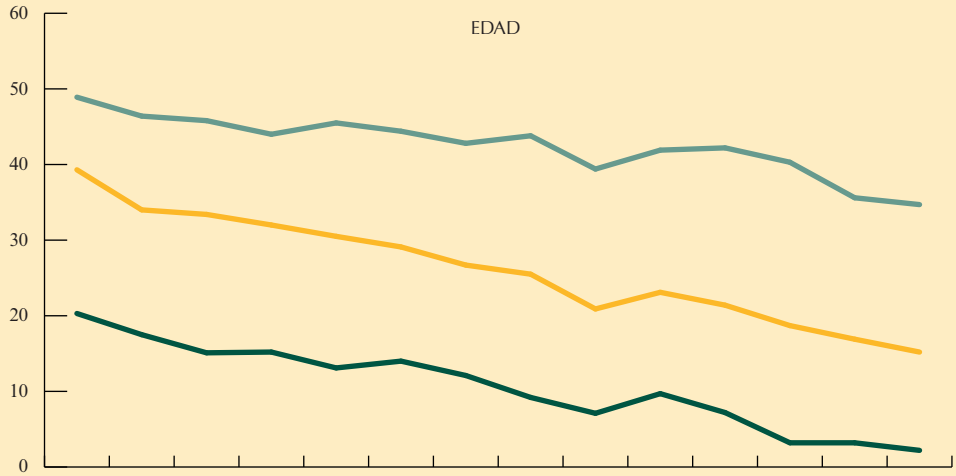
	Inyección en 12 meses previos a la admisión			Inyección alguna vez en la vida		
	Total	Tratamiento previo		Total	Tratamiento previo	
		Sí	No		Sí	No
Total inyectadores (nº)	3.763	2.777	866	9.637	7.569	1.687
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.585	2131	397	7.143	5.999	920
Prevalencia de infección por VIH (%)	26,9	28,5	16,9	32,3	33,3	24,3
Hombres inyectadores (nº)	3.228	2.399	729	8.261	6.499	1.429
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.222	1.842	328	6.108	5.134	776
Prevalencia de infección por VIH (%)	26,0	27,2	18	30,8	31,7	24
Mujeres inyectadoras (nº)	525	371	135	1.344	1.042	255
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	357	284	68	1.013	845	142
Prevalencia de infección por VIH (%)	32,2	37	10,3	41,3	43,6	26,1
Inyectadores <25 años (nº)	275	122	144	373	168	191
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	134	86	47	188	118	66
Prevalencia de infección por VIH (%)	2,2	3,5	0	3,2	4,2	1,5
Inyectadores 25-34 años (nº)	1.095	733	324	1.952	1.401	486
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	712	534	163	1.337	1.052	257
Prevalencia de infección por VIH (%)	15,2	16,1	11	16,7	17,4	12,5
Inyectadores >34 años (nº)	1.982	1.640	289	6.233	5.151	834
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	1.469	1.287	152	4.786	4.116	517
Prevalencia de infección por VIH (%)	34,7	35	29,6	37,4	37,7	32,9
Inyectadores <2 años de uso de la droga principal	163	63	96	272	112	142
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	80	41	39	155	83	62
Prevalencia de infección por VIH (%)	15	24,4	5,1	20,6	27,7	11,3
Inyectadores 2 o más años de uso de la droga principal	3.384	2.577	706	8.739	6.988	1.431
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.368	1.982	337	6.536	5.541	807
Prevalencia de infección por VIH (%)	27	28,4	17,8	32,4	33,2	24,8
Inyectadores consumidores de opiáceos[2]	3.095	2.468	536	8.139	6.797	1.053
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.274	1.937	288	6.255	5.438	632
Prevalencia de infección por VIH (%)	28,3	29,2	20,1	33,7	34,2	27,5
Inyectadores no consumidores de opiáceos	668	309	330	1.498	772	634
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	311	194	109	888	561	288
Prevalencia de infección por VIH (%)	16,4	21,1	8,3	22,3	25	17,4

1. Las prevalencias están calculadas sobre el nº de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las otras variables que se cruzan.
2. Se incluyen tanto los admitidos a tratamiento por dependencia de opiáceos como los admitidos por otras drogas psicoactivas que han consumido opiáceos en los 30 días previos a la admisión.
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Figura 2.3.8. Evolución de la prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado drogas en los 12 meses previos y conocían su estado serológico, por sexo y por grupo de edad. España, 1996-2009.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hombre	35,9	32,4	32,4	31,9	32,7	32,7	30,9	31,5	27,7	31,5	32,7	30,0	26,7	26,0
Mujer	43,4	41,0	39,7	40,2	37,9	40,2	38,9	39,3	38,3	39,5	37,4	36,2	33,3	32,2
Total	37,1	33,7	33,6	33,0	33,5	33,7	32,0	32,6	29,3	32,7	33,4	30,9	27,6	26,9



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<25 años	20,3	17,5	15,1	15,2	13,1	14,0	12,1	9,2	7,1	9,7	7,2	3,2	3,2	2,2
25-34 años	39,3	34,0	33,4	32,0	30,5	29,1	26,7	25,5	20,9	23,1	21,4	18,7	16,9	15,2
>34 años	48,9	46,4	45,8	44,0	45,5	44,4	42,8	43,8	39,4	41,9	42,2	40,3	35,6	34,7

La proporción de inyectadores admitidos a tratamiento que desconocía su estado serológico frente al VIH fue de 33,5% en 1997; 29,4% en 1999; 25,5% en 2001; 26,1% en 2003; 27,5% en 2004; 26,7% en 2005; 21,8% en 2006; 23,2% en 2007; 29,5% en 2008 y 16,9% en el 2009.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Centrándonos en los que se habían inyectado en los últimos 12 meses, no existen diferencias relevantes entre hombres (68,8%) y mujeres (68,0%) con respecto al conocimiento que tienen sobre su estado serológico. Sin embargo, sí las hay en función de la edad, observándose mayor conocimiento según aumenta la edad. Así, un 48,7% de los menores de 25 años conoce su estado serológico frente a un

74,1% de los mayores de 34 años. También conviene señalar la diferencia entre los que habían recibido tratamiento previo (un 76,7% conocía su estado serológico) y los que acudían por primera vez a tratamiento (el 45,8% sabía si era o no VIH positivo), justificándose este hecho porque es práctica habitual realizar serología de VIH en todas las admisiones a tratamiento.

En relación con la prevalencia de VIH, el 26,9% de los que se habían inyectado en los últimos 12 meses era VIH positivo, observándose una proporción algo mayor en mujeres (32,2%) que en hombres (26,0%). También se observaron claras diferencias según la edad (2,2% en menores de 25 y 34,7% en mayores de 34 años).

En general, puede observarse una leve tendencia descendente. Como ya se comentó previamente, la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres y en los mayores de 34 años.

Hepatitis virales en consumidores de drogas

Por el momento, no se dispone de nuevos datos sobre infecciones por VHB y VHC en usuarios de drogas, por lo que se debe consultar el apartado correspondiente en el *Informe OEDT 2009*. No obstante, en la actualidad, se está trabajando para iniciar la recogida u correcta notificación de esta información entre los admitidos a tratamiento por consumo de drogas en las diferentes comunidades autónomas, a través de un sistema de notificación *on line*.

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

La prevalencia de infección por el virus de la hepatitis C es muy elevada entre los inyectadores de drogas de todo el mundo y España no es una excepción. En España están infectados entre el 65% y el 90% de los inyectadores, dependiendo del área geográfica y la procedencia de la muestra estudiada.

El problema de la infección por el VHC es objeto de preocupación, pues además de estar muy extendida entre los inyectadores de drogas no existe vacuna ni parece previsible que la haya en un futuro cercano, dadas la estructura y biología de este virus, por lo que debe ponerse todo el énfasis posible en la prevención. Se trata de una infección que no suele presentar síntomas en su fase aguda por lo que en un 66%-80% no se diagnostica. Además, evoluciona con mucha frecuencia (55%-85%) a hepatitis crónica que, a menudo, se desarrolla también con poca sintomatología. El problema principal es que al menos un 5%-10% de las hepatitis crónicas evolucionan a enfermedad hepática grave como cirrosis o cáncer de hígado y conducen a una muerte prematura.

La transmisión del VHC por el uso compartido del material de inyección se produce en forma similar a otros patógenos de transmisión sanguínea; sin embargo, se calcula que es diez veces más infeccioso que el VIH. Ello explica que, en todo el mundo las tasas de infección entre los jóvenes que se inyectan son cuatro o cinco veces más elevadas que las del VIH, y que sea la infección por VHC la que primero se adquiere.

Además, otro aspecto a tener en cuenta es el alto nivel de coinfección por el VIH y el VHC.

En los últimos años, probablemente debido al descenso del consumo inyectado de drogas, entre otros factores, ha disminuido la incidencia poblacional de casos de infección; sin embargo, se prevé que en los próximos años se incremente el número de pacientes con enfermedad hepática avanzada.

2.4. INDICADOR MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, 1983-2009

Antecedentes

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es relevante porque es un reflejo importante del impacto social y sanitario del uso de sustancias psicoactivas y porque, en el caso de algunas drogas ilegales como la heroína, puede usarse, junto a otros indicadores indirectos, para monitorizar las tendencias de consumo problemático. Sin embargo, la recogida de estas muertes no es fácil porque son muy heterogéneas y difíciles de clasificar.

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

En España, tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta surgió la necesidad de cuantificar y monitorizar las tendencias de las muertes asociadas al consumo de opiáceos. Se realizaron algunos estudios preliminares de validación de las distintas fuentes que podían ofrecer información y se comprobó que las estadísticas oficiales de mortalidad basadas en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la Organización Mundial de la Salud y en los procedimientos habituales de certificación de la muerte no reflejaban adecuadamente las muertes por reacción aguda a estas drogas. Las razones de esta situación son complejas. Adicionalmente, se demostró que los entonces llamados Institutos Anatómico Forenses, junto con las instituciones encargadas de realizar análisis toxicológicos (generalmente el Instituto Nacional de Toxicología), eran las fuentes más completas y apropiadas para recoger información sobre estas muertes.

Por la razón expuesta se desarrolló un sistema para recoger las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína a partir de fuentes forenses y toxicológicas. Un sistema de estas características tiene además la ventaja de que el diagnóstico de la causa de la muerte es establecido por un profesional especializado —un médico— con herramientas adecuadas para realizarlo y de que existe habitualmente documentación escrita suficiente y accesible sobre el caso.

Registro especial de mortalidad

Metodología

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

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

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

1. Evidencias de consumo reciente de drogas psicoactivas. Estas evidencias pueden ser de varios tipos:
   - Evidencias clínicas de intoxicación aguda por sustancias psicoactivas inmediatamente antes de la muerte registradas en algún documento (informe hospitalario, historia clínica, etc.).
   - Signos físicos externos de administración reciente de sustancias psicoactivas (venopunciones recientes, presencia de restos de sustancia psicoactiva en la boca, fosas nasales, estómago u otras localizaciones, olor a disolvente del cabello, el aliento y la ropa, etc.).
   - Presencia de sustancias psicoactivas o utensilios para consumirlas en el lugar de fallecimiento (jeringuilla u otros útiles de inyección, papel de aluminio, pipa, bote de pastillas, botes de pegamento o de aerosoles vacíos, repuestos de encendedores, bolsas de plástico para inhalar, etc.).
   - Consumo reciente (7 días anteriores a la muerte) referido por familiares o detectado por el forense en una asistencia o peritaje médicolegal reciente de la persona ahora fallecida.
2. Presencia de análisis toxicológicos positivos para alguna sustancia registrable.
3. Hallazgos anatomopalógicos de autopsia compatibles con muerte por consumo reciente de alguna sustancia psicoactiva.
4. Existencia de un diagnóstico forense de muerte por reacción aguda a alguna sustancia psicoactiva

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

1. Muertes en que no existe intervención judicial ni estudio forense sobre sus causas con constancia escrita de los resultados. Sin embargo, la no-realización de análisis toxicológicos no es motivo de exclusión, aunque la disponibilidad de los resultados de estos análisis es altamente recomendable.
2. Muertes no relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, no se excluyen las muertes causadas por patologías que pueden haberse agravado o complicado por el consumo reciente de sustancias psicoactivas, siempre que cumplan los criterios de inclusión.
3. Muertes *indirectamente* relacionadas con el consumo de las sustancias psicoactivas registrables; es decir, aquéllas en las que el consumo de una droga psicoactiva ha sido un factor contribuyente pero no la causa básica o fundamental de la muerte. Por este motivo se descartan las muertes por las siguientes causas:
   a. Patologías infecciosas adquiridas presumiblemente como consecuencia del consumo de drogas (SIDA, endocarditis, hepatitis, septicemia, tétanos, etc.).
   b. Homicidios de cualquier tipo, aunque el fallecido estuviese bajo la influencia de sustancias psicoactivas, se produjera en el curso de actividades relacionados con el tráfico o el consumo de drogas, o el homicida empleara sustancias psicoactivas para provocar la muerte.
   c. Accidentes de cualquier tipo (laboral, doméstico, de tráfico, etc.) en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas, salvo las muertes causadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda con estas sustancias.
   d. Suicidios (ahorcamiento, precipitación, inmersión, por arma de fuego, etc), en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas. En cambio, se incluyen las muertes provocadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda autoinfligida con sustancias psicoactivas.

e. Muertes por exposición o ingestión involuntaria o no intencional de sustancias psicoactivas.

f. Muertes por reacciones adversas a medicamentos o productos farmacéuticos psicoactivos correctamente prescritos y administrados. Se incluyen las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en personas en programas de mantenimiento con metadona, a menos que pueda demostrarse que todas las drogas psicoactivas tomadas por el fallecido han sido correctamente prescritas y administradas.

g. Muertes por una enfermedad crónica relacionada con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachera).

Este registro especial comenzó a funcionar de forma sistemática en 1990 en determinadas áreas (municipios o partidos judiciales) de varias comunidades autónomas, incluyendo seis de las mayores ciudades del Estado (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao). De estas ciudades se recogió, además, en 1989 información retrospectiva para el período 1983-1989, utilizando los mismos criterios y definiciones.

A partir de 1990, la cobertura del indicador fue ampliándose sucesivamente hasta llegar a cubrir en 2007 casi a la mitad de la población española, estando monitorizadas la mayoría de las grandes áreas urbanas y muchas ciudades de tamaño medio. En 2009 notificaron 15 Comunidades Autónomas (CCAA) de las 19 existentes en España, lo que se correspondería, aproximadamente, con algo más de la mitad de la población española.

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

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

1. Ampliar el registro a las muertes por reacción aguda a cualquier sustancia psicoactiva, ya que hasta entonces sólo se recogían las muertes por opiáceos o cocaína.
2. Explicitar mejor los criterios de selección de casos, añadiendo los siguientes criterios de exclusión:
   - Muertes en personas menores de 10 o mayores de 49 años.
   - Muertes en que no ha existido intervención judicial ni estudio pericial forense sobre sus causas, con constancia escrita de los resultados.
   - Muertes por consumo o ingestión accidental, (o no intencionada) de sustancias psicoactivas. Por ejemplo, muertes por ruptura de una bolsa de droga ingerida con fines de tráfico.
   - Muertes por reacciones adversas a medicamentos psicoactivos correctamente prescritos y administrados.
   - Muertes por enfermedades crónicas relacionadas con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachera), sin evidencia de reacción aguda a otras sustancias psicoactivas registrables.
   - Muertes por homicidio, en que hay evidencias claras de que a la víctima le fue administrada la sustancia psicoactiva o fue obligada a administrársela.
   - Muertes por uso de disolventes, productos domésticos o caústicos por vías diferentes a la inhalada o esnifada.

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

3. Fijar el partido judicial como unidad de cobertura en las áreas monitorizadas. La utilización de esta unidad de cobertura no supuso en la práctica una ruptura con el concepto de ciudad monitorizada que se empleo inicialmente en el indicador Mortalidad. En el caso de las grandes ciudades, el límite del municipio coincide con el del partido judicial, o bien el resto de municipios incluidos tiene un peso mucho menor en cuanto al número de habitantes.

4. Introducir nuevas variables. En concreto las siguientes: juzgado que tramita el caso y localidad en que está situado, provincia y municipio de residencia del fallecido, estado civil, evidencias de suicidio, signos recientes de venopunciones, existencia de otra causa básica de defunción precipitada o complicada por el consumo reciente de sustancias psicoactivas, nombre de las sustancias psicoactivas consumidas inmediatamente antes de la muerte. Igualmente, se introdujeron cuatro nuevas variables de control que no se enviaban a la comunidad autónoma como: DNI del fallecido, número de informe forense o de autopsia, número de informe toxicológico y número de diligencias previas.

5. Modificar o desarrollar las definiciones o la presentación de algunas variables o categorías. En concreto:
   - Se abrió la posibilidad de señalar otras instituciones cumplimentadoras de la hoja además de un instituto forense o de un instituto toxicológico.
   - Se incluyeron cuatro abecedarios para facilitar el registro de las dos primeras letras de cada uno de los dos primeros apellidos.
   - En la variable "muestras biológicas analizadas" se añadieron códigos para bilis, contenido gástrico, líquido cefalorraquídeo (LCR) y humor vítreo.

6. Introducir cierta flexibilidad en los procedimientos de recogida de información. Se constató que en estas muertes el juez podía solicitar, y de hecho lo hacía frecuentemente, informes a otros peritos distintos del forense, como toxicólogos u otros analistas de laboratorio. En la práctica las formas de relación entre los distintos agentes que intervienen en el estudio de estas muertes (jueces, médicos forenses, analistas de laboratorio) y las formas de archivar y conservar la información que manejan variaban bastante entre áreas geográficas y entre los propios agentes individuales. Por ejemplo, era bastante corriente que donde existe Instituto Anatómico Forense se archivaran en él todos los informes o expedientes de los fallecimientos que habían requerido intervención judicial, mientras que en las áreas donde no existía esta institución, dichos informes sólo podían ser reunidos revisando exhaustivamente la documentación de todos los juzgados y forenses que operaban en el área. La situación era todavía más variopinta en lo que respecta a los informes analíticos o toxicológicos, aunque era evidente que, en algunas áreas, los departamentos del Instituto Nacional de Toxicología continuaban siendo una referencia fundamental. En estas circunstancias era muy difícil establecer unos procedimientos homogéneos de recogida de información. Por lo tanto, se estableció el criterio mínimo de recoger la información de forma activa y retrospectiva a partir de la documentación forense y analítica, pero no fue posible ir más allá. La experiencia anterior venía demostrando que era muy difícil fijar de forma muy detallada los procedimientos y que era necesario ser flexibles para que pudieran adaptarse a las condiciones específicas de cada área monitorizada.

En 2003 se realizó otra pequeña modificación, consistente en:

1. Ampliar la recogida de información a los fallecidos de 10 a 64 años.

2. Introducir la variable nacionalidad, y sustituir la variable provincia de nacimiento por dos variables indicativas del lugar de nacimiento (provincia de nacimiento para los nacidos en España, y país de nacimiento para los nacidos en el extranjero).

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

Resultados

En 2009, excluyendo los casos en cuyos análisis toxicológicos se detectaban exclusivamente alcohol, hipnosedantes o inhalables volátiles, se recogieron 438 muertes por reacción aguda a drogas ilegales procedentes de un área de aproximadamente la mitad de la población española y, en 2008, se recogieron 424 en el mismo área.

La distribución y evolución de estas muertes en las principales áreas españolas monitorizadas se muestra en la Tabla 2.4.1. La gran mayoría de los casos se obtuvieron de los Institutos de Medicina Legal de las distintas áreas monitorizadas (antiguos Institutos Anatómico Forenses), aunque algunos proceden de médicos forenses agrupados en otras entidades o de forenses individuales. Los resultados de los análisis toxicológicos se obtuvieron principalmente del Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Sevilla, Madrid, Barcelona y La Laguna), aunque una proporción importante se recogió en otros laboratorios forenses o toxicológicos.

El 84,5% de los fallecidos son varones frente a un 15,5% de mujeres. Este predominio masculino es un rasgo constante desde el principio de la serie. La edad media en 2009 es de 38,3 años, observándose una tendencia ascendente desde 2003. El 24,9% tiene entre 40 y 44 años y el 23,7% más de 45 años. El 67,3% de las personas de las que se tenía información estaban solteros. En el 90,4% de los casos existía evidencia de consumo reciente de alguna sustancia y en el 60,8% no existían signos de venopunción. En la mayor parte de los casos (91,5%) no se aprecian evidencias de suicidio. En relación con otras patologías, en un 30,9% la muerte se debe a una patología previa agravada por el consumo de sustancias y un 41,1% es VIH positivo (ver Tabla 2.4.2).

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podríamos decir que el perfil más frecuente de muerte por reacción aguda a sustancias psicoactivas es el de un varón con más de 40 años, soltero, sin patología previa, que presenta signos de consumo reciente de alguna sustancia.

Como en años anteriores, en 2009 en la mayor parte de los fallecidos se encontraron varias sustancias, predominando los opioides, la cocaína y los hipnosedantes. Concretamente, los opioides continúan siendo la sustancia identificada en un mayor número de fallecidos (81,0% de las muestras), observándose un ligero repunte en 2009 con respecto a 2008 (77,7%) que parece confirmar una tendencia ascendente iniciada en 2007 (72,8%) y que aconseja una vigilancia estrecha de este indicador (Figura 2.4.1 y Tabla 2.4.3). La cocaína sigue ocupando la segunda posición en cuanto a la proporción del total de fallecidos en los que se identifica esta sustancia. Sin embargo se registra un leve descenso en 2009 (57,8%) con respecto a 2008 (60,2%) y 2007 (67%). Al igual que sucede con los opioides, será preciso atender a la evolución de las cifras en los próximos años.

La proporción de muertes en que se detectan hipnosedantes o sus metabolitos, mayoritariamente benzodiazepinas, parece haberse estabilizado, iniciando una tendencia descendente en el 2005 (54,1%) situándose en el 2009 en el 43,6%.

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

Tabla 2.4.1. Evolución de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas[1] en varias zonas de España[2] según el año de defunción, 1990-2009*.

	Número de muertos															Tasa**
	1990	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009
CA País Vasco	–	85	55	60	46	37	39	34	35	31	53	47	34	34	42	26,8
Provincia Álava	–	8	3	3	0	3	3	4	1	2	4	6	5	2	5	21,6
Provincia Guipúzcoa	–	18	16	23	15	15	6	15	8	14	15	14	8	8	11	21,7
Provincia Vizcaya	–	59	36	34	31	19	30	15	26	15	34	27	21	24	26	31,4
Ciudad de Bilbao	23	34	20	20	17	12	19	6	12	9	20	18	5	12	12	48,1
CA Galicia	–	64	65	68	66	57	35	56	38	45	52	39	64	66	56	28,4
Provincia La Coruña	–	26	26	27	32	26	15	24	15	22	26	17	30	28	27	33,1
Provincia Lugo	–	6	5	8	5	2	2	4	0	2	7	2	8	7	5	21,3
Provincia Orense	–	5	5	2	4	6	6	6	5	2	4	1	3	3	5	22,8
Provincia Pontevedra	–	27	29	31	25	23	12	22	18	19	15	19	23	28	19	27,2
CA Murcia	–	–	–	21	20	–	15	17	32	32	22	18	39	32	29	27,0
CA Castilla y León	–	–	–	–	–	–	–	–	–	29	31	28	32	25	21	11,7
Provincia Ávila	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	2	1	0	0	0,0
Provincia Burgos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10	6	1	8	5	6	22,5
Provincia León	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	6	6	5	4	3	8,7
Ciudad de Ponferrada	–	1	2	4	3	1	0	4	5	0	1	2	1	2	0	0,0
Provincia Palencia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	2	1	1	0	1	8,2
Provincia Salamanca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	7	5	5	4	7	5	20,5
Provincia Segovia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	1	4	1	1	0	0,0
Provincia Soria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	0	0	1	0	1	15,7
Provincia Valladolid	–	–	–	–	–	–	–	–	–	7	7	8	9	7	4	10,3
Ciudad de Valladolid	–	15	15	12	13	13	6	7	4	7	4	8	7	2	2	8,7
Provincia Zamora	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	3	1	2	1	1	7,8
Provincia Sevilla	11	–	–	–	–	–	–	–	51	41	47	–	–	22	24	17,0
Ciudad de Sevilla	–	40	–	–	–	–	28	28	34	27	32	–	–	1	9	17,4
Provincia Málaga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15	–	–	–	12	15	12,7
Ciudad de Málaga	–	12	–	–	–	–	8	11	9	11	–	–	–	3	9	21,2
Provincia Granada	–	–	–	–	–	–	–	–	23	19	–	–	–	17	11	16,4
Ciudad de Granada	–	9	–	–	–	–	12	11	11	10	–	–	–	14	5	29,0
Mallorca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	53	47	42	30	40	62,5
Ciudad Palma Mallorca	–	39	51	38	42	40	41	44	32	48	40	33	29	20	26	84,8
Ciudad de Madrid	227	140	122	98	90	106	93	83	108	80	68	74	53	64	61	25,9
Ciudad de Getafe	–	2	3	0	2	2	3	1	2	3	2	1	3	5	0	0,0
Ciudad de Leganés	–	2	2	1	1	1	6	1	1	2	0	2	0	5	0	0,0
Ciudad Majadahonda	–	1	2	0	1	4	2	3	0	4	0	0	0	0	0	0,0
Ciudad de Barcelona	132	148	130	113	121	101	89	74	85	73	77	83	66	47	75	64,8
Ciudad de Valencia	38	32	25	23	15	19	23	26	19	11	38	9	19	9	8	13,4
Ciudad de Zaragoza	24	27	24	17	16	16	16	12	–	–	7	4	5	6	16	32,5
Ciudad de Pamplona	–	9	6	7	5	12	7	21	8	9	5	8	1	4	6	42,0
Ciudad Las Palmas GC	–	7	–	–	7	4	5	4	–	–	5	6	1	–	3	10,3
Ciudad Sta Cruz Tenerife	–	–	–	–	3	3	3	5	–	–	6	10	1	–	3	17,6
Ciudad de Badajoz	1	4	4	2	2	3	4	0	1	0	3	0	0	–	–	–
Ciudad de Cáceres	–	4	–	3	0	1	4	0	0	4	0	2	1	–	–	–
Estimación 6 ciudades	455	421	339	306	291	284	268	229	270	212	237	215	180	139	181	

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

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

* Para datos del período 1990-1995 véase Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2009. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2010 en www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf

** Tasa por millón de habitantes (2009). Fuente: Padrón población 2009.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

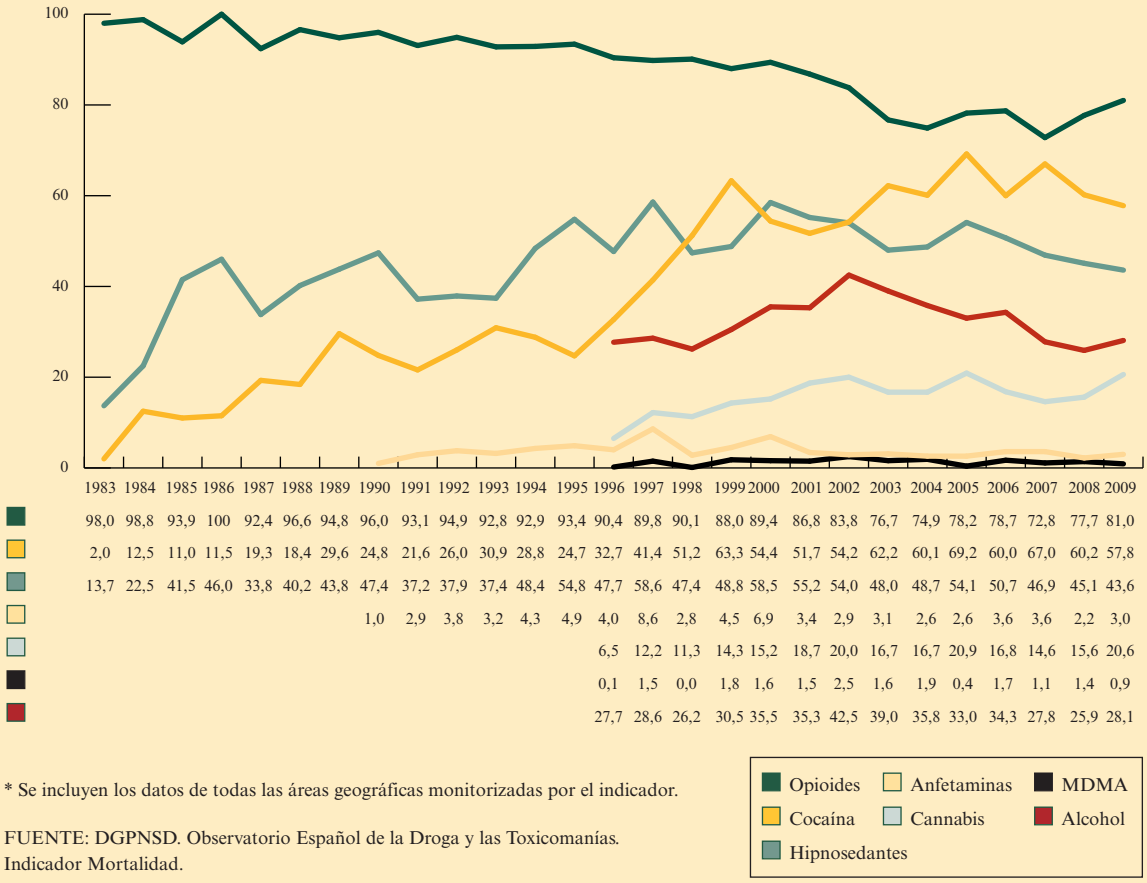
Tabla 2.4.2. Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 2003-2009.

	2003	2004	2005	2066	2007	2008	2009
Número de fallecidos	493	468	455	428	475	424	438
Sexo (%)							
Varones	85,3	83,9	86,3	84,3	87,4	85,6	84,5
Mujeres	14,7	16,1	13,7	15,7	12,6	14,4	15,5
Edad media (años)	35,3	37,0	36,1	37,2	38,2	38,1	38,3
Grupo de edad (años)							
15-19	0,8	1,3	1,4	0,9	0,6	1,9	0,7
20-24	6,7	4,1	6,2	4,2	4,3	6,1	6,4
25-29	14,6	11,9	11,2	12,9	9,7	10,6	8,0
30-34	22,6	20,5	20,0	18,0	17,6	16,3	17,4
35-39	28,2	27,9	28,9	23,8	24,1	22,2	18,9
40-44	16,9	19,2	20,7	21,3	22,2	19,8	24,9
>=45	10,2	15,1	11,6	18,9	21,5	23,1	23,7
Estado civil (%)							
Soltero	69,4	68,9	68,7	72,0	62,8	61,4	67,3
Casado	19,0	15,6	16,4	12,2	19,1	16,8	15,4
Separado/Divorciado	10,5	14,4	13,7	13,6	17,4	18,9	15,0
Viudo	1,0	1,1	1,1	2,2	0,7	2,9	2,3
Procedencia del cadáver (%)							
Domicilio	54,5	55,2	58,1	52,3	60,6	60,0	61,9
Hotel-Pensión	5,3	5,1	6,2	5,8	4,6	3,9	5,9
Calle	18,5	17,4	13,5	20,1	13,1	15,8	11,8
Local público	1,8	1,3	2,5	4,8	2,4	1,7	2,8
Hospital	10,6	9,5	6,4	7,7	5,7	6,8	6,1
Cárcel	1,1	3,5	4,8	3,9	3,7	4,9	4,0
Otra	8,2	8,1	8,5	5,3	9,8	7,0	7,3
Evidencias de consumo reciente (%)							
Sí	85,6	92,6	94,4	92,4	85,3	89,0	90,4
No	14,4	7,4	5,6	7,6	14,7	11,0	9,6
Evidencia de suicidio (%)							
Sí	12,1	8,8	5,7	10,8	8,8	9,0	8,5
No	87,9	91,2	94,3	89,2	91,2	91,0	91,5
Signos recientes venopunción (%)							
Sí	53,3	43,0	51,7	40,6	35,2	35,4	39,2
No	46,7	57,0	48,3	59,4	64,8	64,6	60,8
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)							
Sí	35,4	32,6	35,5	28,6	20,4	26,6	30,9
No	64,6	67,4	64,5	71,4	79,6	73,4	69,1
Anticuerpos anti-VIH (%)							
Positivo	42,7	40,6	42,8	36,9	37,4	40,7	41,1
Negativo	57,3	59,4	57,2	63,1	62,6	59,3	58,9

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

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Mortalidad.

Figura 2.4.1. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico (%). España*, 1983-2009.



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

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Mortalidad.

Tabla 2.4.3. Características toxicológicas de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 2003-2009.

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Opiáceos	376	76,7	349	74,9	356	78,2	338	78,7	340	72,8	324	77,7	346	81,0
Cocaína	305	62,2	280	60,1	315	69,2	250	60,0	313	67,0	251	60,2	247	57,8
Barbitúricos	1	0,2	2	0,4	5	1,1	4	1,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Benzodiazepinas	234	47,8	225	48,3	241	53,0	203	48,7	212	45,4	186	44,6	180	42,2
Anfetaminas	15	3,1	12	2,6	12	2,6	15	3,6	17	3,6	9	2,2	13	3,0
MDMA y derivados	8	1,6	9	1,9	2	0,4	7	1,7	5	1,1	6	1,4	4	0,9
Cannabis	82	16,7	78	16,7	95	20,9	70	16,8	68	14,6	65	15,6	88	20,6
Alucinógenos	2	0,4	5	1,1	0	0,0	1	0,2	2	0,4	3	0,7	0	0,0
S. volátiles	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	7	1,5	0	0,0	0	0,0
Alcohol	191	39,0	167	35,8	150	33,0	143	34,3	130	27,8	108	25,9	120	28,1
Casos analizados	490	100,0	466	100,0	455	100,0	428	100	475	100,0	424	100,0	427	97,5

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

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Mortalidad.

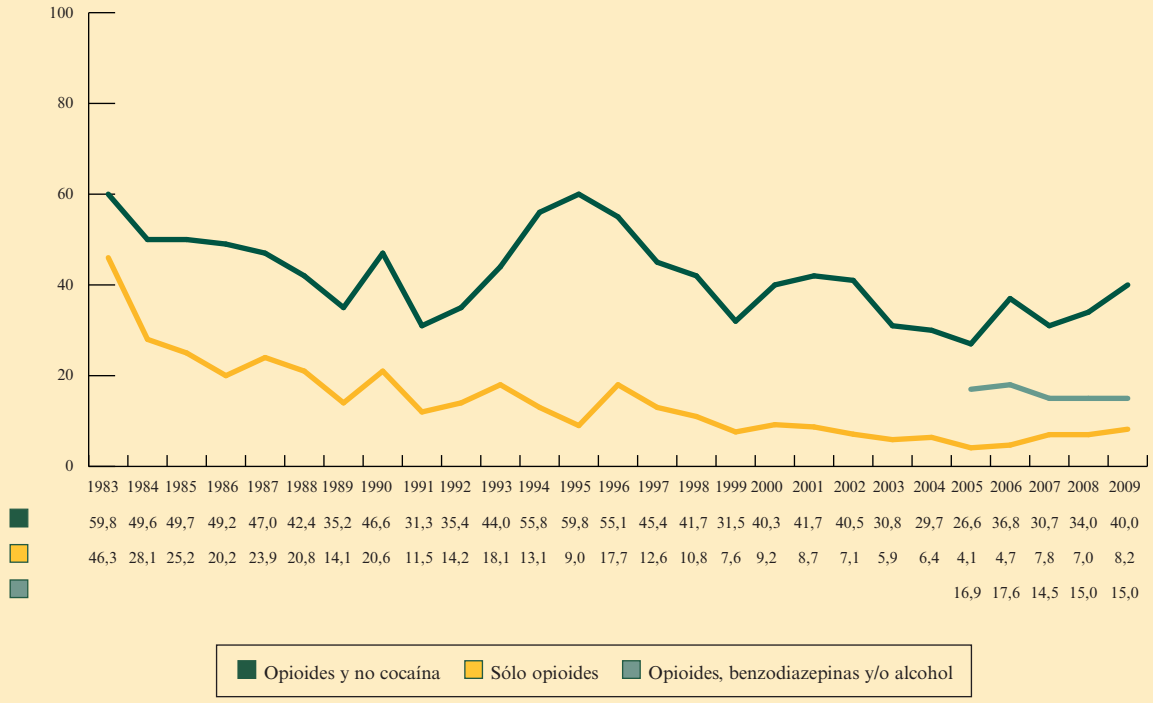
En las Figuras 2.4.2 y 2.4.3 se analiza la evolución temporal de los datos correspondientes a los opioides y a la cocaína de manera más detallada.

Desde el inicio del indicador, el descenso de la proporción de fallecidos en los que se encuentra exclusivamente opioides apunta una tendencia al policonsumo, pasando del 21,6% en el período 1983-1989 al 9,1% en 1998-2001 y presentando su valor más bajo en el 2005 (4,1%). Desde ese año parece haberse roto esta tendencia, aumentando la proporción de muertes en que se detectan exclusivamente opioides (8,2% en 2009).

En el 5,4% de las muertes registradas en el 2009 se detectó únicamente cocaína, porcentaje que mantiene la tendencia descendente después de alcanzar el 7,8% en 2007. A título comparativo, la proporción de muertes en que se detectaba sólo cocaína en 1983-1989 no llegaba al 1%. Las cifras de muertes por cocaína, sin embargo, pueden no representar adecuadamente la realidad porque una proporción importante (y desconocida) de las mismas pueden no llegar a ser objeto de investigación judicial y forense (Figura 2.4.3).

Se detectó cocaína sola o en asociación con una sustancia psicoactiva distinta de los opioides en un 16,4% de los casos en 2009.Por otra parte, la asociación "sólo cocaína y alcohol" sigue su tendencia ascendente iniciada en 2007.

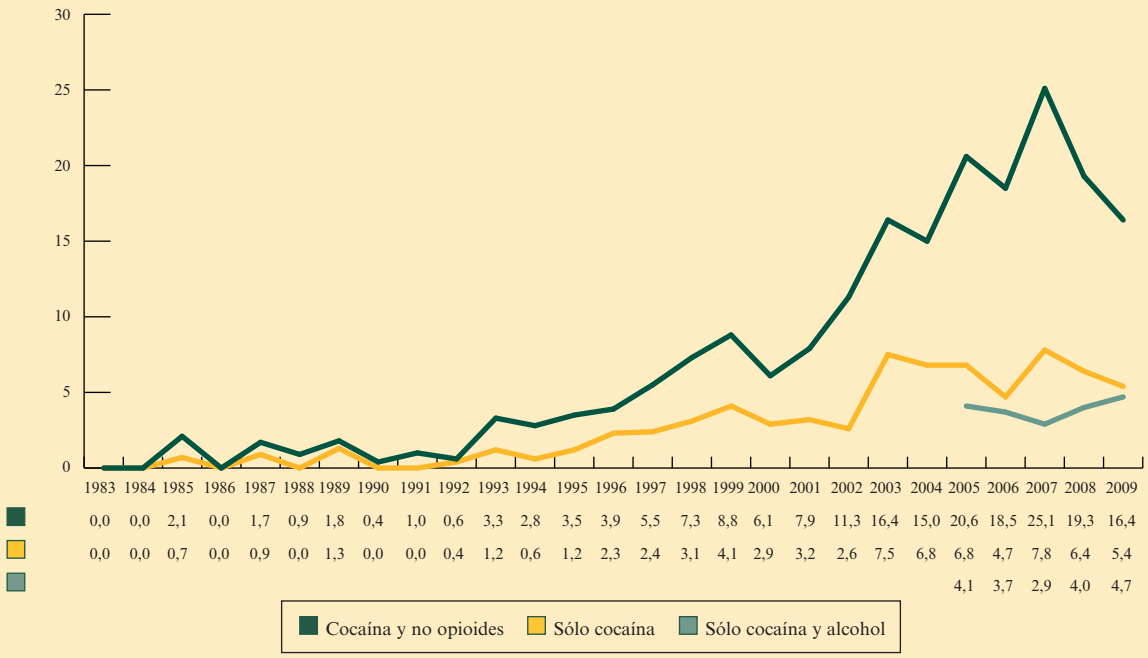
Figura 2.4.2. Evolución de la proporción (%) de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan opioides. España*, 1983-2009.



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

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Mortalidad.

Figura 2.4.3. Evolución de la proporción (%) de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta cocaína. España*, 1983-2009.



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

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Mortalidad.

La metadona se detectó en el 38,1% de las muertes en 2009, y en un 25,9% de los casos se detectó metadona y no otro opioide (Tabla 2.4.4). Su presencia aislada sigue siendo escasa (3,2% de las muertes en 2009), al igual que la presencia exclusiva de la combinación metadona y benzodiacepinas (4,7% en 2009).

Tabla 2.4.4. Evolución de la presencia de metadona en las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en España* (%), 1996-2009.

	% de muertes DRDI en que se detecta sólo metadona	% de muertes DRDI en que se detecta metadona	% de muertes DRDI en que se detecta metadona y no otro opiáceo	% de muertes DRDI en que se detecta sólo metadona y benzodiazepinas
1996	1,5	–	–	–
1997	0,9	–	–	–
1998	0,9	–	–	–
1999	0,4	–	–	–
2000	1,2	–	–	–
2001	2,7	–	–	–
2002	1,8	–	–	–
2003	0,6	–	–	–
2004	0,4	–	–	–
2005	0,6	36,5	15,1	3,0
2006	2,8	39,8	27,4	3,3
2007	4,2	37,5	24,4	4,8
2008	2,8	34,4	22,2	5,9
2009	3,2	38,1	25,9	4,7

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

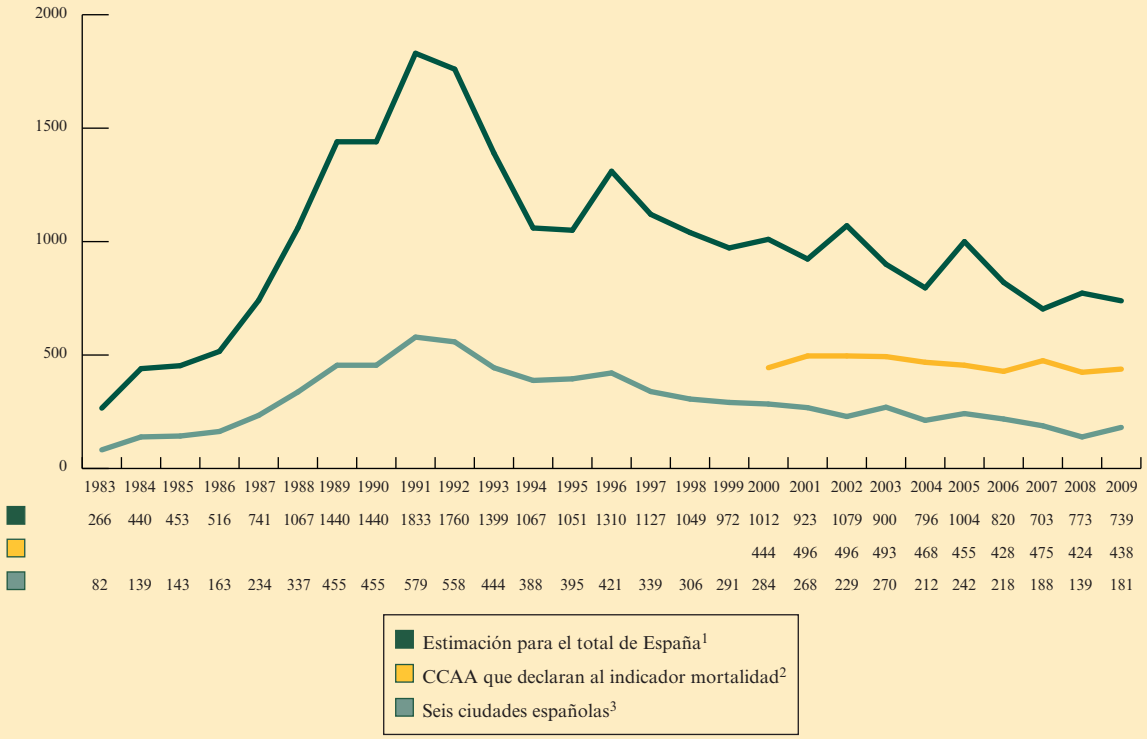
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Mortalidad.

Todos los resultados presentados hasta ahora, incluyen los datos de mortalidad procedentes de la declaración de las CCAA que notifican al registro especial de mortalidad del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, pero hay que tener en cuenta que no todas las CCAA declaran a este registro especial y que, además, las CCAA que declaran varían según los años. Para solventar estas limitaciones se realizan una serie de estimaciones.

En primer lugar, para tratar de solventar el hecho de que no todas las CCAA declaran al registro especial, se estima el número de muertes a nivel nacional a partir de los datos del Registro General de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE), al que notifican todas las CCAA.

En segundo lugar, para asegurar la comparabilidad de los datos de unos años a otros, se dispone de una serie temporal con 6 ciudades españolas (siempre las mismas) de 1983 a 2009. Los datos se obtienen de la información procedente de las defunciones de los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza. En el caso de Sevilla, se estiman los datos correspondientes a los períodos 1997-2000 y 2005-2006, y para Zaragoza los del período 2003-2004. Es preciso recordar que hasta el año 1995 sólo se recogían las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína.

Figura 2.4.4. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2009.



1. Estimación del número total de muertes en España: (nº muertes de CCAA que declaran al registro especial) + (estimación del nº muertes en aquellas CCAA que no declaran al registro especial a partir de los datos del Registro General de Mortalidad). Fuente: Registro Especial de Mortalidad del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías y Registro General de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística.

2. Número de defunciones de las CCAA que declaran al Registro Especial de Mortalidad (aproximadamente 50% de la población española). Fuente: Registro Especial de Mortalidad del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.

3. Número de defunciones de 6 ciudades españoles correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla Valencia y Zaragoza. Fuente: Registro Especial de Mortalidad del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Mortalidad.

En la Figura 2.4.4 se representan en tres líneas, las defunciones estimadas para el total de España, las defunciones notificadas por las CCAA que declaran al registro especial de mortalidad y las defunciones para 6 ciudades españolas.

En general, tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína intravenosa, se aprecia una tendencia descendente de la mortalidad que se mantiene en 2009.

Registro General de Mortalidad

Metodología

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) (http://www.ine.es/) dispone de un registro de mortalidad general con las causas de muerte clasificadas según la CIE-10. Las bases de datos de mortalidad se elaboran en colaboración con las CCAA. La fuente primaria de información son los Registros Civiles que envían, mensualmente, los boletines de defunción a las delegaciones del INE. La última base de datos de mortalidad disponible a nivel nacional es la del año 2009.

A continuación se presenta un análisis de la mortalidad seleccionando los códigos CIE-10 propuestos por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, entre los que se incluyen CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X62, e Y12. A estos se añaden el X44 para adaptarse al contexto español. Este último código incluye los envenenamientos accidentales por exposición a drogas y es muy utilizado en España para codificar muertes por "sobredosis".

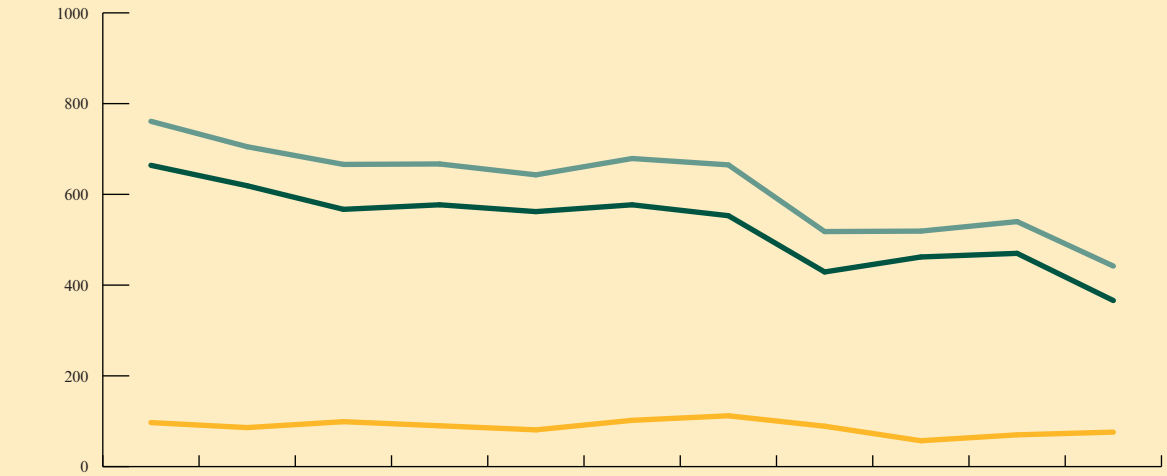
Esta fuente de información presenta limitaciones, ya que aunque la calidad del registro de mortalidad es buena en España, es conocido que el consumo de drogas ilegales aumenta la probabilidad de morir por diversas causas y se ha observado que la repercusión en la mortalidad general de la población no se refleja adecuadamente en las estadísticas rutinarias de mortalidad. Se estima que, en España, las muertes por drogas procedentes del Registro General de mortalidad se subestiman en un 40%. Estudios complementarios donde se analice la mortalidad atribuible aportarían información interesante para conocer la repercusión de la drogas en la mortalidad de población.

Resultados

En el año 2009 se codificaron, bajo los códigos CIE-10 antes especificados 442 defunciones. Esta cifra se ha mantenido relativamente estable en los últimos años. A lo largo del periodo 1999-2009 se aprecia también un predominio masculino y, en 2009, el 82,8% de las defunciones son en hombres (Figura 2.4.5).

En la Figura 2.4.6, se presenta la evolución de las muertes teniendo en cuenta si estas se producen en menores o mayores de 35 años. Se observa una imagen especular, donde a partir de 2003 los menores de 35 dejan paso a los mayores de esta edad.

Figura 2.4.5. Evolución de la mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas* por sexo. España, 1999-2009.

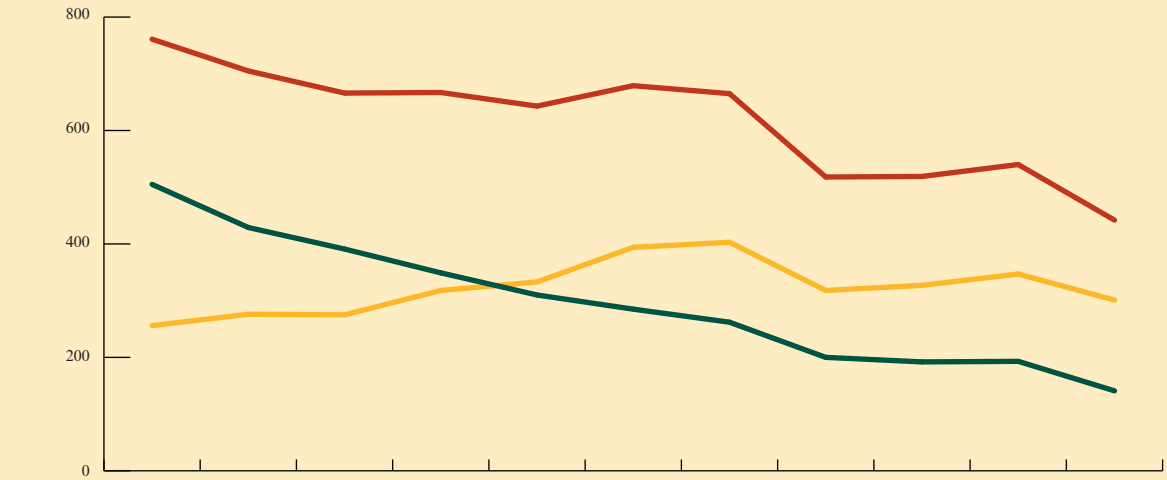


	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hombre	664	619	567	577	562	577	553	429	462	470	366
Mujer	97	86	99	90	81	102	112	89	57	70	76
Total	761	705	666	667	643	679	665	518	519	540	442

* Códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Elaborado por OEDT a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística.

Figura 2.4.6. Evolución de la mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas* por edad. España 1999-2009.



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<35 años	505	429	391	349	310	285	262	200	192	193	141
≥35 años	256	276	275	318	333	394	403	318	327	347	301
Total	761	705	666	667	643	679	665	518	519	540	442

* Códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Elaborado por OEDT a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística.

3 Sistema de Alerta Temprana (Early Warning System-EWS)

3.1. EL SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA EN EUROPA

Introducción

El Sistema de Alerta Temprana ofrece un mecanismo de intercambio de información y de respuesta rápida frente a la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas o de efectos o incidencias relacionadas con éstas u otras sustancias psicoactivas. Fue creado en 1997[1] por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) y Europol en colaboración con los Estados Miembros de la UE, en el marco de la Acción Conjunta de 16 de junio de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación de riesgos y el control de las nuevas drogas de síntesis[2].

Entre 1997 y 2010, se notificaron más de 150 nuevas sustancias psicotrópicas a través del Sistema de Alerta Temprana que, actualmente, son objeto de vigilancia. Durante este período, se ha incrementado la velocidad a la que aparecen nuevas sustancias en el mercado, habiéndose registrado un número sin precedentes de éstas en los últimos años: 24 en 2009 y 41 en 2010.

Muchas de estas nuevas sustancias han sido detectadas a través de productos vendidos en Internet y en tiendas especializadas *(smart shops, head shops)*. La mayor parte de las 41 nuevas sustancias psicotrópicas identificadas en 2010 son catinonas sintéticas o cannabinoides sintéticos. En 2010, se detectaron 15 nuevos derivados de las catinonas sintéticas, lo que las convierte en el segundo grupo de drogas más vigilado a través del Sistema de Alerta Temprana, tras las feniletilaminas.

En 2010 se notificaron, por primera vez, derivados de la fenciclidina (PCP) y ketamina, dos drogas que fueron utilizadas en el pasado y que siguen utilizándose en la actualidad en el ámbito de la medicina y de la veterinaria. También se han registrado notificaciones recientes de un derivado sintético de la cocaína, un precursor natural y varias sustancias psicotrópicas sintéticas.

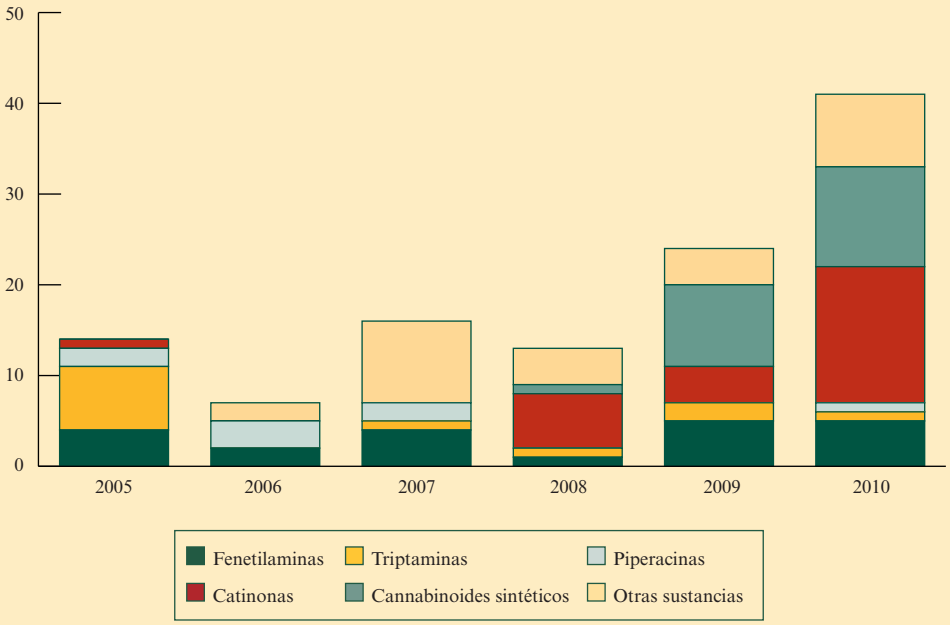
La alerta sobre nuevas drogas basadas en medicinas cuyos riesgos ante su abuso son conocidos, es un ejemplo de cómo la innovación en el mercado ilegal requiere una respuesta conjunta de las autoridades responsables tanto de la regulación de medicamentos como de las drogas ilegales.

---

1. Sistema Europeo de Alerta Temprana (Early Warning System–EWS). Disponible en: www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning

2. Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DO L 127 de 20.5.2005, p. 32).

Figura 3.1.1. Principales grupos de sustancias psicotrópicas vigiladas mediante el Sistema Europeo de Alerta Temprana. EMCDDA, 2011.



FUENTE: Informe Anual 2011. El problema de la Drogodependencia en Europa. EMCDDA.

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas ha venido a sustituir a la Acción Conjunta de 16 de junio de 1997, ya citada[3].

La Decisión 2005/387/JAI mantiene las tres fases consecutivas de la respuesta ante la existencia de una alerta que ya establecía la Acción Conjunta:

1. Intercambio rápido de información sobre nuevas sustancias psicotrópicas.
2. Evaluación, por un comité científico, de los riesgos para la salud y la sociedad vinculados al consumo, la fabricación y el tráfico de una nueva sustancia psicotrópica.
3. Procedimiento a seguir para someter la nueva sustancia psicotrópica a medidas de control, en el caso de que se estime oportuno y necesario.

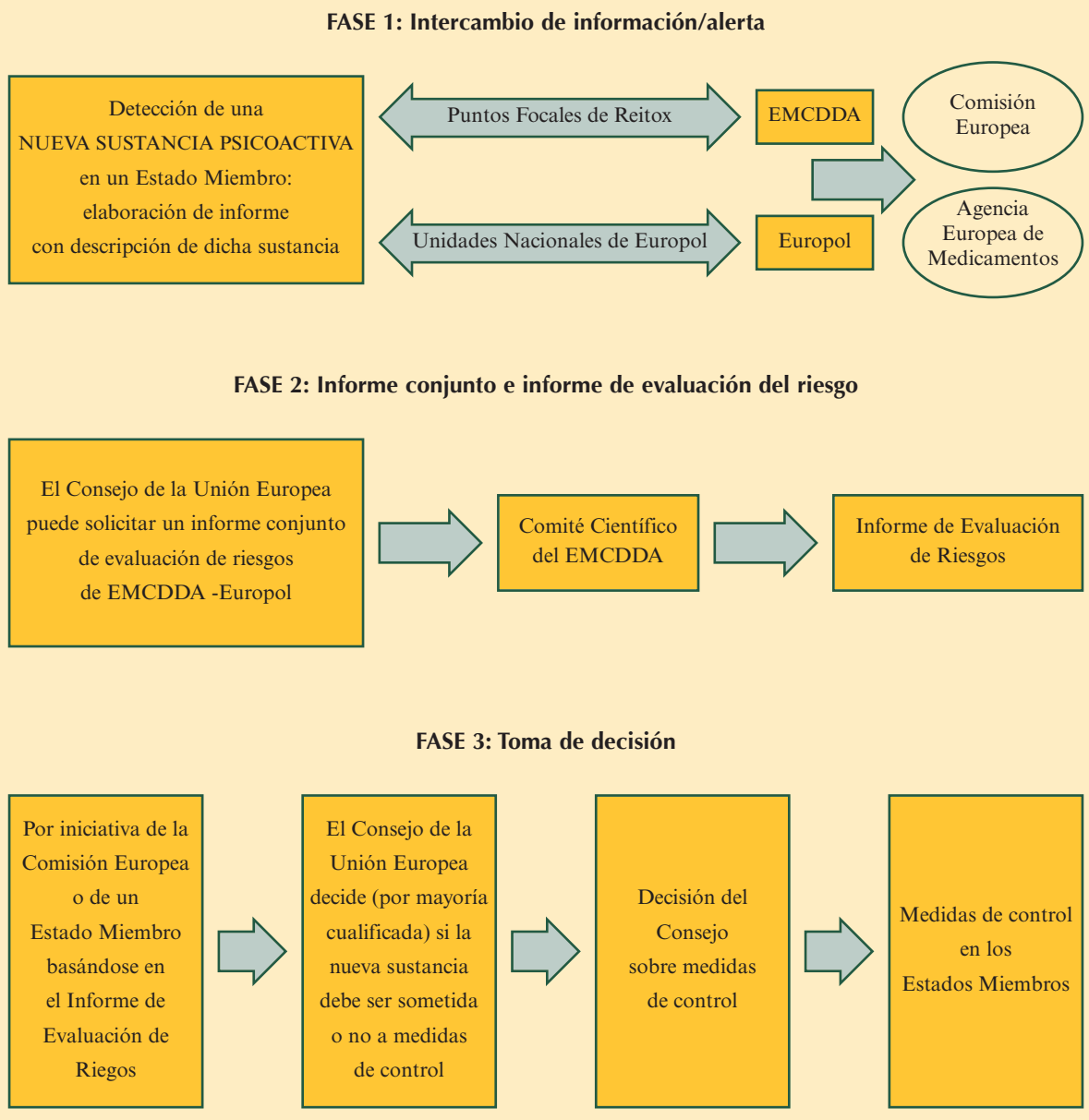
La Decisión 2005/387/JAI es, por tanto, un instrumento jurídico que da cabida a cualquier nueva droga de síntesis o narcótico que se notifique al EMCDDA y a Europol y establece el procedimiento, el calendario y los plazos para cada una de las fases.

Sin embargo, aunque la Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas ha resultado ser un instrumento muy útil para el abordaje de las nuevas sustan-

3. Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DO L 127 de 20.5.2005, p. 32).

cias en la UE, su uso ha encontrado algunas limitaciones, en especial con respecto a la imposibilidad de abordar varias sustancias al mismo tiempo, la excesiva duración de los plazos establecidos para el procedimiento de evaluación y decisión, y la ausencia de alternativas de regulación y control de las nuevas sustancias evaluadas, distintas a las penales. Por ello, el funcionamiento de la Decisión 2005/387/JAI está siendo objeto de revisión por parte de la Comisión Europea.

Figura 3.1.2. Fases de respuesta ante una alerta. Sistema Europeo de Alerta Temprana (Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 10 de mayo de 2005).



FUENTE: Modificado por Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). DGPNSD. *Operating Guidelines. Earlywarning system on new psychoactive substances.* EMCDDA. Europol. 2007. Lisbon.

Fase 1: Intercambio de información/alerta

Cuando una nueva sustancia psicoactiva se detecta por primera vez en uno o más Estados Miembros de la UE, éstos envían la información disponible correspondiente sobre su fabricación, tráfico y uso, (incluyendo información adicional sobre su posible uso médico) a la Oficina del Cuerpo Policial de la Unión Europea (Europol) en la Haya y al EMCDDA en Lisboa, a través de las Unidades Nacionales de Europol y de los Puntos Focales Nacionales de la Red REITOX (formada por los Estados Miembros y el EMCDDA), teniendo en cuenta las respectivas competencias de dichos organismos.

Europol y el EMCDDA recopilan, valoran e intercambian la información recibida y, posteriormente, se la comunican a las Unidades Nacionales de Europol y a los representantes de la Red REITOX del resto de los Estados Miembros, a la Comisión Europea y a la Agencia Europea de Medicamentos.

Si Europol y el EMCDDA consideran que la información notificada por los Estados Miembros sobre una nueva sustancia merece posterior estudio y análisis, se realiza un informe conjunto de Europol y el EMCDDA que se envía, para valoración, al Consejo de la Unión Europea, a la Comisión Europea y a la Agencia Europea de Medicamentos.

Fase 2: Informe conjunto e informe de evaluación del riesgo

INFORME CONJUNTO

Este informe debe incluir:

- Una descripción química y física de la nueva sustancia y el término o denominación por el/la que ésta es conocida.
- Frecuencia, circunstancias y/o cantidad en la que se encuentra la nueva sustancia.
- Medios y métodos de fabricación de la nueva sustancia y la implicación del crimen organizado en la fabricación y el tráfico de la misma.
- Riesgos de salud y sociales asociados con la nueva sustancia psicoactiva, incluyendo las características de los consumidores.
- Si la nueva sustancia está actualmente en evaluación o ya ha sido evaluada por el sistema de la Unión Europea.
- Si se deben establecer medidas de control (a nivel nacional) para la nueva sustancia psicoactiva en los diferentes Estados Miembros.
- Precursores químicos, formas y finalidad del uso establecido o esperado de la nueva sustancia y cualquier otro nuevo uso.

Por su parte, la Agencia Europea de Medicamentos envía información a Europol y al EMCDDA sobre si la nueva sustancia psicoactiva ha obtenido autorización de comercialización en la Unión Europea o en alguno de sus Estados Miembros, está pendiente de recibirla o si la nueva sustancia psicoactiva tuvo, en algún momento, autorización de comercialización pero fue suspendida.

INFORME DE EVALUACIÓN DEL RIESGO

Basándose en el informe conjunto del EMCDDA y Europol, el Consejo de la Unión Europea, actuando a petición de la mayoría de sus miembros, puede solicitar un informe de evaluación de los riesgos tanto sociales como para la salud causados por la fabricación, el uso o el tráfico de una nueva sustancia psicoactiva, así como la implicación del crimen organizado y posibles consecuencia del establecimiento de medidas de control sobre la nueva sustancia valorada.

Para la realización de este informe, el EMCDDA convoca una o varias reuniones especiales de su Comité Científico que, además de contar con sus miembros habituales, puede solicitar la participación

adicional de cinco expertos de los Estados Miembros cuya contribución resulte necesaria para realizar una adecuada evaluación de los posibles riesgos de una sustancia en concreto. La Comisión Europea, Europol y la Agencia Europea de Medicamentos pueden participar también en estas reuniones.

La evaluación de los riesgos tiene en cuenta todos los aspectos que, de acuerdo con la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, garanticen la ubicación de una sustancia bajo control internacional. El EMCDDA publica, desde 1999, directrices y guías para la evaluación del riesgo de nuevas sustancias sintéticas, que son objeto de revisión y actualización periódica. Las actuales directrices operativas para la evaluación de los riesgos de las nuevas sustancias psicotrópicas, adoptadas en 2008, se aplicaron por primera vez en 2010 con la mefedrona (EMCDDA, 2010). Estas directrices proporcionan un marco adecuado para realizar una evaluación científicamente sólida y basada en datos científicos, en el momento oportuno y con unas fuentes de información relativamente limitadas debido a la escasez habitual de datos relacionados con las nuevas sustancias que son motivo de alerta.

En 2010, la Organización Mundial de la Salud aprobó también un nuevo análisis de sus directrices relativas a la revisión de sustancias psicotrópicas para control internacional (OMS, 2010).

Así pues, se elabora un informe de evaluación del riesgo que es enviado a la Comisión Europea y al Consejo de la Unión Europea.

Hasta la fecha de publicación de este documento, se han realizado 11 informes de evaluación del riesgo sobre las siguientes sustancias: MBDB, 4-MTA, GHB, Ketamina, PMMA, 2C-I, 2CT2, 2C-T-7, TMA-2, BZP y Mefedrona.

El último informe de evaluación del riesgo, realizado en julio de 2010, correspondió a la mefedrona y tuvo, como consecuencia, la Decisión del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2010 (2010/759/UE) por la que se somete la 4-metilmetcatinona (mefedrona) a medidas de control (DOUE 8/12/2010).

La evaluación de riesgos, en el caso de la mefedrona, planteó una serie de dificultades ligadas a la escasez de datos disponibles y también a la falta de semejanza de la mefedrona con los compuestos evaluados anteriormente. No obstante, por vez primera, se incorporaron los datos de vigilancia toxicológica de un estudio realizado en un grupo de consumidores de mefedrona, permitiendo con ello que las conclusiones de dicho estudio se basaran en datos objetivos. Tras examinar los resultados del informe de evaluación de riesgos elaborado por el EMCDDA en diciembre de 2010, el Consejo de la Unión Europea decidió que la mefedrona debía ser objeto de medidas de control y de sanciones penales en toda Europa ya que los riesgos asociados al consumo de mefedrona demostraron que esta sustancia puede provocar graves problemas de salud y generar dependencia. Además, no posee valor terapéutico alguno ni otro uso legal[4]. Para entonces, 18 países europeos ya habían introducido medidas de control relativas a la mefedrona[5].

Los restantes Estados Miembros de la UE disponian de un año, a partir de la Decisión de 2 de diciembre de 2010 (2010/759/UE) sobre Mefedrona, para adoptar las medidas necesarias en el ámbito nacional. En España, a este respecto, se publicó la *Orden SPI/201/2011, de 3 de febrero, por la que se incluye la sustancia 4-metilmetcatinona (mefedrona) en el Anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regula la fabricación, distribución, prescripción y dispensación de sustancias y preparados psicotrópicos.*

---

4. Decisión 2010/759/UE del Consejo, de 2 de diciembre de 2010, por la que se somete la 4-metilmetcatinona (mefedrona) a medidas de control (DO L 322 de 8.12.2010, p. 44).

5. Bélgica, Dinamarca, Alemania, Estonia, Irlanda, Francia, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Austria, Polonia, Rumanía, Suecia, Reino Unido, Croacia y Noruega.

Fase 3: Toma de decisión

Una vez realizado el informe de evaluación del riesgo, el Consejo de la Unión Europea puede decidir, por mayoría cualificada o actuando a requerimiento de la Comisión Europea, si someter o no la nueva sustancia psicoactiva a medidas de control.

En el caso de que la Comisión Europea no considere necesario someter a la nueva sustancia a medidas de control, debe remitir un informe al Consejo de la Unión Europea argumentando su criterio. En estos casos, uno o más Estados Miembros pueden presentar sus iniciativas al Consejo de la Unión Europea.

Si el Consejo de la Unión Europea decide someter a una nueva sustancia psicoactiva a medidas de control, los Estados Miembros deben realizar las acciones necesarias, de acuerdo con las leyes nacionales para que, en no más de un año a partir de la Decisión del Consejo sobre la sustancia psicotrópica en cuestión, sea sometida a medidas de control internas.

Hasta la fecha de publicación de este informe, las sustancias que han sido sometidas a medidas de control de acuerdo con el procedimiento anteriormente explicado son:

- 4-MTA. Decisión del Consejo 1999/615/JHA de 13 de septiembre de 1999.
- PMMA. Decisión del Consejo 2002/188/JHA de 28 de febrero de 2002.
- 2C-I, 2C-T-2, 2c-T-7 y TMA-2. Decisión del Consejo 2003/847/JHA de 27 de noviembre 2003.
- BZP. Decisión del Consejo 2008/206/JHA de 3 de marzo de 2008.
- Mefedrona. Decisión del Consejo 2010/759/EU de 2 de diciembre de 2010.

Por último, en el año 2000, el Comité Científico del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías realizó una evaluación del riesgo asociado al consumo de gamma hidroxi butirato (GHB) y, como resultado de dicha evaluación, el GHB fue añadido a la lista IV del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 (www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33345EN.html).

Base de datos legal europea sobre drogas (European Legal Drug Database-ELDD)

La base de datos legal europea sobre drogas incluye una revisión de las distintas clasificaciones legales de las sustancias y un listado exhaustivo de las sustancias controladas por los Estados Miembros de la UE y Noruega.

Esta base de datos contiene:

- Textos legales en sus formatos originales para permitir a los investigadores y a los analistas consultar, directamente, fuentes de datos originales.
- Perfil de cada Estado Miembro de la UE, cuyos datos han sido recopilados y enviados por los Puntos Focales Nacionales de la Red REITOX.
- Informes jurídicos detallados y publicaciones sobre diversos aspectos relevantes en torno a la situación legal de las drogas en la UE, así como legislación sobre este tema en los diversos Estados Miembros.
- Revisiones temáticas breves que dan una idea general de la posición legal de los Estados Miembros de la UE respecto a las drogas ilegales.
- Noticias y documentos que permiten a los usuarios mantenerse al día sobre nuevos acontecimientos relacionados con esta materia.

3.2. EL SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA ESPAÑOL

Introducción

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea requiere que cada país miembro de la Unión Europea cuente con un sistema nacional de intercambio de información y un sistema de recopilación de datos sobre nuevas sustancias para enviar informes al EMCDDA y Europol y así cumplir con los objetivos de la Decisión.

Para instaurar el marco legal del Sistema de Alerta Temprana Español se emplearon leyes españolas específicas provenientes de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 tales como: Ley 17/1967, de 8 de abril, de normas reguladoras por las que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes adaptándolas a lo establecido en el Convenio de 1961 de Naciones Unidas y el Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, prescripción y dispensación.

La regulación nacional sobre drogas ilegales depende del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y de otros Departamentos Ministeriales que deben establecer las medidas necesarias para poder actuar conforme con la Decisión del Consejo de la Unión Europea.

En este sentido, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha impulsado, recientemente, la elaboración y publicación del Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional, de acuerdo con la Ley 17/1967, de 8 de abril, de normas reguladoras por las que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes adaptándolas a lo establecido en el Convenio de 1961 de Naciones Unidas. El objeto de este Real Decreto es establecer el procedimiento mediante el cual una sustancia natural o sintética, no incluida en las listas I y II de las anexas al Convenio Único de 1961 de las Naciones Unidas o que no haya adquirido tal consideración en el ámbito internacional, sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional; así como, consecuentemente, el sometimiento de estas sustancias a la medidas de fiscalización aplicables a los estupefacientes.

Organización

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) es la responsable del funcionamiento y coordinación del Sistema de Alerta Temprana Español y en consecuencia del cumplimiento de lo establecido en la Decisión del Consejo de la Unión Europea (2005/387/JAI) en lo que se refiere a los Estados Miembros.

La Red del Sistema de Alerta Temprana Español tiene cobertura estatal y se articula de la siguiente manera:

ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), punto nodal de la Red, en el que se centraliza la recogida, elaboración, análisis y divulgación de la información, a través del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).
- Otras unidades del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:
  - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), responsable de la recogida y notificación de incidencias relacionadas con el uso/abuso de medicamentos y productos sanitarios para uso humano.

- Red de laboratorios de análisis de drogas, responsable de la realización de la mayoría de los análisis de las drogas provenientes de incautaciones, dependiente de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior.
- Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), responsable de centralizar las alertas y emergencias que surgen en él ámbito general de la Salud Pública, dependiente de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior.

- Otros Departamentos Ministeriales:
  - Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO), punto nodal de la red del Sistema de Alerta Temprana en tanto interlocutor oficial con Europol, siendo responsable de la recogida, análisis y notificación de los datos relacionados con decomisos, incautaciones, detenciones, análisis toxicológico de las sustancias incautadas, y seguimiento y control de los precursores utilizados para la fabricación de sustancias psicoactivas susceptibles de abuso, dependiente del Ministerio del Interior.
  - El Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF), responsable del análisis toxicológico de sustancias psicoactivas en muestras biológicas. Las muestras procedentes de decomisos que se encuentren afectados por la Ley 38/2002, de 24 de octubre de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, sobre procedimiento para el enjuiciamiento rápido e inmediato de determinados delitos y faltas, y de modificación del procedimiento abreviado. también son analizadas por el INTCF, dependiente del Ministerio de Justicia.
  - Servicios de Aduanas, responsables del registro y notificación de las incautaciones realizadas en el marco de su ámbito competencial, dependiente del Ministerio de Hacienda.
  - Centro Nacional de Epidemiología (CNE), responsable de la investigación epidemiológica de problemas emergentes, la realización de evaluaciones de riesgo de situaciones epidémicas y otros riesgos para la salud con potencial de difusión en la comunidad y de actividades relacionadas con la información sanitaria y las intervenciones en el ámbito de la salud pública, dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación.

ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA

- Planes Autonómicos de Drogodependencias que, dirigidos por los Comisionados de Drogas de las respectivas Comunidades y Ciudades Autónomas, son responsables de la recogida, análisis y la difusión de la información relativa al Sistema de Alerta Temprana, recibida desde la DGPNSD o desde cualquier otro punto de la red. Son los responsables de la recogida de los datos e incidencias de los dispositivos sanitarios y sociales relacionados con el consumo de drogas y las drogodependencias (indicadores de problemas asociados al consumo de drogas: admisión a tratamiento por consumo de drogas, urgencias relacionadas con el consumo, mortalidad relacionada con el consumo de drogas, y otros indicadores que se establezcan) y su notificación a la DGPNSD.

  Existen numerosos municipios en el territorio nacional que cuentan con políticas y recursos asistenciales y sociales propios en materia de drogodependencias. En estos casos, la notificación se realiza a los Planes Autonómicos correspondientes y, desde éstos, a la DGPNSD.

- Red Autonómica de Centros especializados en Tratamientos de Drogas (Centros de Tratamiento de Bajo Umbral, Comunidades terapéuticas, Centros Ambulatorios de Tratamiento, Unidades Residenciales de Tratamiento, Servicios de Urgencias, etc.), la notificación, igualmente, se realiza a los Planes Autonómicos correspondientes y, desde éstos, a la DGPNSD.

- Otras unidades autonómicas y locales: Cuerpos de Policía Autonómica en algunas Comunidades Autónomas, que desarrollan su labor en estrecha colaboración con el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil.

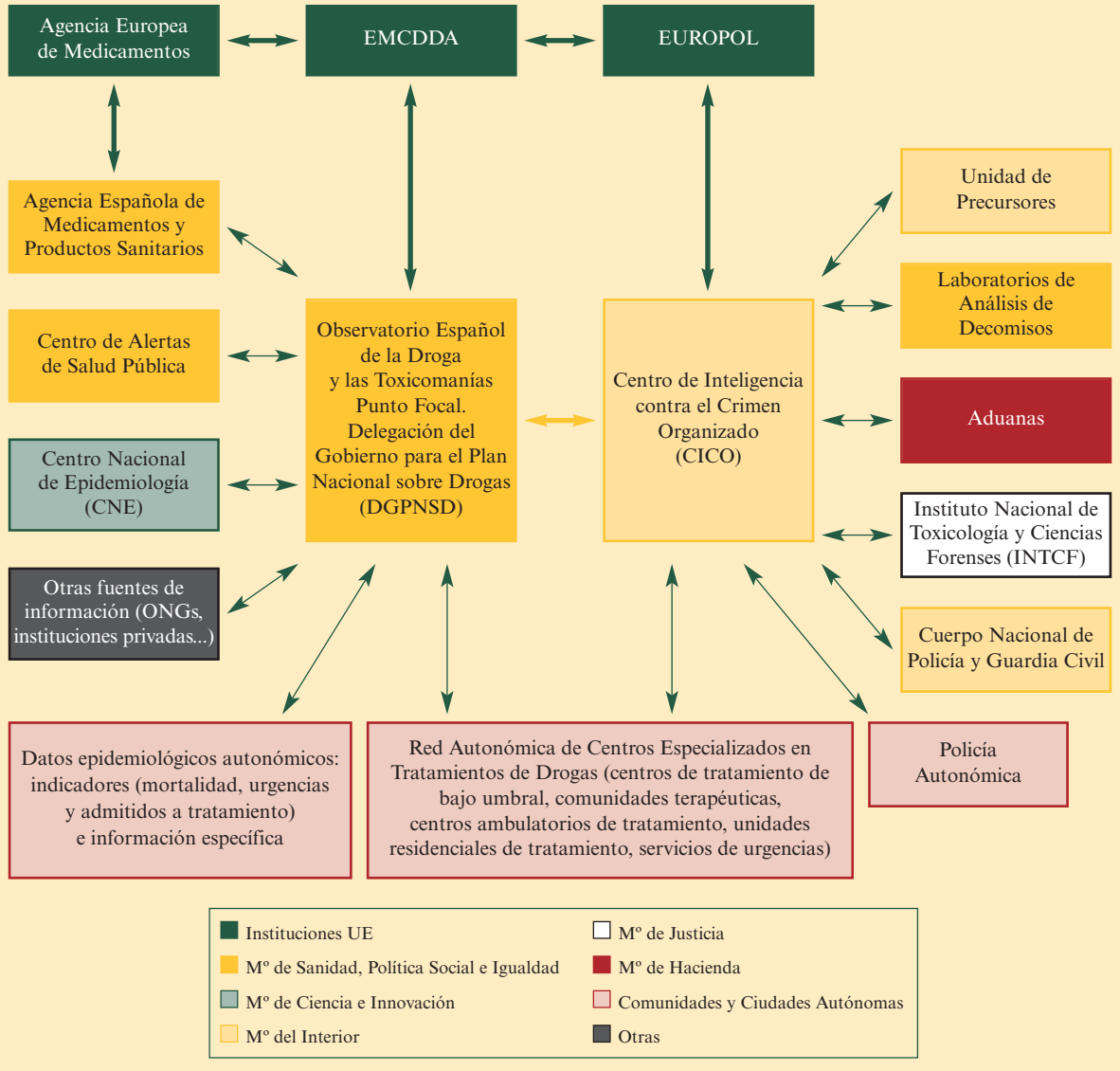
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES Y OTRAS ENTIDADES

La DGPNSD promueve el desarrollo de numerosos programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en el ámbito de las drogodependencias, que son implementados por organizaciones no gubernamentales, institutos de investigación y otras entidades y que forman parte activa del Sistema de Alerta Temprana, notificando a la DGPNSD todas aquellas incidencias que resulten de interés (modificaciones de los patrones de consumo, identificación de nuevas sustancias, resultados de los tests de composición y pureza de las sustancias a consumir por los usuarios en los lugares de consumo, adulteraciones, etc.).

Funcionamiento del Sistema de Alerta Temprana y flujo de información

El Sistema de Alerta Temprana Español se configura como una red virtual, en la que todos sus componentes se encuentran interconectados. La red se activa en caso de alerta, independientemente de la procedencia de ésta y da lugar a un intercambio bidireccional de información entre sus miembros, que

Figura 3.2.1. Organización del Sistema de Alerta Temprana Español.



FUENTE: Elaborado por Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

notifican la presencia o ausencia de datos relacionados con la alerta comunicada en sus respectivos ámbitos de actuación.

Posteriormente, la información recopilada es analizada por la DGPNSD (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías – OEDT), que elabora un informe final que es reenviado a todos los componentes de la red, indicando las fuentes exactas de la información recopilada, si la alerta se considera completada o no y el procedimiento a seguir (vigilancia, puesta en marcha de medidas de respuesta o control, etc.).

No obstante lo anterior y , siempre que se considere oportuno o la situación así lo requiera, se podrán convocar reuniones presenciales de los distintos componentes de la Red.

La comunicación con el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías se realiza a través de la DGPNSD que funciona como Punto Focal Nacional (PFN). Por su parte, el CICO mantiene un contacto estrecho con Europol, y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios está en conexión permanente con la Agencia Europea de Medicamentos.

4 Oferta de drogas. Medidas de control

4.1. VENTAS DE TABACO, 2000-2010

En este apartado se ofrecen los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Economía y Hacienda), relativos a las ventas de tabaco por tipo de labor (cigarrillos, cigarros, picadura de liar y de pipa) efectuadas entre el año 2000 y 2010.

Para una adecuada interpretación de los datos presentados a continuación es preciso realizar dos aclaraciones. La primera, que no se recogen las ventas de tabaco en Canarias, Ceuta y Melilla; y la segunda, que las variaciones de los ingresos por la venta de tabaco a lo largo del tiempo no sólo están relacionadas con el volumen de las unidades vendidas, sino también con los impuestos que en distintos momentos han gravado el tabaco.

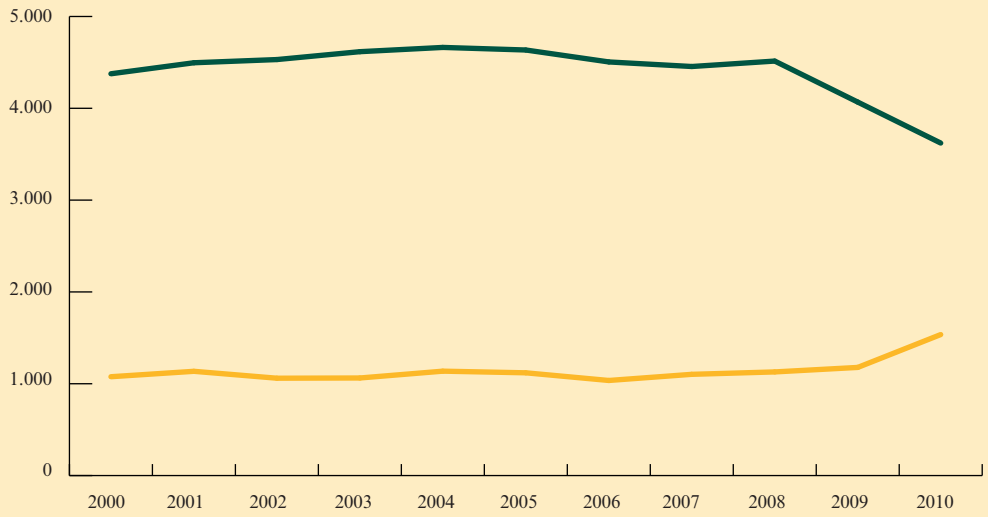
Entre los tipos de labor de tabaco, los cigarrillos son la variedad que viene dominando el mercado año tras año, dado que sus volúmenes de ventas, tanto en unidades físicas (Tabla 4.1.3) como en valor monetario (Tabla 4.1.1) son infinitamente superiores a los del resto de las labores. De los 7.995,1 millones de euros de ingresos por venta de tabacos en 2000, el 94,3% correspondió a los cigarrillos, porcentaje que seguía siendo muy alto (92,8%) en 2010, año en que se ingresaron por este concepto 12.992,3 millones de euros. Tras las ventas de cigarrillos se situaron, en 2010, las de picadura de liar, cuya cuota de participación en los ingresos viene aumentado en los últimos años, pasando del 0,5%, en el año 2000, al 3,7% en 2010, desplazando a las ventas de cigarros puros, cuya participación en los ingresos ha descendido desde el 5,1% del año 2000 al 3,3% en 2010, a pesar de que sus ventas han venido manteniendo una tendencia ascendente desde el año 2000, que se ha acentuado de forma importante en el año 2010 (Figura 4.1.1). Las ventas de picadura de pipa, por su parte, continúan siendo muy residuales y su participación en los ingresos se ha venido manteniendo en el 0,1% en los últimos 11 años (Tabla 4.1.2).

Entre 2000 y 2010 ha disminuido considerablemente el volumen de ventas de cigarrillos, un 17,2%, y especialmente importante ha sido el descenso de las mismas en los dos últimos años, 11% (Tabla 4.1.3). Los cigarros puros, en cambio, han aumentado sus ventas globales en un 42,6% entre 2000 y 2010, y un 30,4% en 2010 respecto de las realizadas en 2009 (Figura 4.1.1). Por su parte, las ventas de picadura de liar y las de picadura de pipa se han estabilizado en 2010 respecto de 2009 (Tabla 4.1.4).

El mencionado descenso de las ventas de cigarrillos entre 2009 y 2010 ha afectado a todas las comunidades autónomas, aunque no en la misma medida. Las comunidades en las que más han descendido las ventas son Andalucía (13,1%), Navarra y las Islas Baleares (12,2%), Cataluña y País Vasco (12,1%), y en las que menos han descendido Galicia (6,5%), Castilla-La Mancha y Extremadura (8%) (Tabla 4.1.3).

El importante descenso de las ventas de cigarrillos producido en los últimos años queda reflejado de forma muy patente en la acusada reducción de las ventas *per capita,* entre 2009 y 2010: 15,4 cajetillas menos *per capita.* El descenso en las ventas *per capita* se observa en todas las Comunidades Autónomas sin excepción, si bien ha sido más intenso en Navarra (- 24,8 cajetillas), en las Islas Baleares (-23,1 cajetillas), en Cataluña (-17,6 cajetillas) y en Andalucía (-17,4 cajetillas) y, aunque importante, más moderado en Madrid (-10,1 cajetillas) y Galicia (-10,5 cajetillas) (Tabla 4.1.4).

Figura 4.1.1. Evolución de las ventas de cigarrillos y de cigarros puros. España*, 2000-2010.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cigarrillos (millones de cajetillas)	4.376,0	4.496,0	4.530,8	4.616,6	4.663,0	4.634,9	4.504,9	4.455,1	4.514,4	4.067,8	3.621,5
Cigarros (millones de unidades)	1.076,4	1.135,4	1.060,2	1.062,6	1.137,0	1.119,0	1.035,5	1.102,5	1.128,7	1.177,7	1.535,6

* Península y Baleares.

Variación 2000-2010: Cigarrillos: -17,2%; Cigarros: +42,6%. Variación 2009-2010: Cigarrillos: -11%; Cigarros: +30,4%.

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

Tabla 4.1.1. Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España*, 2000-2010.

Tipo de labor	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	Variación 2010/2000 (%)	Variación 2010/2009 (%)
Cigarrillos	7.541,870	8.956,567	10.096,648	10.153,788	11.671,980	11.719,617	12.061,477	37,5	2,8
Cigarros	408,164	423,230	459,882	422,712	430,426	412,240	427,589	4,5	3,6
Picadura de liar	38,501	71,731	144,345	180,220	254,361	395,411	486,559	92,1	18,7
Picadura de pipa	6,617	7,322	8,103	7,987	8,750	9,449	16,738	60,5	43,5
Total	**7.995,152**	**9.458,850**	**10.708,979**	**10.764,707**	**12.365,518**	**12.536,716**	**12.992,363**	**38,5**	**3,5**

* Península y Baleares.

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

Tabla 4.1.2. Evolución de la distribución de los ingresos por venta de tabacos según tipo de labor (%). España*, 2000-2010.

Tipo de labor	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010
Cigarrillos	94,3	94,7	94,3	94,3	94,4	93,5	92,8
Cigarros	5,1	4,5	4,3	3,9	3,5	3,3	3,3
Picadura de liar	0,5	0,8	1,3	1,7	2,1	3,2	3,7
Picadura de pipa	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

* Península y Baleares.

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

Tabla 4.1.3. Evolución del volumen de ventas de cigarrillos por comunidad autónoma* (millones de cajetillas de 20 cigarrillos), 2000-2010.

Comunidad Autónoma	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Variación 2000/10 (%)	Variación 2010/09 (%)
Andalucía	784,6	814,9	829,9	853,8	851,9	843,5	822,5	812,2	820,7	737,8	641,1	-18,3	-13,1
Aragón	136,4	135,9	135,2	135,9	137,3	133,7	130,7	132,2	136,6	123,6	110,8	-18,7	-10,4
Asturias	108,2	110,4	108,3	108,4	104,5	101,0	98,6	97,8	101,4	94,9	86,0	-20,5	-9,4
Islas Baleares	187,4	193,6	190,6	203,7	199,9	196,2	177,8	179,0	172,3	142,9	125,5	-33,0	-12,2
Cantabria	60,4	62,2	61,0	60,4	59,9	58,0	56,8	56,4	57,3	53,6	48,6	-19,6	-9,3
Castilla y León	243,1	247,3	244,2	238,8	189,4	226,1	227,4	220,6	232,3	212,6	192,7	-20,7	-9,3
C.-La Mancha	185,6	188,1	187,3	189,4	236,6	189,4	189,1	193,0	200,7	183,4	168,7	-9,1	-8,0
Cataluña	731,5	756,6	775,7	810,3	865,4	888,7	858,5	844,1	848,7	758,7	666,8	-8,9	-12,1
C. Valenciana	559,4	570,4	581,5	601,6	594,2	589,5	565,8	568,9	568,5	491,0	435,0	-22,2	-11,4
Extremadura	118,5	118,3	115,2	112,9	109,8	107,3	106,8	106,8	110,9	104,0	95,7	-19,2	-8,0
Galicia	226,6	237,8	235,1	234,4	232,3	226,9	226,4	220,0	226,6	212,4	198,6	-12,3	-6,5
Madrid	600,3	609,6	608,4	588,2	570,7	547,7	532,5	529,8	540,2	496,2	452,4	-24,6	-8,8
Murcia	136,2	140,5	143,1	150,3	148,9	149,0	148,2	151,8	150,0	135,5	123,7	-9,2	-8,7
Navarra	65,8	70,0	73,2	80,1	91,4	95,5	93,8	88,6	89,7	83,9	73,6	11,9	-12,2
País Vasco	203,7	211,7	213,4	220,3	242,9	255,6	242,6	227,7	230,5	211,6	186,0	-8,7	-12,1
La Rioja	28,0	28,9	28,6	28,1	28,1	26,9	27,4	26,3	27,9	25,7	23,0	-17,8	-10,6
Total	**4.376,0**	**4.496,0**	**4.530,8**	**4.616,7**	**4.663,1**	**4.634,9**	**4.504,8**	**4.455,1**	**4.514,4**	**4.067,8**	**3.621,5**	**-17,2**	**-11,0**

* Península y Baleares.

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

Tabla 4.1.4. Variación de las ventas anuales de tabaco *per capita* según tipo de labor y comunidad autónoma* (2009/2010).

	Cigarrillos (cajetillas 20 cigarrillos)			Cigarros (unidades)			Picadura de liar (kilos)			Picadura de pipa (kilos)		
	2009	**2010**	**Variación**	**2009**	**2010**	**Variación**	**2009**	**2010**	**Variación**	**2009**	**2010**	**Variación**
Andalucía	128,8	111,4	-17,4	24,6	37,5	12,9	0,2	0,2	0,0	0,01	0,02	0,01
Aragón	137,1	123,4	-13,7	51,7	70,9	19,2	0,1	0,1	0,0	0,00	0,01	0,00
Asturias	128,8	117,5	-11,4	56,8	75,5	18,7	0,1	0,1	0,0	0,00	0,01	0,00
Islas Baleares	183,2	160,1	-23,1	36,0	42,0	5,9	0,6	0,5	-0,1	0,01	0,02	0,00
Cantabria	132,0	119,7	-12,3	56,6	73,1	16,6	0,1	0,1	0,1	0,00	0,01	0,00
Castilla y León	125,9	114,9	-11,0	59,6	73,1	13,5	0,1	0,1	0,0	0,00	0,01	0,00
Castilla-La Mancha	131,1	119,8	-11,3	36,1	51,9	15,8	0,1	0,1	0,0	0,00	0,01	0,01
Cataluña	147,7	130,1	-17,6	44,6	53,4	8,9	0,2	0,2	0,0	0,01	0,02	0,00
C. Valenciana	140,0	124,4	-15,5	30,5	48,4	17,9	0,4	0,3	-0,1	0,01	0,02	0,01
Extremadura	141,9	130,2	-11,7	43,8	62,8	19,0	0,1	0,1	0,0	0,00	0,01	0,01
Galicia	113,8	103,3	-10,5	34,6	50,5	15,9	0,1	0,1	0,0	0,00	0,00	0,00
Madrid	110,0	99,9	-10,1	23,0	27,6	4,5	0,1	0,1	0,0	0,01	0,01	0,00
Murcia	135,8	123,2	-12,6	25,9	36,1	10,1	0,2	0,2	0,0	0,01	0,02	0,01
Navarra	196,3	171,5	-24,8	94,6	104,6	10,0	0,3	0,3	0,0	0,01	0,02	0,00
País Vasco	142,9	126,3	-16,5	85,6	91,0	5,4	0,2	0,2	0,0	0,01	0,01	0,00
La Rioja	117,9	105,9	-12,0	75,9	90,7	14,8	0,0	0,1	0,0	0,00	0,01	0,00
Total	**133,3**	**117,9**	**-15,4**	**38,6**	**50,3**	**11,7**	**0,2**	**0,2**	**0,0**	**0,01**	**0,01**	**0,00**

* Península y Baleares.

Notas: Para el cálculo de las tasas *per capita* se ha utilizado la población de 15-64 años. Cigarrillos: nº de cajetillas *per capita.* Cigarros: nº de cigarros *per capita.* Picadura de liar y picadura de pipa: nº de kilos *per capita.*

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

CONCLUSIONES

Tras la entrada en vigor el día 1 de enero de 2006 de la "Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco" se ha producido una contracción de la venta de cigarrillos por habitante, reducción que, en 2010, es altamente apreciable en todas las comunidades autónomas.

Por otra parte, no se aprecia que se haya producido un desplazamiento importante de la demanda hacia otras labores del tabaco, ya que las ventas de picadura de liar y picadura de pipa parecen haberse estabilizado y las de cigarros, aunque han aumentado entre 2009 y 2010 siguen satisfaciendo a una demanda muy minoritaria.

4.2. NÚMERO DE DECOMISOS Y CANTIDADES DE DROGAS DECOMISADAS, 1998-2010

El número de decomisos de drogas psicoactivas y las cantidades de drogas decomisadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de drogas en el mercado, siempre que se tenga en cuenta que su evolución suele estar afectada por diversos factores tales como la mayor o menor actividad de los servicios de control de la oferta y la proporción de droga que se dirige al mercado exterior, así como la ocurrencia de grandes decomisos, que pueden dar lugar a fluctuaciones interanuales importantes.

Según el Ministerio del Interior, en 2010 se produjeron en España algunos cambios en las cantidades de drogas decomisadas con respecto a los últimos años. La cantidad de heroína decomisada disminuyó con respecto a 2009, pasando de 300 Kg a 233 Kg, lo que viene a confirmar la tendencia al descenso en las cantidades decomisadas de esta sustancia que se venía observando en los últimos siete años, quedando el aumento que se produjo en el año 2008 de la cantidad decomisada como un fenómeno anecdótico (Tabla 4.2.1 y Figura 4.2.4).

También disminuyó, por segundo año consecutivo, la cantidad de hachís decomisada, pasando de 682,7 toneladas en 2008 a 444,6 toneladas en 2009 y a 384,3 toneladas en 2010 (Figura 4.2.3). Del mismo modo, la cantidad de cocaína decomisada en 2010 fue inferior a las de los dos años precedentes, lo que parece indicar una tendencia a la baja en la cantidades decomisadas de esta sustancia (Figura 4.2.2). En cambio, la cantidad de MDMA decomisada en 2010 (634.628 pastillas) fue bastante mayor que la incautada en los dos años precedentes: 534.906 pastillas en 2008 y 404.334 en 2009 (Figura 4.2.5).

Por lo que respecta al número de decomisos, en 2010 disminuyó, aunque no muy notablemente, el número de decomisos globales, concretamente, en un 9,41% respecto del año anterior. Por drogas, también se aprecian en 2010 descensos del número de decomisos, respecto del año anterior. El número de decomisos que más descendió es el correspondiente a "cocaínicos" (-8,91%), seguido del de cannábicos (-8,91%) y del de opiáceos (6,23%) (Figura 4.2.1).

Por el contrario, en los últimos años se aprecia una tendencia al aumento del número de decomisos de alucinógenos (310% entre 2006 y 2010).

El cannabis fue la droga de la que se decomisó una mayor cantidad en 2010 (384,3 toneladas de hachís) y también la que generó un mayor número de decomisos (290.785).

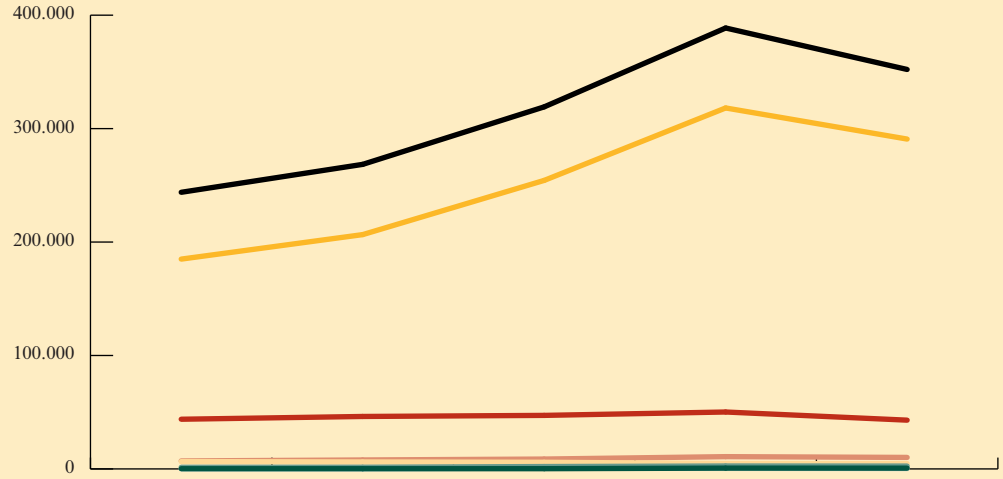
Si se observan las tendencias a medio y largo plazo, más allá de algunas variaciones interanuales, se puede concluir que las tendencias temporales del número de decomisos y de las cantidades decomisadas de las principales drogas psicoactivas de comercio ilegal (cannabis, cocaína, heroína) son bastante consistentes con la evolución de los datos de consumo y problemas de drogas.

Tabla 4.2.1. Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2000-2010.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Heroína (Kg)	485	631	275	242	271	174	472	227	548	300	233
Cocaína (Kg)	6.165	33.681	17.660	49.279	33.135	48.429	49.650	37.784	27.981	25.349	25.241
Hachís (Kg)	474.505	514.181	564.816	727.313	794.437	669.704	459.267	653.651	682.672	444.581	384.315
MDMA (Nº pastillas)	891.564	860.165	1.396.591	771.875	796.833	572.871	481.583	490.644	534.906	404.334	634.628

FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.2.1. Evolución del número de decomisos de sustancias psicoactivas. España, 2006-2010.

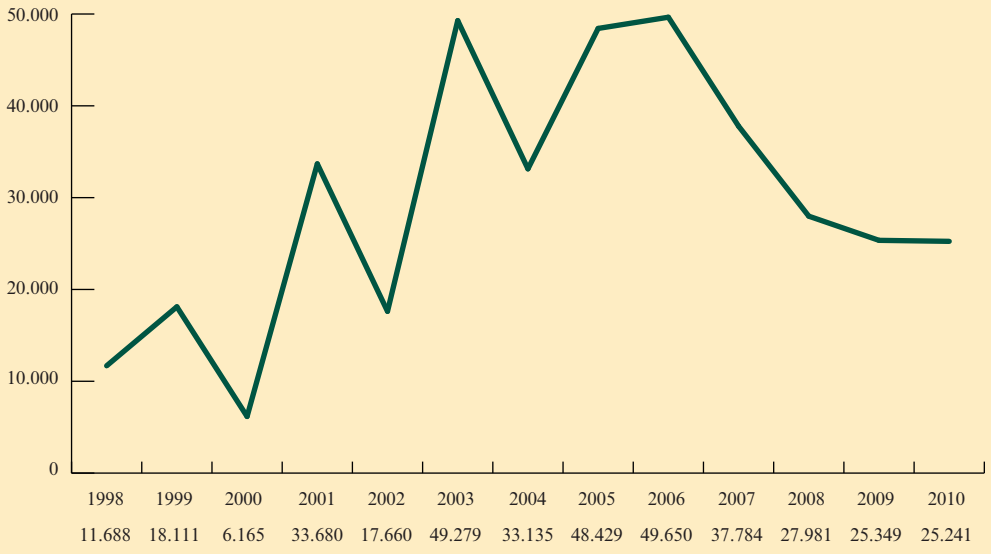


	2006	2007	2008	2009	2010
Alucinógenos	160	178	197	689	659
Cannábicos	184.957	206.555	254.340	318.212	290.785
Cocaínicos	43.794	46.237	47.189	50.171	42.986
Depresivos…*	1.417	1.471	2.092	2.586	2.521
Estimulantes	6.484	6.145	5.865	4.752	4.729
Opiáceos	7.039	7.890	8.695	10.817	10.143
Otras sustancias**	7	3	782	475	318
Total	243.857	268.480	319.160	388.702	352.141

* Depresivos, sedantes y tranquilizantes. ** Otras sustancias no clasificadas.

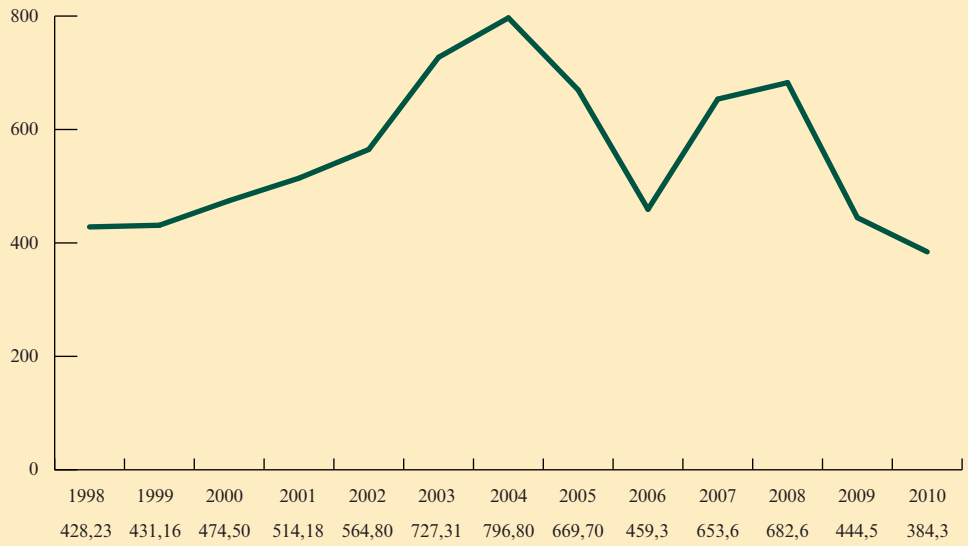
FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.2.2. Evolución de la cantidad de cocaína decomisada en España (kilogramos), 1998-2010.



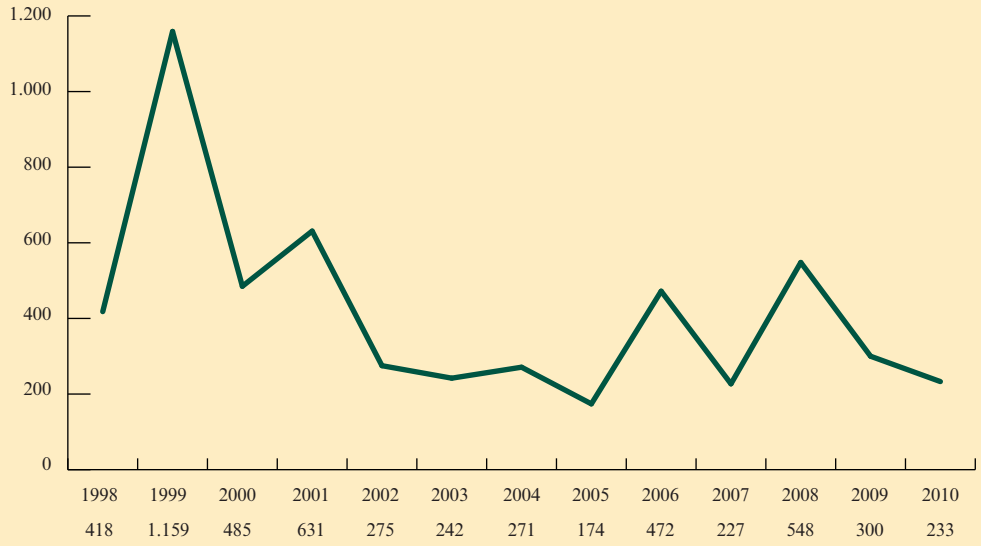
FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.2.3. Evolución de la cantidad de hachís decomisado en España (toneladas), 1998-2010.



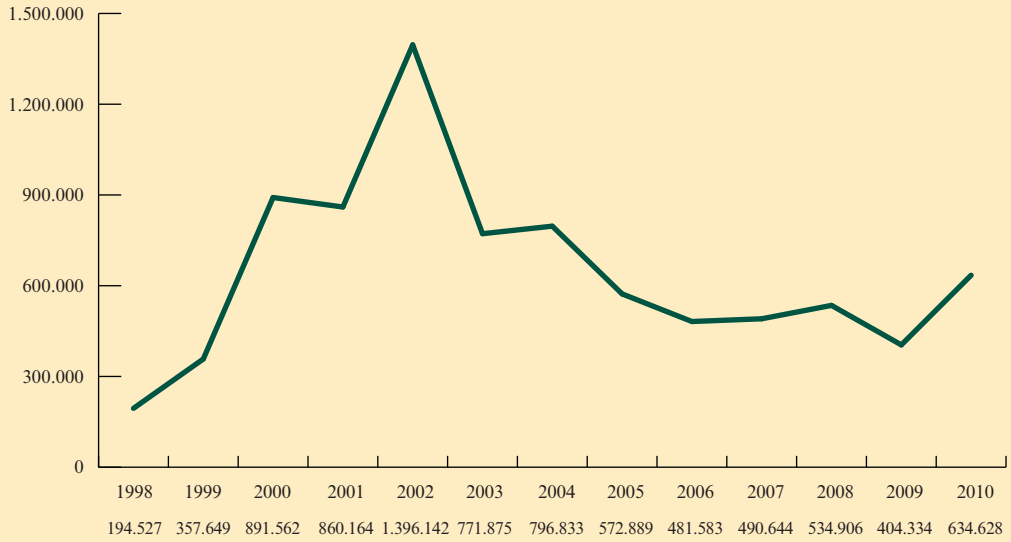
FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.2.4. Evolución de la cantidad de heroína decomisada en España (kilogramos), 1998-2010.



FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.2.5. Evolución de la cantidad de MDMA decomisado en España (nº de pastillas), 1998-2010.



FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

4.3. PRECIO Y PUREZA DE LAS DROGAS DECOMISADAS, 2000-2010

Los datos que se presentan en este apartado se refieren al precio medio nacional aplicable a las distintas drogas, ya que éste fluctúa en función de diversas circunstancias como la calidad y la pureza, el volumen de la transacción, la demanda de la población o el nivel de la oferta.

Analizando la evolución del precio de las distintas drogas a medio plazo se puede observar que han tendido a ascender el precio del LSD, que ha pasado de 8,8 euros la unidad en 2000 a 11,64 euros en 2010, y que ha descendido ligeramente el precio del éxtasis, pasando de 11,5 euros en 2000 a 10,3 euros en 2010 (Figura 4.3.1). Si se considera el precio de los decomisos del nivel del gramo también ha disminuido apreciablemente el precio de la heroína, pasando de 66,4 euros en 2000 a 60,7 euros en 2010 (Figura 4.3.2); sin embargo, si se consideran los decomisos del nivel de dosis, se puede observar que el precio a lo largo del período 2000-2010 se ha mantenido bastante estable (Tabla 4.3.1). Con algunas fluctuaciones puntuales, el precio de la cocaína se ha mantenido relativamente estable, tanto en los decomisos a nivel de gramo como de dosis, en el período 2000-2010 (Tabla 4.3.1 y Figura 4.3.2). El precio del gramo del cannabis ha tendido a aumentar a lo largo del período, mientras que el precio del kilogramo ha tendido a descender (Tabla 4.3.1). Por su parte, el precio del gramo de las anfetaminas en polvo *(speed),* sin grandes fluctuaciones, ha venido manteniéndose relativamente estable en el periodo considerado, observándose una ligera tendencia al aumento en los tres últimos años (Figura 4.3.1).

Por lo que respecta a la pureza media de las drogas decomisadas, sólo se dispone de datos para la heroína y la cocaína. A lo largo de todo el período 2000-2010 se puede observar que la pureza de los grandes decomisos (nivel de kilogramo) es bastante mayor que la pureza de los decomisos del nivel de gramo o de dosis. De hecho, en 2010 la pureza de los grandes decomisos de heroína fue de un 45%, de los decomisos del nivel de gramo fue 31,5% y de los de nivel de dosis 21%, y para la cocaína las cifras fueron, respectivamente, 71%, 45,5% y 36,5%. Por lo que respecta a la evolución temporal, la pureza de los decomisos de heroína del nivel de dosis y del nivel de gramo a partir de 2003 se ha mantenido

relativamente estable; sin embargo, la pureza de los grandes decomisos (nivel de kilogramo) ha venido descendiendo desde el año 2000. En cuanto a la cocaína, la pureza de los decomisos del nivel de dosis o de gramo también ha venido descendiendo desde el año 2000, así como la de los grandes decomisos (Tabla 4.3.1).

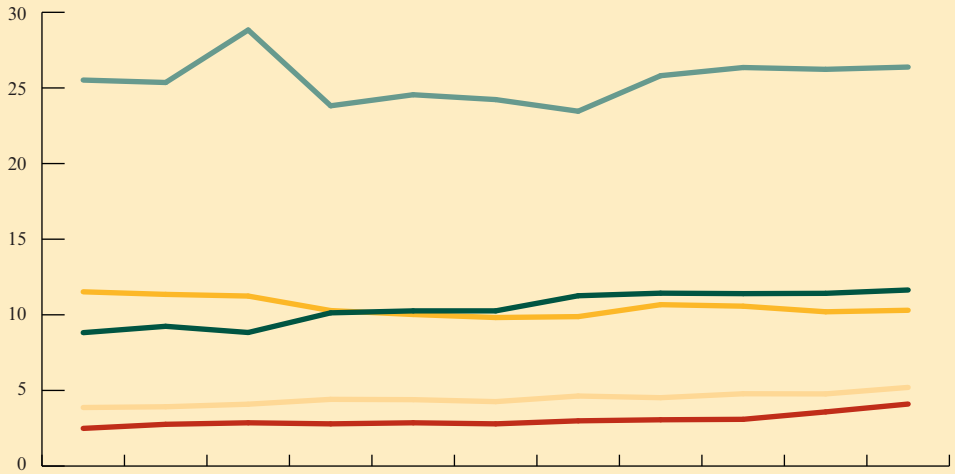
Un aspecto interesante que se puede considerar es el grado de dilución ("adulteración") que sufre la droga a lo largo de la cadena de distribución. Como indicadores del grado de dilución en diferentes eslabones de la cadena puede utilizarse la razón de pureza Kg/pureza gramo, y la razón de pureza gramo/pureza dosis. En 2010, para heroína, la razón de pureza Kg/dosis fue 2,14, la razón Kg/g 1,43 y la razón gramo/dosis 1,50; mientras que para cocaína las cifras fueron 1,95, 1,27 y 1,25, respectivamente. La cocaína sufre, pues, un menor grado de dilución a lo largo de la cadena de distribución que la heroína. Si se observa la evolución temporal de estas razones a lo largo del período 2000-2010, se comprueba que para heroína ha disminuido progresivamente la razón de pureza Kg/g, pasando de 2,00 en 2000 a 1,43 en 2010; mientras que la razón g/dosis ha tendido a aumentar pasando de 1,28 a 1,50 en el mismo periodo de tiempo (Tabla 4.3.2).

Tabla 4.3.1. Evolución de los precios (euros) y purezas medias (%) de las sustancias psicoactivas en el mercado ilícito. España, 2000-2010.

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
LSD												
Unidad	Precio (euros)	8,8	9,2	8,8	10,1	10,3	10,3	11,3	11,4	11,4	11,4	11,6
Éxtasis												
Unidad	Precio (euros)	11,5	11,4	11,2	10,3	10,0	9,8	9,9	10,7	10,6	10,2	10,3
Speed												
Dosis	Precio (euros)	8,4	8,6	8,7	8,7	8,8	9,1	9,0	9,6	9,2	9,6	10,5
Gramo	Precio (euros)	25,5	25,4	28,8	23,8	24,6	24,2	23,5	25,8	26,4	26,2	26,4
Kilogramo	Precio (euros)	16.184	17.479	17.395	17.617	17.389	17.780	17.771	17.689	17.516	17.318	17.692
Resina de hachís												
Gramo	Precio (euros)	3,9	3,9	4,1	4,4	4,4	4,3	4,5	4,5	4,8	4,8	5,2
Kilogramo	Precio (euros)	1.456	1.504	1.407	1.362	1.398	1.297	1.299	1.386	1.417	1.418	1.447
Grifa/marihuana												
Gramo	Precio (euros)	2,5	2,8	2,9	2,8	2,9	2,8	3,0	3,1	3,1	3,6	4,1
Kilogramo	Precio (euros)	1.064	1.094	1.106	1.064	833	816	796	805	790,5	811	897
Heroína												
Dosis	Pureza (%)	25,0	26,0	26,0	22,0	22,5	24,0	22,0	22,0	22,5	22,0	21,0
	Precio (euros)	10,2	9,2	9,3	9,8	9,6	9,9	10,1	10,5	10,3	10,6	10,7
Gramo	Pureza (%)	32,0	34,0	34,0	32,0	29,0	30,0	32,0	32,5	32,5	31,5	31,5
	Precio (euros)	66,4	64,0	64,5	66,0	64,2	63,7	62,4	62,7	62,6	61,8	60,7
Kilogramo	Pureza (%)	64,0	51,0	53,0	49,0	49,0	47,5	47,5	47,5	46,0	43,5	45,0
	Precio (euros)	38.738	41.965	43.298	42.845	36.927	37.193	37.756	35.791	34.474	33.528	33.360
Cocaína												
Dosis	Pureza (%)	45,0	44,0	43,0	40,0	42,0	43,0	46,0	41,5	40,5	38,5	36,5
	Precio (euros)	11,7	13,6	13,2	13,9	13,2	13,3	14,1	14,2	15,1	13,9	12,7
Gramo	Pureza (%)	53,0	52,0	50,0	51,0	51,0	53,0	54,0	50,5	49,5	49,0	45,5
	Precio (euros)	57,2	59,7	58,3	61,9	61,9	61,0	60,7	60,8	60,0	59,6	60,0
Kilogramo	Pureza (%)	74,0	73,0	71,0	74,0	75,0	75,0	73,0	72,5	72,0	72,5	71,0
	Precio (euros)	33.358	34.640	34.570	34.364	33.653	32.758	33.365	33.771	33.122	33.039	33.995

FUENTE: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial.

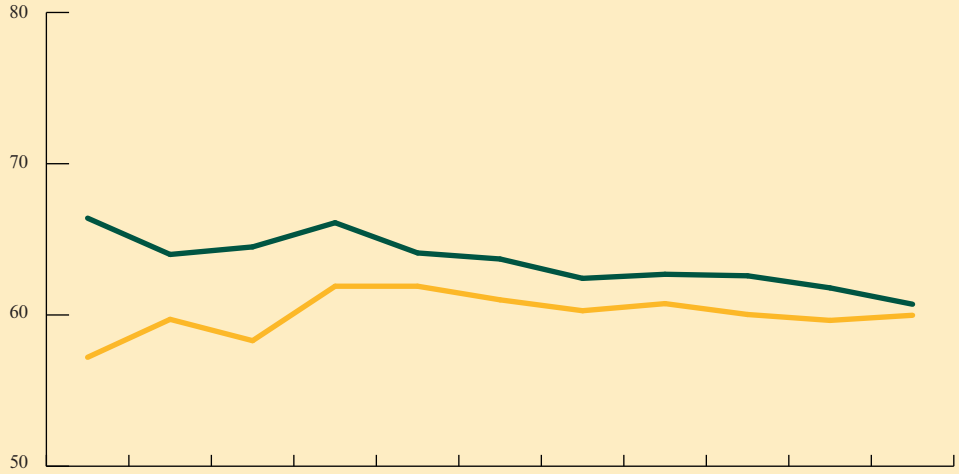
Figura 4.3.1. Evolución de los precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2010.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
LSD (unidad)	8,82	9,24	8,83	10,13	10,26	10,26	11,26	11,43	11,40	11,42	11,64
Éxtasis (unidad)	11,52	11,35	11,24	10,28	10,02	9,82	9,88	10,67	10,57	10,20	10,30
Speed (gramo)	25,52	25,36	28,83	23,82	24,55	24,23	23,46	25,81	26,35	26,23	26,38
Resina hachís (gramo)	3,87	3,92	4,08	4,41	4,39	4,26	4,63	4,52	4,78	4,77	5,20
Grifa/marihuana (gramo)	2,49	2,76	2,86	2,79	2,86	2,79	2,99	3,06	3,09	3,58	4,10

FUENTE: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaria General de Policía Judicial.

Figura 4.3.2. Evolución de los precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2010.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Heroína (gramo)	66,38	63,96	64,50	66,05	64,15	63,69	62,42	62,69	62,59	61,79	60,71
Cocaína (gramo)	57,16	59,71	58,30	61,90	61,85	61,00	60,28	60,75	60,03	59,64	59,98

FUENTE: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaria General de Policía Judicial.

Se puede concluir, por lo tanto, que en los últimos años ha disminuido el grado de dilución que sufre la heroína en la cadena de distribución, y que este cambio se ha producido entre los eslabones de Kg y gramo pero no en el eslabón gramo/dosis. En cuanto a la cocaína, se observa que la razón Kg/g mantuvo cierta estabilidad entre 2000 y 2002, dando comienzo en 2003 una tendencia al aumento de la misma y algo parecido ha sucedido con la razón g/dosis (Tabla 4.3.2).

Tabla 4.3.2. Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 2000-2010.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Decomisos de heroína											
Razón Kg/dosis	2,56	1,96	2,04	2,13	2,23	2,00	2,09	2,16	2,04	1,98	2,14
Razón Kg/gramo	2,00	1,50	1,56	1,53	1,69	1,60	1,50	1,46	1,42	1,38	1,43
Razón g/dosis	1,28	1,31	1,31	1,39	1,32	1,25	1,39	1,48	1,44	1,43	1,50
Decomisos de cocaína											
Razón Kg/dosis	1,64	1,66	1,65	1,85	1,79	1,74	1,66	1,79	1,78	1,88	1,95
Razón Kg/gramo	1,40	1,40	1,42	1,45	1,47	1,42	1,38	1,44	1,45	1,48	1,27
Razón g/dosis	1,18	1,18	1,16	1,28	1,21	1,23	1,20	1,22	1,22	1,27	1,25

FUENTE: Elaboración propia del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) a partir de datos de Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial.

4.4. DETENCIONES POR TRÁFICO DE DROGAS Y DENUNCIAS POR CONSUMO Y/O TENENCIA ILÍCITA DE DROGAS, 2001-2010

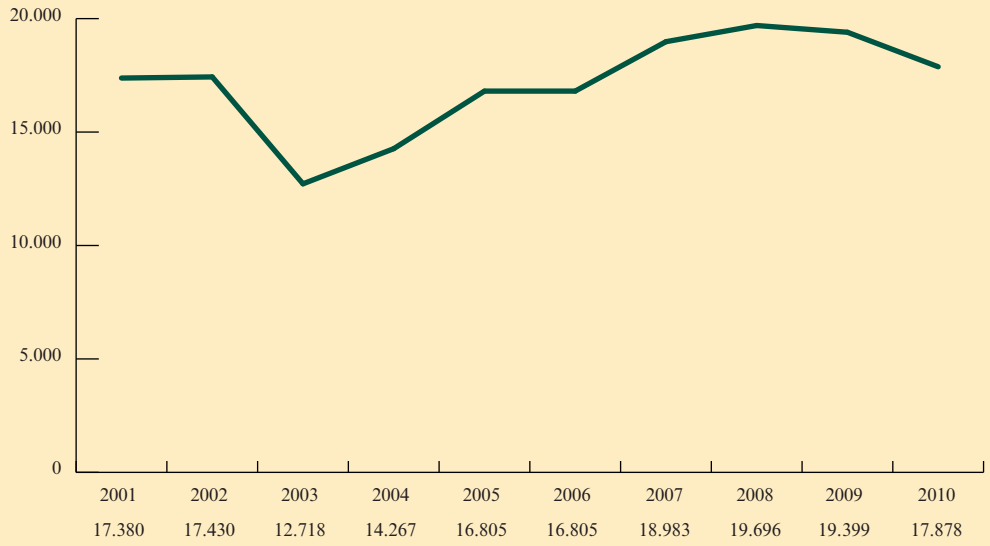
En el año 2010 se registraron 17.878 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 19.399 en 2009. Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 319.474 en 2010 frente a 351.927 en 2009.

Hasta 2009, tanto el número de detenciones realizadas como el de denuncias, siguieron una tendencia ascendente; esta tendencia quiebra en 2010, año en que tanto el número de denuncias como el de detenciones descienden apreciablemente respecto del año precedente, como se puede observar en las Figuras 4.4.1 y 4.4.2.

En 2010, la mayor parte, de las detenciones y de las denuncias, estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (50,3% y 83,5%, respectivamente) o con los cocaínicos (34,5% y 11,3%, respectivamente) (Figura 4.4.3). Tanto los detenidos como los denunciados eran, en una gran mayoría, varones. Por lo que respecta a la edad, la mayor parte de los detenidos tenían entre 19 y 40 años. Esto sucede también con los denunciados, aunque en este caso hay una gran concentración de los casos en el grupo 19-25 años (Figuras 4.4.4 y 4.4.5).

En 2010, las comunidades autónomas con más detenciones fueron Andalucía (24,8%), Madrid (12,5%) y la Comunidad Valenciana (11,9%), seguidas por Ceuta (7,9%) y Canarias (6,9%). Así mismo, Andalucía fue la comunidad donde se produjo también un mayor número de denuncias por consumo o posesión ilícita de drogas, seguida por la Comunidad Valenciana, la Comunidad de Madrid y Canarias (Tabla 4.4.3).

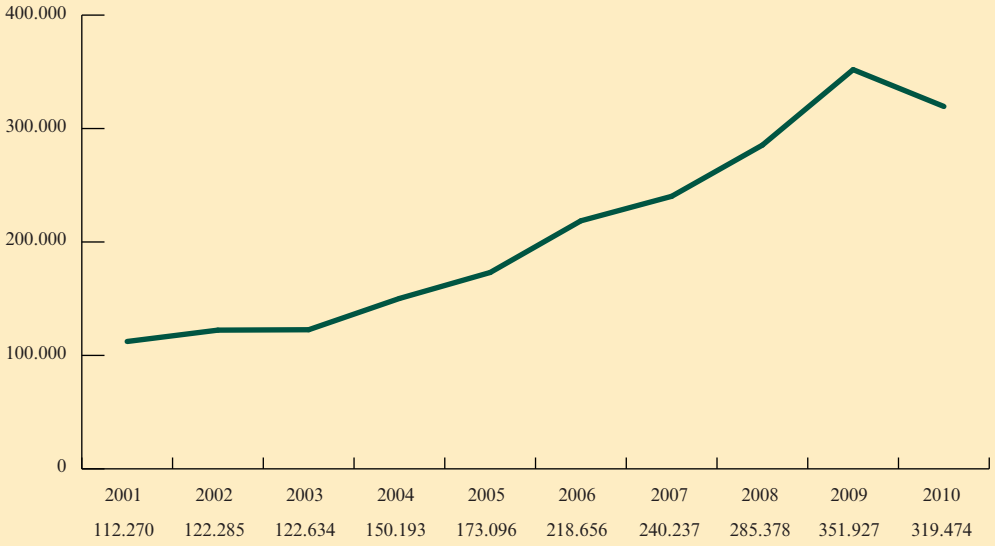
Figura 4.4.1. Evolución de las detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2001-2010.



Nota: Estas cifras no coinciden con la suma de detenciones de la Tabla 4.4.1 ni con las N de la Figura 4.4.3, porque una misma persona puede haber sido detenida por tráfico de varias drogas y a la hora de clasificarla por sustancia se ha contado más de una vez.

FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

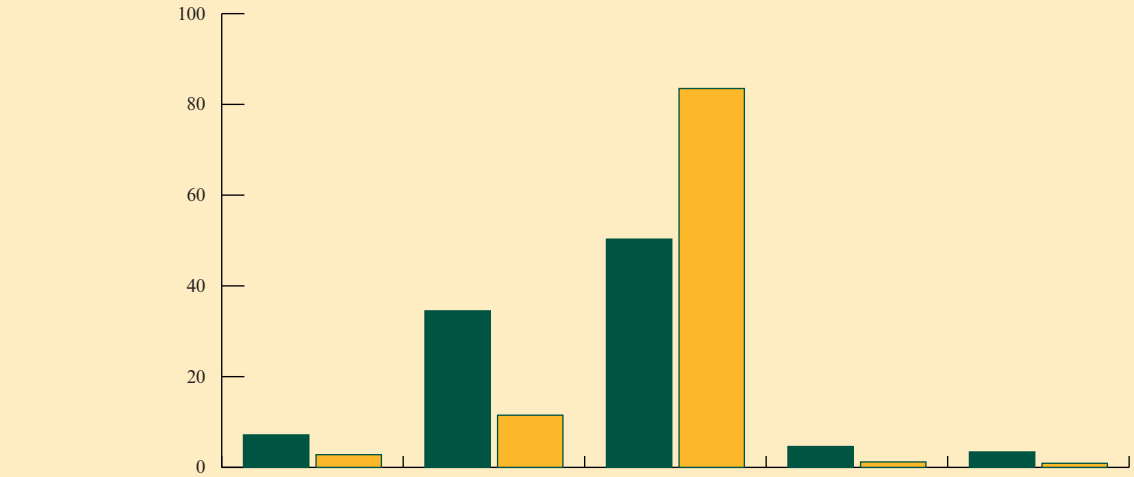
Figura 4.4.2. Evolución de las denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas en lugar público (números absolutos). España, 2001-2010.



Nota: Estas cifras no coinciden con la suma de denuncias de la Tabla 4.4.2 ni con las N de la Figura 4.4.3, porque una misma persona puede haber sido denunciada por consumo o tenencia ilícita de varias drogas y al clasificarla por sustancia se ha contado más de una vez.

FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

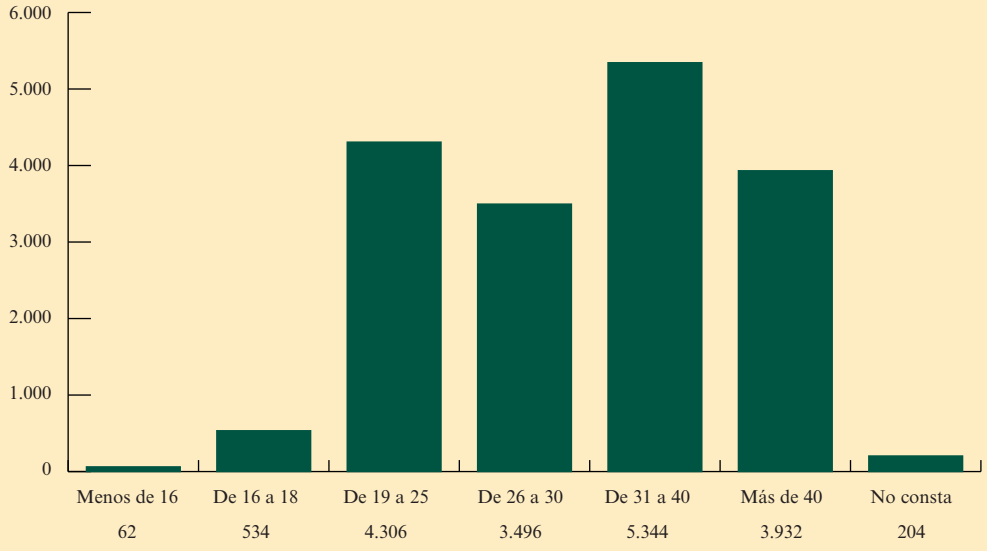
Figura 4.4.3. Distribución de las detenciones y de las denuncias por tipo de sustancias (porcentajes). España, 2010.



* Depresores, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos y otros.

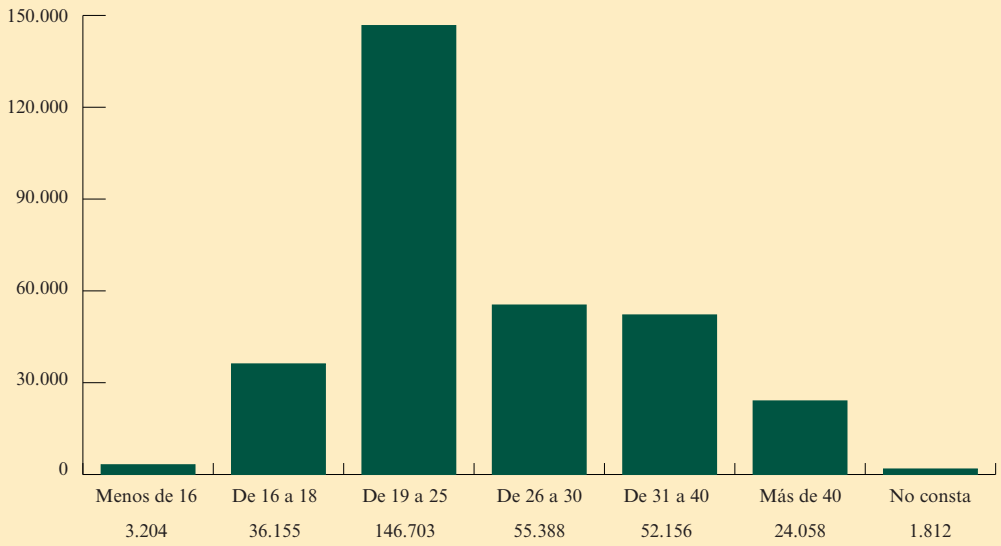
FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.4.4. Distribución de los detenidos por tráfico de drogas, por grupos de edad (números absolutos). España, 2010.



FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.4.5. Distribución por grupos de edad de los denunciados por consumo o tenencia ilícita de drogas (números absolutos). España, 2010.



FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 4.4.1. Evolución de las detenciones por familias de drogas (números absolutos). España, 2006-2010.

	2006	2007	2008	2009	2010
Cannábicos	9.277	10.763	11.963	11.799	11.145
Cocaínicos	7.737	9.111	8.634	8.366	7.649
Opiáceos	1.222	1.381	1.613	1.392	1.585
Estimulantes	1.272	1.456	1.106	1.010	1.010
Depresivos, sedantes y tranquilizantes	521	552	654	613	644
Alucinógenos	63	126	96	128	93
Otras sustancias no clasificadas	2	9	3	4	13
Total detenciones	**20.094**	**23.398**	**24.069**	**23.312**	**22.139**

Nota: Las detenciones en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por familia.

FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 4.4.2. Evolución de las denuncias por familias de drogas (números absolutos). España 2006-2010.

	2006	2007	2008	2009	2010
Cannábicos	173.794	193.919	237.417	299.286	272.981
Cocaínicos	39.227	40.743	42.229	44.764	37.609
Opiáceos	6.413	7.187	7.868	10.080	9.319
Estimulantes	5.290	5.165	5.027	4.032	3.962
Depresivos, sedantes y tranquilizantes	1.065	1.224	1.691	2.115	1.983
Alucinógenos	120	137	160	624	607
Otras sustancias no clasificadas	0	0	793	476	315
Total denuncias	225.909	248.375	295.185	361.377	326.776

Nota: Las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 4.4.3. Detenidos por tráfico de drogas y denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, por comunidad autónoma (números absolutos y %). España, 2010.

	Detenidos	% sobre el total	Denunciados	% sobre el total
Andalucía	4.435	24,81	82.866	25,94
Aragón	368	2,06	10.900	3,41
Cantabria	428	2,39	5.597	1,75
Castilla-La Mancha	782	4,37	13.729	4,30
Castilla y León	648	3,62	15.299	4,79
Cataluña	581	3,25	1.405	0,44
Ceuta	1.413	7,90	2.592	0,81
Extremadura	414	2,32	7.570	2,37
Galicia	744	4,16	9.668	3,03
Islas Baleares	713	3,99	7.409	2,32
Islas Canarias	1.245	6,96	27.804	8,70
La Rioja	142	0,79	1.517	0,47
Madrid	2.228	12,46	53.108	16,62
Melilla	212	1,19	3.277	1,03
Navarra	180	1,01	4.530	1,42
País Vasco	177	0,99	702	0,22
Principado de Asturias	223	1,25	6.242	1,95
Región de Murcia	809	4,53	9.403	2,94
Valencia	2.136	11,95	55.856	17,48
Total	**17.878**	**100,00**	**319.474**	**100,00**

FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Índice de tablas

Capítulo 1

Tabla 1.1.1.	Distribución de la muestra por comunidad autónoma. España, 2009	10
Tabla 1.1.2.	Evolución de la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	13
Tabla 1.1.3.	Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	14
Tabla 1.1.4.	Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009	14
Tabla 1.1.5.	Evolución de la prevalencia de consumo diario de drogas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España,1997-2009	15
Tabla 1.1.6.	Evolución de la edad media de inicio de consumo de las diferentes sustancias entre la población de 15-64 años. España, 1995-2009	15
Tabla 1.1.7.	Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (porcentajes). España, 1995-2009	16
Tabla 1.1.8.	Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 1997-2009	17
Tabla 1.1.9.	Evolución de las prevalencias de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2009	18
Tabla 1.1.10.	Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2009	18
Tabla 1.1.11.	Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1997-2009	19
Tabla 1.1.12.	Evolución temporal de las prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	24
Tabla 1.1.13.	Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2009	25
Tabla 1.1.14.	Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes). España, 2009	26

Tabla 1.1.15. Evolución de la prevalencia y continuidad en el consumo de cannabis en la población española de 15-64 años. España, 1995-2009 32

Tabla 1.1.16. Evolución de la prevalencia y continuidad en el consumo de cocaína en polvo en la población española de 15-64 años. España, 1997-2009 35

Tabla 1.1.17. Evolución de las prevalencias de consumo de hipnosedantes con o sin receta (porcentajes). España, 2005-2009 39

Tabla 1.1.18. Evolución de la prevalencia del consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2003-2009 40

Tabla 1.1.19. Prevalencias de consumo de hipnosedantes con y sin receta según sexo y edad (porcentajes). España, 2009 40

Tabla 1.1.20. Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses según sexo y edad (porcentajes). España, 2009 40

Tabla 1.1.21. Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas (porcentajes). España, 2009 44

Tabla 1.1.22. Prevalencia de policonsumo de dos o más sustancias psicoactivas según sustancia consumida en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2009 44

Tabla 1.1.23. Proporción de consumidores de otras drogas entre las personas de 15-64 años que han consumido alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis, tranquilizantes, somníferos, hipnosedantes, cocaína en polvo, cocaína base, cocaína (polvo y/o base), anfetaminas, alucinógenos, heroína o inhalables en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2009 45

Tabla 1.1.24. Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas). España, 1997-2009 46

Tabla 1.1.25. Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas psicoactivas ilegales (conseguirlas en 24 horas es fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1995-2009 49

Tabla 1.1.26. Evolución de la importancia concedida por la población española de 15-64 años al problema de las drogas ilegales en el lugar donde vive (porcentajes). España, 1997-2009 51

Tabla 1.1.27. Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (% de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2009 51

Tabla 1.1.28. Evolución de la valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009 53

Tabla 1.2.1. Evolución de la distribución de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias, según comunidad autónoma de residencia, titularidad jurídica del centro educativo y tipo de estudios (números absolutos). España, 1994-2010 56

Tabla 1.2.2. Evolución de la distribución de los estudiantes de 14-18 años incluidos en la muestra de ESTUDES, según comunidad autónoma de residencia, titularidad jurídica del centro educativo y tipo de estudios (números absolutos). España, 1996-2010 57

Tabla 1.2.3. Evolución de la distribución de las aulas y centro educativos incluidos en la muestra ESTUDES, según comunidad autónoma de residencia (números absolutos). España, 1994-2010 58

Tabla 1.2.4. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España 1994-2010 61

Tabla 1.2.5. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010 62

Tabla 1.2.6. Proporción de consumidores de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 12 meses, según la edad (porcentajes). España, 2010 62

Tabla 1.2.7. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España 1994-2010 63

Tabla 1.2.8. Prevalencias de consumo de tabaco entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según comunidad autónoma (y límites de confianza al 95%) (porcentajes). España, 2010 65

Tabla 1.2.9. Prevalencias de consumo de alcohol entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma (porcentajes). España, 2010 66

Tabla 1.2.10. Prevalencia de borracheras entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma (porcentajes). España, 2010 67

Tabla 1.2.11. Prevalencia de consumo de cannabis entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma (porcentajes). España, 2010 68

Tabla 1.2.12. Características generales del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010 70

Tabla 1.2.13. Evolución de las prevalencias del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 1994-2010 71

Tabla 1.2.14. Características generales del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España, 1994-2010 72

Tabla 1.2.15. Evolución de las prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 2008-2010 73

Tabla 1.2.16. Prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad simultáneamente (porcentajes). España, 2010 74

Tabla 1.2.17. Evolución de la prevalencia de *binge drinking* o consumo en atracón (porcentajes). España, 2008-2010 75

Tabla 1.2.18. Evolución de la prevalencia de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables y fines de semana durante los 30 días previos a la encuesta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1996-2010 76

Tabla 1.2.19. Características generales del consumo de hipnosedantes entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010 77

Tabla 1.2.20. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según frecuencia de consumo, edad y sexo (%). España, 2010 81

Tabla 1.2.21. Evolución de la continuidad en el consumo de cannabis en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010 82

Tabla 1.2.22. Características generales del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010 82

Tabla 1.2.23. Características generales del consumo de cocaína (general) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010 83

Tabla 1.2.24. Características generales del consumo de éxtasis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010 85

Tabla 1.2.25. Características generales del consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010 88

Tabla 1.2.26. Características generales del consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010 90

Tabla 1.2.27. Características generales del consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010 92

Tabla 1.2.28. Características generales del consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010 93

Tabla 1.2.29. Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas (legales o ilegales) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010 94

Tabla 1.2.30. Relación de consumos de diferentes sustancias (últimos 12 meses) en estudiantes de Enseñanzas Secundarias 14-18 años (porcentajes). Porcentaje de consumidores de la sustancia (fila) que también consumen la sustancia (columna). España, 2010 96

Tabla 1.2.31. Distribución del número de sustancias (legales e ilegales) consumidas entre los consumidores en función de la edad (porcentajes). España, 2010 97

Tabla 1.2.32. Evolución de la prevalencia del consumo conjunto de alcohol y cannabis según sexo y edad (últimos 12 meses) (porcentajes). España, 2008-2010 99

Tabla 1.2.33. Evolución de la prevalencia del consumo conjunto de alcohol y cocaína según sexo y edad (últimos 12 meses) (porcentajes). España, 2008-2010 99

Tabla 1.2.34. Evolución del riesgo percibido asociado al consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo. España, 1994-2010 101

Tabla 1.2.35. Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo habitual de drogas (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), por sexo y edad (porcentajes). España, 2010 103

Tabla 1.2.36. Evolución del riesgo percibido ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas (proprorción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) (porcentajes). España, 1994-2010 104

Tabla 1.2.37. Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga). España, 1994-2010 106

Tabla 1.2.38. Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que opinan que TODOS O LA MAYORIA de sus amigos han consumido las siguientes sustancias en los últimos 30 días según sexo (porcentajes). España, 2010 111

Tabla 1.2.39. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias que regresan a casa la última salida de fin de semana en cada una de las franjas horarias señaladas, por sexo. España, 2010 114

Tabla 1.2.40. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias que regresan a casa la última salida de fin de semana en cada una de las franjas horarias señaladas, por edad. España, 2010 115

Tabla 1.2.41. Prevalencia del consumo de drogas legales e ilegales en el último año según hora de regreso a casa, según edad. España, 2010 116

Tabla 1.2.42. Frecuencia de salidas nocturnas (últimos 12 meses) en estudiantes de Enseñanzas Secundarias por edad (porcentajes). España, 2010 119

Tabla 1.2.43. Frecuencia de salidas nocturnas (últimos 12 meses) en estudiantes de Enseñanzas Secundarias por sexo (porcentajes). España, 2010 119

Tabla 1.2.44. Prevalencias de consumo de drogas emergentes, entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010 123

Tabla 1.3.1. Estimación de la prevalencia de consumidores problemáticos de heroína. España, 2009 127

Tabla 1.3.2. Estimaciones del número de inyectadores de heroína. España, 2009 128

Capítulo 2

Tabla 2.1.1. Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2009 138

Tabla 2.1.2. Características del consumo de la droga principal, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2009 139

Tabla 2.1.3. Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2009 140

Tabla 2.1.4. Consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2009 147

Tabla 2.1.5. Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (%). España, 2008 156

Tabla 2.1.6. Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (%). España, 2009 157

Tabla 2.1.7. Evolución del consumo de otras drogas entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol (%). España, 2005-2009 158

Tabla 2.2.1. Características generales de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas según tipo de urgencia y sexo. España, 2009 161

Tabla 2.2.2. Características generales de los episodios de urgencias directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1996-2009 164

Tabla 2.2.3. Características generales de las urgencias de drogas según tipo de urgencia y sustancias mencionadas o relacionadas con la urgencia. España, 2009 165

Tabla 2.2.4. Vía de administración de las drogas mencionadas y relacionadas con la urgencia en las urgencias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. España, 2009 167

Tabla 2.3.1. Vía de consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según la droga principal que motivó el tratamiento. España, 2009 175

Tabla 2.3.2. Prevalencia de infección por VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas (%). España, 2009 176

Tabla 2.4.1. Evolución de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en varias zonas de España según el año de defunción, 1990-2009 184

Tabla 2.4.2. Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 2003-2009 185

Tabla 2.4.3. Características toxicológicas de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 2003-2009 186

Tabla 2.4.4. Evolución de la presencia de metadona en las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en España (%), 1996-2009 188

Capítulo 4

Tabla 4.1.1. Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España, 2000-2010 203

Tabla 4.1.2. Evolución de la distribución de los ingresos por venta de tabacos según tipo de labor (%). España, 2000-2010 204

Tabla 4.1.3. Evolución del volumen de ventas de cigarrillos por comunidad autónoma (millones de cajetillas de 20 cigarrillos), 2000-2010 204

Tabla 4.1.4. Variación de las ventas anuales de tabaco *per capita* según tipo de labor y comunidad autónoma (2009/2010) 205

Tabla 4.2.1. Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2000-2010 206

Tabla 4.3.1. Evolución de los precios (euros) y purezas medias (%) de las sustancias psicoactivas en el mercado ilícito. España, 2000-2010 210

Tabla 4.3.2. Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 2000-2010 212

Tabla 4.4.1. Evolución de las detenciones por familias de drogas (números absolutos). España, 2006-2010 215

Tabla 4.4.2. Evolución de las denuncias por familias de drogas (números absolutos). España 2006-2010 216

Tabla 4.4.3. Detenidos por tráfico de drogas y denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, por comunidad autónoma (números absolutos y %). España, 2010 216

Índice de figuras

Capítulo 1

Figura 1.1.1. Edades medias de inicio en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población española de 15-64 años. España, 2009 16

Figura 1.1.2. Prevalencias de consumo de alcohol en los últimos 30 días entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009 20

Figura 1.1.3. Prevalencias de consumo de tabaco diario entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009 20

Figura 1.1.4. Prevalencias de consumo de cannabis en los último 30 días entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009 21

Figura 1.1.5. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009 22

Figura 1.1.6. Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009 22

Figura 1.1.7. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2009 23

Figura 1.1.8. Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009 27

Figura 1.1.9. Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2009 28

Figura 1.1.10. Proporción de consumidores de alcohol en atracón *(binge drinking)* según grupo de edad y sexo (porcentaje) en la población de 15-64 años. España, 2009 29

Figura 1.1.11. Evolución de las prevalencias de consumo de cannabis en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009 30

Figura 1.1.12. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009 31

Figura 1.1.13. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009 31

Figura 1.1.14. Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína polvo en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009 33

Figura 1.1.15. Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína base en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009 33

Figura 1.1.16. Prevalencia de consumo de cocaína según forma de presentación (base y polvo) en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009 34

Figura 1.1.17. Prevalencia de consumo de cocaína general (base y polvo) en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009 35

Figura 1.1.18. Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009 36

Figura 1.1.19. Evolución de las prevalencias de consumo de éxtasis en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009 36

Figura 1.1.20. Evolución de las prevalencias de consumo de anfetaminas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009 37

Figura 1.1.21. Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009 38

Figura 1.1.22. Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009 41

Figura 1.1.23. Evolución de las prevalencias de consumo de heroína alguna vez en la vida y últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009 42

Figura 1.1.24. Evolución de las prevalencias de consumo de inhalables volátiles alguna vez en la vida y últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009 43

Figura 1.1.25. Proporción de la población española de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir bastantes/muchos problemas (porcentajes). España, 2009 47

Figura 1.1.26. Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas de forma esporádica (1 vez al mes o menos), según sexo (porcentajes). España, 2009 47

Figura 1.1.27. Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas de forma habitual (1 vez a la semana o más), según edad (porcentajes). España, 2009 48

Figura 1.1.28. Evolución de la prevalencia de uso de cannabis en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante uso esporádico (1 vez o menos al mes) y disponibilidad percibida (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil) entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009 49

Figura 1.1.29. Evolución de la prevalencia de uso de cocaína en polvo en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico y disponibilidad percibida entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009 50

Figura 1.1.30. Evolución de la prevalencia de uso de éxtasis en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico y disponibilidad percibida entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009 50

Figura 1.1.31. Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje de la población española de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuentemente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2009 52

Figura 1.1.32. Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas, entre la población de 15-64 años (porcentaje que considera muy importante cada acción). España, 1995-2009 53

Figura 1.2.1. Proporción de consumidores de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 30 días y en el último año, según sexo (porcentajes). España, 2010 64

Figura 1.2.2. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2010 69

Figura 1.2.3. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, prevalencia de borracheras (últimos 30 días), prevalencia de *binge drinking* (últimos 30 días) (porcentajes) y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010 73

Figura 1.2.4. Evolución de la prevalencia de las borracheras en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14-18 años y entre aquellos que han consumido alcohol en ese mismo periodo (últimos 30 días). España, 1994-2010 74

Figura 1.2.5. Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010 78

Figura 1.2.6. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis (porcentajes) y la edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010 79

Figura 1.2.7. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2010 80

Figura 1.2.8. Evolución de la continuidad en el consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010 81

Figura 1.2.9. Prevalencia de consumo de cocaína (base y polvo) alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 2010 84

Figura 1.2.10. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína (general) (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010 84

Figura 1.2.11. Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis (porcentajes) y edad media de inicio al consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010 86

Figura 1.2.12. Prevalencia de consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010 87

Figura 1.2.13. Evolución de la prevalencia de consumo de anfetaminas (porcentajes) y edad media de inicio al consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010 87

Figura 1.2.14. Prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010 89

Figura 1.2.15. Prevalencia de consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010 89

Figura 1.2.16. Evolución de la prevalencia de consumo de heroína (porcentajes) y edad media de inicio al consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010 90

Figura 1.2.17. Prevalencia de consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010 91

Figura 1.2.18. Prevalencia de consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010 93

Figura 1.2.19. Número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) consumidas en el último año entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la hora de regreso a casa en la última salida (porcentajes). España, 2010 98

Figura 1.2.20. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que piensan que esa conducta de consumo de drogas puede ocasionar bastantes o muchos problemas (porcentaje). España, 2008-2010 100

Figura 1.2.21. Evolución de la prevalencia de consumo y el riesgo percibido ante el consumo diario de tabaco (un paquete al día) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010 102

Figura 1.2.22. Evolución del riesgo percibido ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) (porcentajes). España, 1994-2010 103

Figura 1.2.23. Evolución de prevalencia de consumo, riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010 104

Figura 1.2.24. Evolución de prevalencia de consumo, riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010 105

Figura 1.2.25. Disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga). España, 2006-2010 106

Figura 1.2.26. Evolución de prevalencia de consumo (últimos 12 meses), riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de cocaína en polvo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010 107

Figura 1.2.27. Evolución de prevalencia de consumo (últimos 12 meses), riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010 107

Figura 1.2.28. Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010 108

Figura 1.2.29. Evolución de la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que ha recibido información sobre drogas por alguna de las vías mencionadas (porcentajes). España, 2008-2010 109

Figura 1.2.30. Evolución de la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que considera las siguientes vías como las más indicadas para recibir información (porcentajes). España, 2008-2010 110

Figura 1.2.31. Evolución del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que opina que TODOS o la MAYORÍA de sus amigos han consumido las siguientes drogas en los últimos 30 días (porcentajes). España, 2006, 2008 y 2010 111

Figura 1.2.32. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010 112

Figura 1.2.33. Prevalencia de consumo de cocaína entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010 112

Figura 1.2.34. Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010 112

Figura 1.2.35. Prevalencia de consumo de alcohol entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010 112

Figura 1.2.36. Evolución de la hora de regreso a casa la última salida del fin de semana en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2006-2010 114

Figura 1.2.37. Número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) consumidas en el último año entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la hora de regreso a casa en la última salida (porcentajes). España, 2010 115

Figura 1.2.38. Consumo de sustancias ilegales (Sí/No) en función de la hora de regreso a casa en la última salida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010 116

Figura 1.2.39. Hora de regreso a casa en función del tipo de sustancia consumida (sólo legales o sólo ilegales) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010 117

Figura 1.2.40. Prevalencia de consumo en los últimos 30 días de las diferentes drogas legales e ilegales entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que regresan a casa en las diferentes franjas horarias. España, 2010 118

Figura 1.2.41. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010 120

Figura 1.2.42. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010 120

Figura 1.2.43. Prevalencia de consumo de cocaína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010 121

Figura 1.2.44. Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010 121

Figura 1.2.45. Prevalencia de consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010 122

Figura 1.3.1. Consumo problemático de heroína. Estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2008-2009 127

Figura 1.3.2. Estimación del número de inyectadores de heroína. España, 2008-2009 128

Capítulo 2

Figura 2.1.1. Circuito de información. Indicador tratamiento. España 133

Figura 2.1.2. Evolución del número de admisiones a tratamiento. España, 1998-2009 134

Figura 2.1.3. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según comunidad autónoma (números absolutos y tasa por 100.000 habitantes). España, 2009 135

Figura 2.1.4. Proporción de tratados por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España, 2009 136

Figura 2.1.5. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de heroína (números absolutos). España, 1991-2009 142

Figura 2.1.6. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cocaína (números absolutos). España, 1991-2009 143

Figura 2.1.7. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cannabis (números absolutos). España, 1996-2009 144

Figura 2.1.8. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de hipnosedantes (números absolutos). España, 1996-2009 145

Figura 2.1.9. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos (números absolutos). España, 1996-2009 146

Figura 2.1.10. Distribución de los tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2009 149

Figura 2.1.11. Evolución de la proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2009 150

Figura 2.1.12. Evolución de la proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2009 151

Figura 2.1.13. Evolución de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cocaína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2009 153

Figura 2.1.14. Evolución del número de inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas en España, 1996-2009 154

Figura 2.2.1. Evolución de la proporción de urgencias directamente relacionadas con el consumo de drogas en que se menciona consumo de heroína o cocaína (%). España, 1996-2009 162

Figura 2.2.2. Evolución de las menciones de diversas sustancias en las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de drogas (%). España, 1996-2009 163

Figura 2.3.1. Evolución temporal de los nuevos casos de sida según el factor de riesgo asociado. España, 1987-2009 169

Figura 2.3.2. Nuevos casos de sida según el factor de riesgo asociado. España, 2009 170

Figura 2.3.3. Evolución temporal de los nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión. España, 2004-2009 171

Figura 2.3.4. Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión. España, 2009 171

Figura 2.3.5. Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión y sexo. España, 2009 172

Figura 2.3.6. Evolución de la distribución de casos de VIH/sida por mecanismo de transmisión (%). España, 2000-2010 174

Figura 2.3.7. Distribución de casos de VIH/sida por mecanismo de transmisión y sexo. España, 2010 174

Figura 2.3.8. Evolución de la prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado drogas en los 12 meses previos y conocían su estado serológico, por sexo y por grupo de edad. España, 1996-2009 177

Figura 2.4.1. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico (%). España, 1983-2009 186

Figura 2.4.2. Evolución de la proporción (%) de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan opioides. España, 1983-2009 187

Figura 2.4.3. Evolución de la proporción (%) de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta cocaína. España, 1983-2009 188

Figura 2.4.4. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2009 189

Figura 2.4.5. Evolución de la mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas por sexo. España, 1999-2009 191

Figura 2.4.6. Evolución de la mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas por edad. España 1999-2009 191

Capítulo 3

Figura 3.1.1. Principales grupos de sustancias psicotrópicas vigiladas mediante el Sistema Europeo de Alerta Temprana. EMCDDA, 2011 193

Figura 3.1.2. Fases de respuesta ante una alerta. Sistema Europeo de Alerta Temprana (Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 10 de mayo de 2005) 194

Figura 3.2.1. Organización del Sistema de Alerta Temprana Español 200

Capítulo 4

Figura 4.1.1. Evolución de las ventas de cigarrillos y de cigarros puros. España, 2000-2010 203

Figura 4.2.1. Evolución del número de decomisos de sustancias psicoactivas. España, 2006-2010 207

Figura 4.2.2. Evolución de la cantidad de cocaína decomisada en España (kilogramos), 1998-2010 207

Figura 4.2.3. Evolución de la cantidad de hachís decomisado en España (toneladas), 1998-2010 208

Figura 4.2.4. Evolución de la cantidad de heroína decomisada en España (kilogramos), 1998-2010 208

Figura 4.2.5. Evolución de la cantidad de MDMA decomisado en España (nº de pastillas), 1998-2010 209

Figura 4.3.1. Evolución de los precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2010 211

Figura 4.3.2. Evolución de los precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2010 211

Figura 4.4.1. Evolución de las detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2001-2010 213

Figura 4.4.2. Evolución de las denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas en lugar público (números absolutos). España, 2001-2010 213

Figura 4.4.3. Distribución de las detenciones y de las denuncias por tipo de sustancias (porcentajes). España, 2010 214

Figura 4.4.4. Distribución de los detenidos por tráfico de drogas, por grupos de edad (números absolutos). España, 2010 214

Figura 4.4.5. Distribución por grupos de edad de los denunciados por consumo o tenencia ilícita de drogas (números absolutos). España, 2010 215

Información complementaria

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). *Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). *Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). *Informe 2009. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. *Memoria 2009.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011.

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (España). *Drogas emergentes.* Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2011.

Centro de Inteligencia contra el Crimen contra el Crimen Organizado

Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO). Secretaría de Estado de Seguridad. *Estadística anual sobre drogas 2010.* Madrid: Ministerio del Interior, 2011.

Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO). Secretaría de Estado de Seguridad. *Informe sobre precios y purezas de las drogas. Año 2010.* Madrid: Ministerio del Interior, 2011.

Centro Nacional de Epidemiología

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Proyecto EPI-VIH. *Evolución de la prevalencia de VIH en pacientes de once centros de enfermedades de transmisión sexual y/o de diagnóstico del VIH, 1991-2004.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. *Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización a 31 de diciembre de 2009. Informe Semestral nº 2, Año 2009.* Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010.

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. *Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Periodo 2003-2008. Actualización 30 de junio de 2009.* Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010.

Comisionado para el Mercado de Tabacos

Comisionado para el Mercado de Tabacos. *El mercado de tabaco. Estadísticas. Ministerio de Economía y Hacienda.* Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda, 2010.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *2010 Annual report: the state of the drugs problem in Europe.* Lisboa: EMCDDA, 2010.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *2011 Annual report: the state of the drugs problem in Europe.* Lisboa: EMCDDA, 2011.

Comisión Europea

European Opinion Research Group. *Youth attitudes on drugs. Special Eurobarometer 330.* Luxembourg: European Commission, 2011.

United Nations Office on Drugs and Crime

UNODC, *World Drug Report 2011* (United Nations Publication, Sales No. E.11.XI.10).

ANEXO V

Evolución de la prevalencia de consumo de drogas

INFORME 2011, OED

Tabla 1.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Tabaco	–	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0
Alcohol	–	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88	94,2
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7
Anfetaminas/speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9
Cocaína general	–	–	–	–	–	–	8,3	10,2
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6
Inhalables	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	7,0	13,0	11,0
Somníferos	–	–	–	–	–	4,6	6,0	6,3
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	8,7	15,4	13,4

* Tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.3. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Tabaco	–	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7	42,8
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,1	0,8
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5
Anfetaminas/speed	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9	0,6
Cocaína en polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,1
Cocaína general	–	–	–	–	–	–	3,1	2,7
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	3,9	6,9	5,5
Tranquilizantes (sin receta)	–	–	–	–	–	0,9	0,9	1,6
Somníferos	–	–	–	–	–	2,7	3,8	3,6
Somníferos (sin receta)	–	–	–	–	–	0,8	0,8	1,1
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	5,1	8,6	7,1
Hipnosedantes (sin receta)*	12,3	2,3	2,3	2,8	3,1	1,2	1,3	1,9

* Tranquilizantes y/o somníferos.
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.4. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Tabaco	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4
Alcohol	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3
Cannabis	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6
Éxtasis	0,3	0,2	0,8	0,4	0,6	0,6	0,4
Alucinógenos	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
Anfetaminas/speed	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,3
Cocaína en polvo	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2
Cocaína base	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1
Cocaína general	–	–	–	–	–	–	1,3
Heroína	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Inhalables	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Tranquilizantes	–	–	–	–	2,7	4,7	4,0
Somníferos	–	–	–	–	2,0	2,5	2,7
Hipnosedantes*	–	–	–	–	3,7	5,9	5,2

* Tranquilizantes y/o somníferos.
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.5. Evolución de la prevalencia de consumo diario de drogas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España,1997-2009.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8
Alcohol	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0
Cannabis	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,6	2,0
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	2,6	2,3
Somníferos	–	–	–	–	–	1,1	1,4
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	3,1	2,7

* Tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Anexo VI

Zaragoza

Palabras tomadas del libro: *Espacios para el silencio. Taller de creatividad*[1]. 2. Introducción: Origen e historia del casco histórico de Zaragoza. Páginas de la 23 a la 31.

Zaragoza se levantó sobre la margen derecha del Ebro, siendo hoy, la reconocida capital de Aragón.

Su Casco Histórico (uno de los más grandes de España), tiene una superficie aproximada de 198,45 hectáreas. Es un distrito formado por diferentes barrios, entre los que se encuentran: San Pablo (conocido popularmente como El Gancho), La Magdalena (conocido también como el Gallo) y El Rabal, entre otros. En la zona, por su amplitud, pueden encontrarse grandes contrastes sociales, culturales y económicos.

Zaragoza debe su emplazamiento a la confluencia de los ríos Huerva y Gállego, en el centro de la depresión del Ebro. Fue fundada entre los años 24 y 14 a.c., como una colonia inmune, donde soldados que habían luchado con Cesar Augusto, forman una nueva ciudad colonial romana.

Se desarrolla como ciudad estratégica, encrucijada de las rutas naturales de acceso a la península y Francia.

El trazado de la ciudad romana, mantuvo la estructura de un campamento militar: forma rectangular, cortado interiormente por dos calles perpendiculares: el cardo y el decumano; el primer brazo norte-sur, hoy la calle Don Jaime, y el segundo brazo este- oeste, hoy la calle Mayor y Manifestación.

---

[1] V.V.A.A. *Espacios para el silencio. Taller de creatividad*. Idea y proyecto Zaragoza Imagina: Rosario Ibáñez Arbaizar. Oficina Municipal del PICH- Patronato Municipal de Educación y Bibliotecas- Ayuntamiento de Zaragoza. Zaragoza, 2011.

El diseño de la ciudad fue minuciosamente planificado antes de su ejecución, entonces era usual trazar las calles y construir las viviendas después.

Cuenta la leyenda, que un sacerdote, guiando una yunta de bueyes, abrió con arado de reja, el surco que marcaría el perímetro de la ciudad.

Durante el siglo I d.c. la colonia experimenta un crecimiento económico importante, que lleva a cometer grandes obras públicas, que dieron el aspecto de gran ciudad a la colonia. Se dotó a la ciudad de un puente, foro, acueductos y sistema de alcantarillado por cloacas de desagüe.

El perímetro de Caesaraugusta, estaba determinado por murallas, levantadas en piedra y reforzadas durante el siglo III.

El trazado de la muralla y por consiguiente de la ciudad, alcanzaba un perímetro total de unos 3.000 metros y contaba con 120 torres.

En la actualidad las murallas pueden seguirse a lo largo de la ribera del Ebro, desde el monasterio de canonesas del Santo Sepulcro, a San Juan de los Panetes, subiendo por Zuda y Mercado, avenida Cesar Augusto y por el Coso a la Plaza de la Magdalena, y de nuevo al Santo Sepulcro.

La urbe contaba con cuatro puertas principales a ambos extremos del cardo y del decumano:

- Puerta del Norte (del Ángel): al final de la calle Don Jaime, detrás de lo que hoy es la Lonja, daba acceso al puente sobre el río Ebro. Fue demolida en 1868.

- Puerta del Sur (Cinegia): al principio de la actual calle de los Mártires. Fue demolida en 1809. Hoy recordada por el centro comercial que lleva su nombre.

- Puerta de Toledo: emplazada en la muralla junto a San Juan de los Panetes. Demolida en 1842. Hoy, la recuerda un arco junto a la estatua de César Augusto.

- Puerta Valencia: situada al final de la calle Mayor en su acceso al Coso actual, junto a la Iglesia de la Magdalena. Derribada en 1867. Hoy una placa la recuerda.

Cada una de las puertas tenía 2 guardas, con un salario de 60 sueldos mensuales.

En el año 409, el Imperio Romano de Occidente está en decadencia. Hispania es invadida por suevos, vándalos y alanos y Zaragoza se convirtió en ciudad de paso de todas las expediciones de combate.

Los visigodos eliminan a los bárbaros invasores haciéndose con el control del territorio. Y en el año 472, Zaragoza se incorpora al reino visigodo de Tolosa.

En el año 711 un ejército musulmán, a las órdenes de Tariq (lugarteniente del gobernador islámico del norte de África) atraviesa el Estrecho de Gibraltar y, con gran facilidad, vence a un reino visigodo debilitado por las luchas internas. Los musulmanes avanzan hacia el Valle del Ebro y en el año 714 toman Zaragoza.

La ciudad, bajo dominio musulmán, o la Saragusta islámica, conservó el trazado, las murallas y las puertas de la ciudad romana preexistente. La ciudad tenía, además, varios arrabales, por lo que, se establece un nuevo perímetro con un muro de tapial y adobes donde se abrían nuevas puertas, con funciones fiscales, además de defensivas: Puerta Sancho, Portillo…

Pero no será hasta el siglo XIII cuando se produce la primera transformación importante de la ciudad romana. Por el fuerte crecimiento de la población, surgen nuevos barrios que rebasaran el perímetro de la antigua muralla romana: al oeste, San Pablo y al este, la Magdalena.

A partir del siglo XIV, la ciudad se defiende con una nueva muralla de ladrillo que abarca los nuevos barrios y arrabales. Hay, además, otro barrio en la margen izquierda del Ebro, el barrio de Altabás, comunicado con la ciudad a través del puente.

Tras la conquista cristiana en 1118 por Alfonso I, el Batallador, Zaragoza se convierte en la capital del Reino de Aragón. Cambios urbanísticos, sociales, económicos y políticos, van transformando lentamente la ciudad.

La población cristiana ocupa la antigua ciudad romana, organizada en barrios pertenecientes a diferentes parroquias. Destaca, el barrio denominado: "La población del Rey", que irá creciendo alrededor de la Iglesia de San Pablo (primer ensanche del antiguo perímetro romano).

La judería, cerrada por un muro, se organiza en torno a la sinagoga mayor (hoy, Seminario de San Carlos). En el siglo XV, el barrio judío crece fuera del recinto amurallado, sobrepasa el Coso hasta la calle San Miguel.

La aljama musulmana, se extiende en los alrededores de la actual calle Azoque y plaza Salamero.

Con la expulsión de los judíos y moriscos, se producirán transformaciones importantes en el cuadrante sureste de la primitiva ciudad romana.

Con la llegada del Renacimiento, durante los siglos XV y XVI, Zaragoza, vive un momento de explosión económica. Se renueva toda la ciudad y se convierte en una de las mayores de España. En la época, algunos la describieron como "la Florencia española". Se renuevan las casas de mercaderes, abogados, artesanos… y los nobles reedifican sus residencias con unas dimensiones nunca vistas hasta el momento. Llegó a haber cerca de 200 palacios.

La Seo y su entorno, se consolida como centro religioso de la ciudad y la construcción de la Lonja, establece el centro económico y político.

En 1680, Comienzan las obras de la actual Basílica del Pilar, sobre un antiguo templo de época medieval (ya entonces, centro de peregrinaje hacia Santiago). Aunque no haya constancia arqueológica, la tradición cuenta, que dicho templo medieval, se levantó a su vez, sobre una antigua capilla construida por Santiago, en el S. I para guardar una reliquia que la Virgen, en su aparición, había dejado (Una comna de jaspe, conocida popularmente como el Pilar), convirtiéndose en el primer Templo Mariano de la Cristiandad.

A partir de aquí, las variaciones en el casco histórico serán ya menores.

En 1866, comienza la apertura de la calle Alfonso para dar acceso directo, desde el Coso, al nuevo centro religioso de la ciudad: la Basílica del Pilar; no será hasta 1918, cuando queda urbanizada del todo.

A finales de los años 80, nos encontramos con un penoso panorama: la plaza está estructurada en cinco áreas de trazos diferentes, tráfico rodado y zona de aparcamiento en lo que ya era, centro neurálgico de la ciudad. Hay que ordenar el espacio y surge la idea (de reminiscencias venecianas) de "salón" de la ciudad: se crea una plaza longitudinal, paralela a la fachada de la Basílica y al río Ebro, de carácter peatonal que da unidad a todo el conjunto.

Hace ya algunas décadas, que el caso histórico de Zaragoza, perdió su esplendor de antaño. Muchos negocios y comercios cerraron, muchos vecinos se fueron y gran cantidad de edificios quedaron abandonados. Se produce un progresivo deterioro urbanístico, socioeconómico, ambiental… Pero en 1998 entra en vigor el Plan Integran del Casco Histórico de Zaragoza abordando la problemática en su conjunto, tratando a la vez, los diferentes aspectos que provocaron la degradación.

Hoy podemos decir, que "nuestro Casco" está saliendo de "su crisis" y que, poco a poco, podemos llegar a recuperar su antiguo encanto.

ANEXO VII

La Magdalena

Palabras tomadas del libro: *Espacios para el silencio. Taller de creatividad*[1]. Páginas de la 69 a la 87.

Al final de la calle Mayor (decumano romano), nos encontramos con la Iglesia de la Magdalena, de la que toma el nombre la plaza. Se trata del corazón de uno de los barrios con más historia de Zaragoza, llamado "del gallo", por la figura que hay en lo alto de la torre.

Se ha recuperado un fragmento de la muralla romana, donde estaba una de las cuatro puertas de la ciudad. Dicha puerta, cerraba el final de la calle Mayor en su acceso al Coso actual, junto a la Iglesia. Sencilla, de un solo arco de medio punto, en la Edad Media fue llamada: puerta de Valencia, por estar aquí la salida hacia esa ciudad. No sobrevivió a los Sitios y en 1867 fue derribado el arco, para ensanchar la plaza y ceder sitio a la Universidad (cuyo espacio lo ocupa hoy, el instituto Pedro de Luna). Una placa en su fachada, recuerda los tiempos de la puerta y, en el Museo de Zaragoza, podemos admirar uno de los sillares que la formaban.

En época romana, este barrio era una zona residencial. Las Domus (casas de familias con cierto nivel económico), con grandes patios, estanques, ricos pavimentos de mosaicos, fastuosas esculturas… ocupaban esta zona.

En 1950, entre las calles Alonso V y Rebolería, se encontró una escultura del S.II. Se piensa que presidiría el patio porticado de una de las domus caesaraugustana. Conocida como "fuente del fauno dormido", fue realizada en mármol blanco de Tasos. Su cabeza, inclinada hacia atrás, reposa sobre un odre de vino, del que nace el caño de la fuente.

---

[1] V.V.A.A. *Espacios para el silencio. Taller de creatividad*. Idea y proyecto Zaragoza Imagina: Rosario Ibáñez Arbaizar. Oficina Municipal del PICH- Patronato Municipal de Educación y Bibliotecas- Ayuntamiento de Zaragoza. Zaragoza, 2011.

Con la conquista musulmana, el centro político y administrativo (la Medina), ocupó el espacio de la ciudad romana preexistente. Dentro de la Medina, existían barrios donde se concentraban las minorías religiosas (cristianos y judíos), que mantenían sus propios templos.

Las juderías hispanas, después de duras privaciones durante la dominación visigoda, experimentaron una gran prosperidad bajo dominio musulmán (ayudaron, a éstos, con la ocupación territorial y alcanzaron cargos importantes política y económicamente). La llegada de familias judías de Andalucía, trajo un gran esplendor comercial y cultural a la judería zaragozana (la más importante de Aragón con casi 1.500 habitantes).

Tras la conquista de la ciudad, en 1118 por Alfonso I, se protegieron y respetaron los asentamientos judíos y mozárabes, se les permitió seguir viviendo en sus casas y existió una gran tolerancia y una pacífica convivencia.

El hoy conocido barrio de la Magdalena, nace dentro de la muralla romana, albergando parte de la judería (que por un decreto de Alfonso III en 1288, estaba rodeada por un muro de ladrillo con seis puertas que se cerraban por la noche).

Ésta, estaba dividida en dos barrios: La judería vieja (intramuros) y la judería nueva o de los callizos (fuera de las murallas), que el rey les permitió construir, entre el coso y la actual calle San Miguel, cuando la vieja se les quedó pequeña.

A finales del siglo XIII, aparecen campañas y murmuraciones contra los judíos provocando su declive. Pero en el siglo XIV, el rey Pedro IV, se rodea de un gran equipo formado por judíos médicos, traductores, astrólogos, cartógrafos…, poniendo sus conocimientos al servicio de la corona, y así no sólo frenó el declive, sino que produjo un nuevo renacimiento cultural judío. Ya en el siglo XV se propaga una predicación antijudaíca, en toda la península, que desembocará en la expulsión de éstos, en 1492.

El entonces barrio cristiano de la magadalena, experimentará importantes transformaciones ocupando parte de la antigua judería.

Frente al Coso y circundada por las calles Carrillo, Órgano y Mayor, encontramos la Iglesia de Santa María Magdalena. Documentada ya en el año 1126, se trata de una de las más antiguas e inmediatas a la reconquista de la ciudad.

Parece que una Iglesia románica fue construida inmediatamente después de la conquista, y que el templo mudéjar del siglo XIV, que conocemos hoy, sustituyó a ésta. Se trata de un templo de una sola nave y ábside poligonal, de sencilla crucería de arcos diagonales que muestran el estilo ojival de la época.

La torre, con estructura de los alminares musulmanes (una torre dentro de otra), está recubierta de decoración de ladrillo, azulejos y cerámica, lo que la convierte en una de las obras más impresionantes del mudéjar aragonés.

Damián Forment realizó el retablo Mayor que posteriormente fue "troceado" y colocado en dos capillas.

En época barroca, durante los años 1727 y 1730, se lleva a cabo una importante reforma: se cambia el emplazamiento del altar Mayor, que daba la espalda a la plaza, cerrando el primitivo ingreso por la calle mayor.

Declarada Monumento Nacional por Real orden el 3 de junio de 1931, actualmente se encuentra cerrada por el proceso de restauración al que está siendo sometida.

Una curiosidad, uno de los personajes más ilustres de nuestra ciudad, Don Ramón y Cajal, fue bautizado en esta parroquia.

Inicialmente el barrio estaba intramuros, pero ya en el siglo XII se extendió de forma que el Coso dividía en dos partes el territorio parroquial: "Magdalena dentro" y "Magdalena fuera", en referencia a su situación con la vieja muralla romana.

A partir del siglo XIV, una nueva muralla de ladrillo o muro de rejola (tierra, adobe y tapial), defenderá la ciudad abarcando los nuevos barrios y arrabales.

Extramuros del casco romano, fue tomando cuerpo el barrio, que crecerá sobre la vieja judería con sus callejuelas estrechas.

Al otro extremo de la antigua muralla romana, crecía también un nuevo barrio entorno a la parroquia de San Pablo. Siempre existió rivalidad entre ambos: la parroquia alta y la baja (por su situación geográfica), la del Gancho y la del Gallo…

Durante la Edad Media, en este barrio, se construyeron varios monasterios. Más de seiscientos años después de su fundación, el conocido Convento del Santo Sepulcro (aunque realmente se llama Monasterio de la Resurrección), sigue habitado por monjas canonesas comendadoras del Santo Sepulcro de Jerusalén (único de esta orden que pervive en España). Situado entre la muralla romana, adosado a ella, y la iglesia de San Nicolás, que forma parte del monasterio desde su cesión al mismo en el siglo XIV, se trata del único complejo monástico completo de estilo mudéjar que queda en Aragón. Fundado en el siglo XIII, su estructura actual es del siglo XIV. Gran desconocido para la mayoría de los zaragozanos, tal vez por la clausura que hasta no hace muchos años impedía su visita.

Durante el siglo XV un grupo de mercaderes dinamizó la economía de la ciudad preparándola para la gran expansión del siglo XVI. La ciudad se renueva por completo, vive un auge económico extraordinario: se renuevan las casas de mercaderes, abogados, artesanos… los nobles construyen palacios, introduciendo las novedades del arte renacentista que llega de Italia, y la burguesía enriquecida, les imitan.

En el barrio se conserva alguna casa de la época, como la de la calle Doctor Palomar, 16.

Y en medio de la antigua judería, donde estuvo la Escuela Talmúdica, se levantó la conocida: Casa de los Morlanes (hoy sede de la Filmoteca Municipal y dependencias municipales de las Áreas de Acción Social y Juventud), de la que sólo se conserva la fachada.

En el siglo XVI, la Universidad dará vida y forma a la plaza de la Magdalena.

Sus orígenes se remontan al siglo XII cuando la iglesia funda un estudio de Artes, donde se enseñaba gramática y filosofía, concediendo títulos de bachiller. El 13 de diciembre de 1474, el papa Sixto IV eleva esta institución a la categoría de: "Universidad Magistorum", solicitado por Fernando el Católico, tendrá facultad para conferir títulos hasta el grado de Doctor. Pedro la Cabra, titulado en Artes y Medicina, será el primer rector y colaborará en la redacción de los primeros estatutos.

En 1542, Carlos I firmó, en las Cortes de Monzón, un privilegio que elevaba el estudio de Artes de Zaragoza al rango de: "Universidad General de todas las ciencias y las Artes". Una bula del papa Julio III, en 1554, aprobó esta fundación, siendo confirmada por Paulo IV, en 1555. Pero no fue hasta el 24 de mayo de 1583 cuando se produce la inauguración, con la ayuda del arzobispo de Zaragoza Pedro Cerbuna. Contaba con estudios de: Teología, cánones, leyes, medicina y Artes. A partir de entonces, la plaza será el punto de partida del florecer del humanismo de Erasmo de Roterdam y las corrientes culturales europeas.

Después de los asedios de la ciudad, por parte de las tropas napoleónicas, el edificio quedó muy deteriorado, por lo que fue sometido a varias restauraciones en las décadas siguientes. La fachada principal, de composición sobria, fue reformada por el arquitecto Ricardo Magdalena, en 1912.

En su interior existió una biblioteca (que en 1869 contaba con 28.000 volúmenes), antes capilla, de estilo gótico tardío, con crucería estrellada, que fue declarada Monumento Nacional el 13 de agosto de 1969. Ese mismo año, el edificio de la antigua Universidad, fue derribado, quedando sólo en pie la biblioteca. Pero en 1973, el Ministerio de Educación y Ciencia, decidió derribar lo que quedaba de ella, ya que se había derrumbado al desaparecer el edificio que la albergaba. En su lugar, hoy encontramos el instituto de Educación Secundaria Pedro de Luna.

La plaza evoca siempre gratos recuerdos para los que estudiaron en esta Universidad. El catedrático Don Ricardo Sasera Samson, fue tan temido entre los universitarios que originó una copla popular: "¡Qué peliagudo está el asunto… es más difícil que aprobar con Sasera!". Don Ricardo justificada

su fama repitiendo: "En Derecho Romano, el que sepa bien la asignatura, aprobado; notable, yo y sobresaliente, Dios".

Perdida ya la costumbre de acudir, los catedráticos, con levita y chistera, y dar clase con toga y birrete; se editaba un periódico, del que fue director Pepe Calvo Sotelo, llamado primero "El Mango", después "La Escoba".

Hoy solo nos quedan los nombres de algunas calles: Universidad, Estudios y otras que recuerdan los nombres de profesores como: Pedro Calixto Ramírez o Martín Carrillo, uno de sus rectores.

Ilustres personalidades pasaron por esta Universidad: Baltasar Gracián, Ramón J. Sender, Miguel Labordeta o Pedro Arbués.

A finales del siglo XVI, comienza la construcción del edificio con la más bella decoración barroca de la ciudad. Sobre el sola de la antigua Sinagoga Mayor, se edifica el colegio, claustro e Iglesia de la Inmaculada, perteneciente a los jesuitas. Con la expulsión de éstos, en 1767, se convierte en Real Seminario de San Carlos Borromeo (en honor de Carlos III).

Durante los siglos XVII y XVIII se construyen los conventos de San Agustín y Santa Mónica, de agustinos y agustinas observantes. Del primero, solo se conserva la fachada de ingreso, uno de los muros laterales y una de las torres de la iglesia, de un severo barroco. Del segundo, solo la fachada, aunque alterada, es original. Actualmente, ocupados por la biblioteca María Moliner y el Centro de Historia de Zaragoza.

El muro de rejola de la calle Asalto, responde a la transformación que sufrió al convertirse en "tapias" de estos conventos. Desaparecieron las torres casi por completo perdiendo, en gran medida, su función defensiva. Aún así, jugó un papel muy importante en la defensa de la ciudad contra Napoleón, por lo que se llamó: "Muralla de los Sitios".

La plaza y el barrio e la Magdalena tuvieron gran relevancia durante la Guerra de la Independencia. En 1808, los ejércitos franceses invadieron España. Los zaragozanos consiguieron resistir, al entonces mejor ejército del mundo, durante dos meses, lo que convirtió a nuestra ciudad en un

símbolo de la resistencia contra Napoleón, entrando (Zaragoza y sus gentes) a formar parte el mito dentro de la historia bélica europea.

Por las calles del barrio se produjo el asalto final. Una vez que consiguieron entrar, los defensores lucharon durante un mes por cada palmo de terreno: cada casa, cada habitación, cada Iglesia, cada capilla… Finalmente los franceses fueron volando uno por uno los edificios que oponían resistencia y su avance fue imparable. El cruce del Coso en la Plaza de la Magdalena, les costó a los franceses diez días de combates. Cuando la ciudad se rindió el 21 de febrero de 1809, éstos ya habían conseguido ocupar la antigua Universidad pero la plaza seguía rodeada por los incendios provocados por los defensores. Parte del barrio quedó completamente arrasado. En aquellos meses, en la ciudad, murieron más de 50.000 personas (se trata del mayor número de víctimas civiles, en una sola ciudad, de la historia de la humanidad, hasta la bomba de Hiroshima).

En el Seminario de San Carlos, se fabricaban balas y los carreteros iban a buscar pólvora para los cañones situados a las puertas de la ciudad. El día 27 de junio estalló, por culpa de un cigarro, acrecentando aún más los daños producidos en el barrio.

Las consecuencias de la guerra hicieron que el barrio tuviera que reconstruirse casi por completo (manteniendo el urbanismo formado por calles dispuestas en forma circular en torno a la Iglesia). Muchas de las casas que hoy vemos son de las décadas siguientes a los Sitios. Pero nada pudo evitar que esta zona fuera cayendo en el olvido entrando en un periodo de abandono, degradación y envejecimiento. Los diarios, de finales del siglo XIX, ya se hacían eco del mal estado de las viviendas. Hoy todavía hay signos que recuerdan la cruda batalla, como la calle del Heroísmo en homenaje a la valentía de los defensores.

En los años 40, del siglo XX, se produce una transformación importantísima en el barrio: se abre la calle San Vicente de Paúl llevándose por delante casas, Iglesias y palacios, quedando el barrio definitivamente separado del corazón de la ciudad.

La Magdalena fue barrio agrícola y gremial con sus herrerías y tenerías (talleres de curtidores que se instalaron junto al río). En el siglo XV, la parroquia estaba formada por grupos de estudiantes panaderos y artesanos, fundamentalmente. A mediados del siglo XVII era el barrio con mayor porcentaje de labradores de la ciudad, en 44%. Ya en el siglo XVIII, fue el tercero en población, después de San Pablo y San Miguel, con 4.000 habitantes. Barrio popular a finales del siglo XIX para pasar a ser marginal a partir de los años 70 del siglo XX. Tras largas décadas de abandono, hoy la Magdalena ya ha iniciado un nuevo camino que anuncia un prospero futuro.

Palabras tomadas del libro: *Espacios para el silencio. Taller de creatividad*. Páginas de la 92 a la 93.

"El despertar del gallo"

A mediados de los años 90, del siglo XX, tras largas décadas de abandono, encontrábamos en el popular barrio "Del Gallo", una degradación social y urbanística que lo habían convertido en la zona más deprimida de la ciudad. Sus habitantes presentaban altas tasas de paro, envejecimiento y exclusión social. Las calles e infraestructuras deterioradas, aumentaban los solares y casas en ruinas y la iniciativa privada, la inversión y el comercio desaparecían poco a poco… La Magdalena se había convertido en un espacio para la marginación el fracaso social.

En 1996 el Ayuntamiento de Zaragoza (con la participación de las asociaciones, colectivos y entidades que desarrollaban su actividad en el barrio), elaboró y presentó al Gobierno de España y a la Unión Europea un Proyecto de Rehabilitación Integrada del Barrio de la Magdalena- Tenerías.

Sus objetivos eran:

1. Recuperar y regenerar una zona fundamental en la historia, el paisaje y la memoria colectiva de la ciudad.

2. Dotar a sus habitantes de unos servicios equiparables en calidad, al resto de la ciudad.

3. Romper el aislamiento físico y psicológico al que estaba sometido.

4. Propiciar la integración social de sus habitantes.

5. Fomentar el empleo, el comercio y el ocio cultural.

Este programa tan ambicioso, se coordinó con el Plan Integral del Casco Histórico (PICH).

El proyecto planteaba un punto de partida innovador: convertir la plaza y el antiguo convento de San Agustín (que se encontraba en pésimas condiciones) en centro de atracción cultural, social y urbanística. Se impulsó el desarrollo económico del resto del barrio con la especialización en

comercio y actividades artesanales promoviendo el desarrollo de toda la zona. Se proporcionó la integración de los vecinos, con problemas de paro y exclusión, en las tareas de rehabilitación del barrio.

Años después, "el Gallo" ya despierta, sus plazas, sus calles, sus gentes han cambiado. Se han restaurado y recuperado las murallas medieval y romana, el antiguo convento de San Agustín, se ha convertido en el Centro de Historia de la ciudad, se han renovado pavimentos y servicios de calles como Reconquista, Zarza, Espino, Estudios, Mayor, San Lorenzo, Barrioverde, Alvocer, Olleta… Se ha construido la Casa de las Culturas que hoy es lugar de encuentro y principal foco de integración social del bario. Centros sociolaborales (como la Casa Abierta del Albergue, modélica en España) y talleres, dinamizan el barrio y ofrecen oportunidades de incorporación al mundo laboral.

Un largo etcétera de programas y actuaciones han derrochado trabajo, ilusión y esfuerzo para que hoy podamos decir que El Gallo tiene ante sí un futuro prometedor y esperanzador.

ANEXO VIII

Evaluación del Plan Integral del Casco Histórico



EVALUACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DEL CASCO HISTÓRICO PICH 2005-2012

DIAGNOSTICO DEL BARRIO Y PROPUESTAS DE FUTURO

PICH Plan Integral Casco Histórico

Zaragoza Ayuntamiento

Universidad Zaragoza 1542

EVALUACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DEL CASCO HISTÓRICO 2005-2012
DIAGNOSTICO DEL BARRIO Y PROPUESTAS DE FUTURO

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Juan David Gómez-Quintero (Coord.)
Santiago Boira Sarto
Jesus Clemente
Antonio Eito Mateo
Pedro García
Jesús García
María A. Gonzalez-Álvarez
María José Marco
Carolina Mira
Chaime Marcuello Servós
María Remacha
Dalila Robayo

Zaragoza, 14 de marzo de 2013

PERSONAS Y ENTIDADES COLABORADORAS

Oficina PICH
Ana Sanromán
Reyes Barrachina
Jesús Medrano

Escuela Vecinal, Federación de Asociaciones de Barrios de Zaragoza
Oscar García
María Rivases
Aser Hernández
Wilmer Ruiz

La Sabina Networking
Belén Torres
Luis Rivera

Pariver, S.A.
Fernando Tricas Lamana
Miguel Ángel Martínez Montenegro

Grupo de Estudios de Ordenación del Territorio, GEOT
Angel Pueyo Campos (IP), Arranz L., Calvo P., Castellano L., López E., Dieste H., Escolano U., Gregorio C., Hernández N., González V., Postigo V., Rodríguez B., Rubio S., Salvador O., Salinas S., Sánchez O., Sebastián L., Solanas J., Tricas L., Zarzuela G., Zúñiga A.

Agencia de Medio Ambiente y Sostenibilidad, Ayuntamiento de Zaragoza
Javier Celma

Comisión de Urbanismo de la Demarcación de Zaragoza
Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón

Estudiante en prácticas del Máster de Sociología de las Políticas Públicas
Halima Bouzkri El Maazouzi

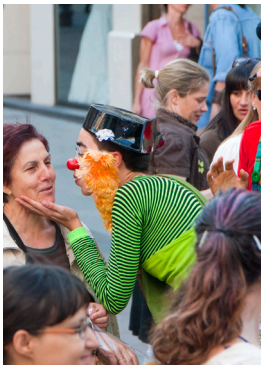
Economic Strategies and Initiatives S. L.

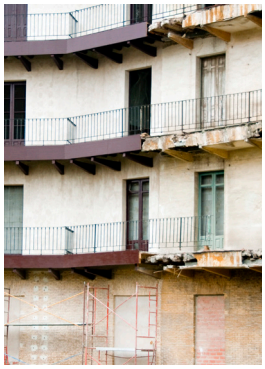
Fundación Norte
Francisco Berruete

Fotografías
Ayuntamiento de Zaragoza y Zaragoza Vivienda

Diseño y maquetación
Andrea Villalta, David Ruesta y Jano Cabello, Stuart estudio creativo

Índice





1. INTRODUCCIÓN **7**
Estructura del informe 9
Metodología de la investigación 10

2. CARACTERIZACIÓN DEL BARRIO Y VULNERABILIDAD URBANA **16**
Vulnerabilidad socio-demográfica: la población 17
Vulnerabilidad socio-económica: educación, servicios sociales y actividad económica 30
Vulnerabilidad subjetiva 52
En síntesis 5 6

3. EVALUACIÓN PICH 2005-2012 **58**
Punto de partida: de la gestión y del impacto. 59
Descripción y evaluación de la ejecución 61
Percepciones ciudadanas del impacto social 74
A modo de recapitulación 85

4. DIAGNÓSTICO DEL BARRIO **87**
Valoraciones previas: permanencia, evolución y cambio 88
Diagnóstico de la situación actual. Problemas existentes y necesidades emergentes 89
Visiones del Casco desde sus protagonistas 89
Confluencias, divergencias y polaridades 99

5. PROPUESTAS DE FUTURO **103**
¿Por dónde empezar el futuro? 104
Ámbitos, líneas estratégicas y actuaciones 104
Ámbito 1. Participación, convivencia y cohesión social 105
Ámbito 2. Servicios públicos y equipamientos 109
Ámbito 3. Infraestructuras, escena urbana y patrimonio 110
Ámbito 4. Suelo y rehabilitación de vivienda 112
Ámbito 5. Comercio y turismo 114

6. REFERENCIAS **116**

7. ANEXOS **117**



1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN



La ciudad es un mosaico formado por pequeños mundos que se tocan entre sí, pero que no se compenetran. Así define el sociólogo Robert Park los procesos de diferenciación cultural y espacial de las grandes ciudades. Las distancias entre estos pequeños mundos proporcionan a los individuos "la posibilidad de cruzar, rápidamente y sin dificultad, de un medio moral a otro y sirve también de estímulo para llevar a cabo el fascinante, aunque arriesgado experimento de vivir al mismo tiempo en varios mundos distintos"[1].

La ciudad de Zaragoza tiene, paradójicamente, algunos rasgos de una gran ciudad europea debido a su crecimiento y al volumen de población y, de forma simultánea, rasgos de un municipio intermedio en el que se perciben muchas relaciones sociales de proximidad.

Los retos que afronta Zaragoza son tan complejos como diversos. Muchos de los desafíos tienen que ver con la gestión de los efectos locales de la globalización económica y de las transformaciones de las sociedades postindustriales. Esto implica la tensión de procurar el crecimiento económico sin descuidar el desarrollo social y la sostenibilidad medioambiental, de promover la cohesión social, económica e intergeneracional mientras se fomenta la competitividad y la productividad de las empresas; de procurar una gestión eficaz, eficiente y de calidad de las políticas públicas locales mientras se incrementan los niveles de participación ciudadana y se amplía el espectro y la influencia de la gobernanza.

De estos y otros retos se ha dejado registro en distintos informes y estudios técnicos. El Plan Estratégico de Zaragoza y su entorno (Ebropolis, 2006) hacía un énfasis especial en el impulso de la calidad de vida de los zaragozanos. Asimismo, un informe más reciente del ámbito social sobre la estrategia de Zaragoza para el año 2020 (Rodriguez Beltrán, 2011) ponía el acento en la importancia de construir "Una ciudad para las personas".

El Casco Histórico (CH) de la ciudad de Zaragoza ha estado en el foco espacial, simbólico y material por donde discurren estos desafíos. Durante más de dos milenios, este territorio ha sido el eje de la centralidad política, cultural, económica y religiosa de la ciudad. No obstante, el tiempo ha pasado su factura. Debido a las transformaciones sociales, la modernización y la expansión de las fronteras de la ciudad, el CH fue perdiendo protagonismo durante la segunda mitad del siglo XX y, paulatinamente, fue cayendo en un proceso de degradación física, social y económica. Las estrechas calles de la ciudad romana y medieval, transformadas en parte tras los Sitios, se adaptaron a la llegada de los coches. La sociedad industrial transformó las formas de vida cotidiana y con ella las costumbres de los zaragozanos que salían del CH para buscar viviendas y espacios más "modernos", adaptados a las "nuevas" necesidades de la vida urbana. Ese proceso de salida del CH se produjo de una manera desigual y heterogénea, en función de variables económicas, culturales, políticas y sociales que redistribuyeron los espacios de

[1] *Robert Park En: Urrutia, Victor. Para comprender qué es la ciudad, Teorías sociales. Estella, EVD, 1999, p. 58*

centralidad urbana. Los intereses de unos y otros, junto con los cambios en la mentalidad colectiva, intervinieron en proceso de salida de la población original para ser sustituidos progresivamente por otros grupos sociales que fueron adaptándose a esas circunstancias. Una parte muy destacada de las zonas del CH como el barrio de San Pablo o de la Magdalena se fueron degradando entrando en proceso de ruina que comenzó a revertirse a comienzos de la década de los 90 del siglo pasado, produciendo un cambio de tendencia hacia la "gentifricación" por sectores. Es una historia bien conocida, que no es necesario revisar en este momento.

En el último cuarto del siglo XX la globalización de la economía y la aceleración del proceso de urbanización han "incrementado la pluralidad étnica y cultural de las ciudades a través de procesos de migraciones, nacionales e internacionales, que conducen a la interpenetración de poblaciones y formas de vida dispares en el espacio de las principales áreas metropolitanas del mundo" (Borja y Castells, 1997: 112).

Los factores de deterioro físico del barrio no pueden atenderse de manera aislada a los otros factores: "la propia condición material de la ciudad puede ejercer una influencia perjudicial sobre sus pobladores por distintas causas. Si el ambiente urbano es percibido como una agresión, es difícil esperar actitudes cívicas hacia aquél, por parte de quien no ha estado en situación de intervenir en la creación de un entorno grato, o simplemente no ha dispuesto de los medios para evitar la decadencia del mismo" (Arias Goyte, 1998).

En la ciudad de Zaragoza (así como otras ciudades europeas) la segregación urbana no se concentra en las periferias. Mientras que las banlieues francesas configuran espacios periféricos de segregación étnica y urbana, en ciudades como Zaragoza la desigualdad en el ingreso y las prácticas discriminatorias en el mercado de vivienda conducen a la concentración desproporcionada de minorías en el centro de la estructura urbana.

De forma paralela, "la reacción defensiva y la especificidad cultural, refuerzan el patrón de segregación espacial, en la medida en que cada grupo étnico tiende a utilizar su concentración en barrios como forma de protección, ayuda mutua y afirmación de su especificidad" (Borja y Castells, 1997:122).

La concentración espacial de minorías desfavorecidas conduce a "crear verdaderos 'agujeros negros', en los que se refuerzan mutuamente la pobreza, el deterioro de la vivienda y los servicios urbanos, los bajos niveles de ocupación y la falta de oportunidades profesionales" (Borja y Castells, 1997:125).

En consecuencia, si no se mejoran las condiciones de vida de las poblaciones empobrecidas y segregadas en determinadas zonas de la ciudad, la decadencia de los centros urbanos será inevitable y acentuarán el proceso de "dualización de la ciudad" (Castells, 1995).

Ante los retos descritos y los procesos de degradación mencionados las políticas urbanas son imprescindibles. La propia concepción del PICH en sus distintos momentos es un ejemplo. A pesar de la diversidad de perspectivas políticas sobre la ciudad y en la gestión municipal, se da un consenso en la necesidad de intervención desde las administraciones. La ciudad se siente como responsabilidad política de los políticos municipales. Afortunadamente, el espacio público, la escena urbana no se ha dejado abandonada completamente en las manos del libre juego de las fuerzas del mercado que, en este caso, tenían muy concentrada el lado de la oferta. Los procesos de diseño de la ciudad han tenido sus controversias y han producido tensiones por las diferencia de posiciones, pero no por la conciencia de responsabilidad con la ciudad y su ciudadanía.

En la capital aragonesa los primeros programas de atención y corrección de los procesos de deterioro, como ya se ha apuntado, comienzan a atenderse en la década de los noventa. Son numerosas las publicaciones que, especialmente desde la Sociedad Municipal Zaragoza Vivienda, se han realizado informando, estudiando y analizando el proceso. La "ciudad existente" se ha convertido en el objeto de la intervención de las políticas municipales, sobre todo, en esta parte de la ciudad.

El 22 de abril de 1997 el Pleno Municipal Extraordinario del Ayuntamiento de Zaragoza aprobó el primer Plan Integral del Casco Histórico (PICH) que recogía 18 programas y más de 200 actuaciones a realizar en el barrio durante el periodo 1997-2004.

En esos años el Plan era concebido como un instrumento "dirigido a romper la segregación social y espacial" que existía (Pérez Palacios, 1998). Además, pretendía promo-

1.1. Estructura del informe

ver la integración social a través de estrategias integradas y complementarias que permitieran abordar un proceso de cambio social y territorial. Estos cambios crearían un nuevo escenario vital en el que los vecinos participarían en "procesos de integración cultural, cambio de hábitos y desarrollo de la vecindad".

No obstante, la experiencia de estos años ha puesto de manifiesto algunas carencias como el excesivo acento puesto en los aspectos físicos de la rehabilitación mientras se descuidaban los aspectos sociales y económicos (Torguet y Rubio, 2007).

El segundo Plan Integral (2005-2012) se presentó como un documento de carácter "estratégico, intersectorial y programático, cuya finalidad es la integración social y la recuperación funcional de las áreas degradadas del Casco Histórico" que incorporaba cuatro grandes programas, 12 subprogramas y 160 actuaciones.

El informe consta de cuatro capítulos centrales que pueden leerse de forma independiente. En el primer capítulo se realiza una caracterización del barrio a partir de una aproximación a los conceptos de vulnerabilidad urbana. Esta caracterización es de carácter cuantitativo y pretende realizar una radiografía del barrio para comparar el estado actual de la morfología del barrio (2012/2013) respecto a la caracterización realizada durante la elaboración del plan anterior (2004/2005).

El segundo capítulo es la evaluación del PICH 2005-2012. Consta de dos enfoques metodológicos enriquecidos por múltiples perspectivas, tal como se detalla en la cartografía de actores. El primero de los enfoques es el de la evaluación de la gestión, que evalúa los resultados de las actuaciones planificadas en términos de eficacia, eficiencia, calidad y ejecución presupuestaria desde la visión de los gestores municipales. El segundo enfoque incluye la evaluación del impacto social desde la perspectiva de los actores sociales del barrio.

El tercer capítulo presenta un diagnóstico de las necesidades y problemáticas actuales del barrio. En este capítulo, se abordan las situaciones detectadas por los actores sociales del barrio, contrastando estas situaciones detectadas con otros estudios recientes y relacionando información primaria tanto cuantitativa como cualitativa. Además de las problemáticas sociourbanísticas estructurales, que han acompañado al barrio en las últimas décadas, el equipo de investigación se ha encontrado con los inmediatos efectos sociales, económicos de la crisis económica que inició en 2008.

El cuarto capítulo es el conjunto de ámbitos, líneas estratégicas y propuestas de actuación para los próximos años. En este apartado, se dedica un epígrafe a redactar las propuestas planteadas por los participantes de la evaluación. Estas propuestas se articularán en torno a áreas específicas de tal forma que se describan los ejes de actuación para los próximos años, sin entrar a detallar en los proyectos, las actuaciones, los responsables de su ejecución, el calendario y los presupuestos. Estos aspectos, imprescindibles en cualquier planificación, deberán abordarse una vez se haya presentado este informe.

1.2. Metodología de la investigación

En el mes de septiembre de 2012 el Ayuntamiento de Zaragoza firmó un acuerdo de colaboración con la Universidad de Zaragoza para la realización del proyecto de investigación "Evaluación del impacto del Plan Integral Casco Histórico". En este convenio un equipo de investigación de la Universidad asumía la tarea de evaluar dicho Plan. El equipo estaba integrado por ocho docentes investigadores de diversas áreas (sociólogos, economistas, trabajadores sociales, geógrafos y urbanistas).

La evaluación del PICH incluye la aplicación de una serie de técnicas de recogida de información primaria y secundaria que agrupa a las poblaciones e intervenciones desarrolladas por el PICH durante los últimos siete años. Además de la evaluación, se analiza:

1. El diagnóstico de la situación actual del barrio identificando problemáticas persistentes o nuevas situaciones que requieran intervención de las políticas públicas.

2. Las líneas estratégicas y las propuestas de actuaciones para realizar en los próximos años.

Para evaluar, diagnosticar y proponer es fundamental contar con la opinión de los partícipes en la vida del Casco Histórico. La planificación social no puede denominarse como tal sin la participación de los agentes locales. Estos son muchos y diversos, por lo que el equipo de investigación diseñó diferentes técnicas que se han adaptado a sus particularidades y que han permitido obtener, gestionar y sistematizar, la información proporcionada. En la siguiente tabla se resume las fuentes de información, las técnicas empleadas para su obtención y los criterios para la selección de los participantes.

Tabla 1.1. Fuentes de información primaria, técnicas de recogida de datos y criterios de selección de los participantes

Fuente de información primaria	Técnica recogida información	Selección participantes
Organizaciones sociales	Entrevistas estructuradas	47 entidades sociales del barrio
Expertos, profesionales y grupos políticos	Panel de expertos y entrevistas grupales	Un colegio profesional, tres expertos, cuatro formaciones políticas…
Ciudadanía no organizada	Grupo de discusión y entrevistas semiestructuradas	Un grupo de "usuarios" no residentes y siete entrevistas a vecinos
Niños y adolescentes	Técnicas de Ludopedagogía	830 adolescentes de dos institutos y 340 niños de tres colegios
Servicios municipales	- Encuestas de ejecución de actuaciones - Fichas de evaluación de la calidad de las actuaciones	10 servicios municipales

La sociedad civil organizada

El equipo de trabajo comenzó la tarea a principios del mes de octubre de 2012 y en las tres primeras semanas se realizaron los trabajos de preparación: (i).Definición de los temas clave a explorar, (ii). Diseño del modelo de entrevista (ver anexo 1), (iii). Planificación del trabajo de campo y coordinación de las entrevistas. (iv). Selección y localización de entidades. (v). Contraste del listado de entidades preseleccionadas con diferentes agentes conocedores del barrio.

Para la elaboración del listado de entidades participantes, se tomó como punto de partida el censo de asociaciones vinculadas a la junta de distrito Casco Histórico, obtenidas desde la página web del Ayuntamiento de Zaragoza en el que se encuentran registradas 330 entidades aunque, en algunos casos, aparecen varios registros para la misma asociación.

Conocedores de que no todas ellas se encuentran activas se realizó una preselección que posteriormente se contrastó con diversas personas conocedoras del barrio y con la propia Oficina del PICH.

Los criterios y pasos dados para la selección han sido los siguientes:

Realización de actividades asociativas de vertebración ciudadana como plataforma de representación ante el ayuntamiento en el territorio PICH:

> Lo que lleva a incluir a todas las Asociaciones Vecinales y las Asociaciones de Comerciantes.
> Y a descartar las entidades deportivas, las peñas y las asociaciones culturales ubicadas en el distrito por centralidad geográfica más que por vinculación al barrio.

Se estimó la inclusión de algunas entidades, pese a que no tienen un planteamiento de intervención específico en el barrio, por considerarlas representativas de un determinado colectivo implicado en el PICH.

Se ha elaborado un listado inicial de 47 entidades que finalmente ha derivado en 36 entrevistas realizadas, grabadas y transcritas.

Estas entidades han sido una de las fuentes de información más valiosas del estudio. El grupo de investigación ha contado con la colaboración desinteresada de las personas que están implicadas en estas entidades, quienes han dedicado una buena dosis de tiempo y de atención a la hora de atender las llamadas del equipo investigador y de recibir a los investigadores e investigadoras que realizaron las visitas in situ.

Tabla 1.2. Trabajo de campo con organizaciones sociales

Entrevistas planificadas	47
Contactadas que no respondieron	11
Entrevistas realizadas	36

Tabla 4. Entidades participantes en el trabajo de campo

1.	AA.VV. LANUZA CASCO VIEJO
2.	AA.VV. CONDE ARANDA
3.	AA.VV. ZARAGOZA ANTIGUA
4.	AA.VV. CALLE Y LIBERTAD
5.	AA.VV. TIO JORGE
6.	AA.VV. DEL CASCO HISTÓRICO VIA ROMANA
7.	AA.VV. PARQUE BRUIL-SAN AGUSTÍN DEL SECTOR MAGDALENA-TENERÍAS
8.	ASOCIACION DE COMERCIANTES COND E ARANDA
9.	ASOCIACION DE COMERCIANTES CASCO ANTIGUO SECTOR MERCADO
10.	ASOCIACION DE COMERCIANTES ENTORNO DON JAIME
11.	ASOCIACION EMPRESARIOS DEL SECTOR TUBO
12.	FUNDACIÓN FEDERICO OZANAM
13.	CÁRITAS ZARAGOZA
14.	FUNDACIÓN REY ARDID
15.	ASOCIACIÓN AMASOL
16.	COMITÉ CIUDADANO ANTISIDA
17.	CENTRO DE SOLIDARIDAD DE ZARAGOZA
18.	FUNDACIÓN SAN VALERO "CENTRO SOCIO LABORAL CASCO VIEJO"
19.	FUNDACIÓN LA CARIDAD
20.	PARROQUIA SAN PABLO
21.	ASOCIACIÓN AMEDIAR
22.	ASOCIACION DEPORTIVA EL GANCHO
23.	PARROQUIA EL CARMEN
24.	ASOCIACIÓN SOCIOEDUCATIVA GUSANTINA
25.	CRUZ ROJA ZARAGOZA
26.	FUNDACION SECRETARIADO GENERAL GITANO ZARGOZA
27.	SOS RACISMO ARAGON
28.	ASOCIACIÓN AMA-SALAM ZRAGOZA
29.	FUNDACION DISMINUIDOS FISICOS DE ARAGON
30.	LSALA GALERÍA DE ARTE
31.	ALBERGUE JUVENIL LA POSADA DEL COMENDADOR
32.	FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE BARRIOS DE ZARAGOZA
33.	PARROQUIA EL PORTILLO "SERVICIO DUCHAS Y LAVADORAS"
34.	FUNDACION NORTE
35.	ASOCIACIÓN ATARRAYA
36.	FUNDACIÓN OSCUS

Los niños y los adolescentes también han hablado

En el estudio se ha tenido en cuenta la voz de niños y adolescentes. En este apartado, se ha contado con la colaboración de dos entidades que venían trabajando en la participación infantil en el barrio. La primera de ellas es la Asociación La Sabina que ha dinamizado actividades de ludopedagogía sobre el Casco Histórico en tres colegios públicos (Santo Domingo, Tenerías y Cándido Domingo). La segunda entidad es la Escuela Vecinal de la Federación de Asociaciones de Barrio de Zaragoza que ha venido trabajando en dos institutos (Ramón y Cajal y Pedro de Luna).

Los alumnos que participaron en esta dinámica fueron de primero a cuarto de la ESO de ambos institutos y los alumnos de 1° de Bachillerato del Pedro de Luna, por lo tanto, adolescentes de 12 a 16 años. En total participaron 830 adolescentes.
El número de respuestas tras analizar los datos de la dinámica ludopedagógica fueron 3342. Estas se dividen en 4 grandes grupos: qué opinan los adolescentes del barrio sobre qué es lo mejor del barrio, lo peor y lo que falta, así como también cómo sería su barrio soñado.
La dinámica utilizada con los chicos y chicas de los Institutos Pedro de Luna y Ramón y Cajal de Zaragoza para conocer su opinión y diagnóstico del barrio no fue una "encuesta al uso". Se empleó la metodología LAC (lúdico-activo/participativo-creativa) inspirada en la ludopedagogía.

Se apoya en un referente teórico comprometido con los derechos humanos y permite que los sujetos sociales se reconozcan afectiva y racionalmente desde sus identidades y necesidades, desde el poder del placer y de la alegría. Aunque ha sido concebida para trabajar con personas adultas, la característica lúdica ha hecho que sea de gran aceptación por los niños y niñas, adolescentes y jóvenes, con las respectivas adecuaciones.
La metodología LAC consta de tres momentos:

Momento de la acción lúdica expresiva. Se sugieren juegos y actividades que permiten que los adolescentes expresen libremente sus opiniones, sueños, sugerencias, etc.
Momento de la reflexión dialógica activa. Se invita a reflexionar desde el diálogo sobre lo que se ha vivido y expresado en el primer momento. Se generan nuevas preguntas y nuevas respuestas de unos a otros.
Momento de la generación de propuestas. Se invita a buscar soluciones, a encontrarlas en el propio sistema, en los menores sus capacidades, en sus familias, para ir luego identificando respuestas en la sociedad.
En el caso concreto que concierne al estudio, se realizó la siguiente dinámica para conocer la opinión de los chicos y chicas de estos institutos del Casco Histórico. En cada mesa de cada alumno, se entregaron tres "tarjetas" o papeletas en blanco. En una tarjeta tenían que escribir "lo mejor del barrio", en otra "lo peor del barrio" y en otra







"lo que falta en el barrio" pero tenían que escribirlo de tal manera que solo ellos supieran qué es lo mejor y qué es lo peor, escrito en genérico, no se podía escribir "lo peor del barrio es…".

Una vez realizada esta tarea, se colocaban tres papelógrafos en la pared, en los que posteriormente irían las papeletas con "lo mejor", "lo peor" y "lo que falta".

La decisión de si una papeleta iba a lo mejor, a lo peor, o a lo que falta se decidía en grupo por mayoría simple. Por lo tanto, si una papeleta que en principio era lo peor para un alumno, después podía ser considerada por el grupo como lo mejor o como lo que falta en el barrio. Así pues, los alumnos fueron colocando todas las tarjetas en función de lo que decidía la mayoría, hasta que todas las papeletas estuvieron clasificadas.

Después, realizaron otra tarea: decidir en grupo cómo sería su barrio soñado. Para esto, y en función de lo que salió en los papelógrafos, los chicos y chicas de los institutos escribieron las características (lugares, personas, actitudes, estructuras, etc.) que tendría su barrio soñado.

Para la metodología de análisis se realizó una categorización y contabilización por número de respuestas conseguidas. Las respuestas individuales se consideraron categorías individuales, para después contabilizarlas dentro de unas macro-categorías que serían más generales, aunque sin perder el detalle de cada categoría.

Entrevistas y grupos de discusión ciudadanía no organizada

Como se explicitará en el apartado correspondiente, el PICH es conocido fundamentalmente por las personas que se mueven y participan en organizaciones sociales, sobre todo aquellas que están en el "territorio PICH" y en el campo de la acción social. Para el resto de la ciudadanía ha pasado desapercibido.

Se ha realizado un grupo de discusión con vecinos no residentes (ciudadanos que transitan por el casco pero que no tienen fijado su domicilio). Además, se han llevado a cabo siete entrevistas semiestructuradas, a cinco mujeres de edades entre 35 y 65 años. Dos varones, uno de 41 y otro de 61 años. Todos viven o han vivido en el espacio comprendido por el PICH, tanto en la Magdalena como en El Gancho Junto a esto se ha contado con la observación participante del territorio y de las zonas incluidas en el PICH y distintos encuentros informales, tanto con los vecinos como con comerciantes.



Encuestas de los Servicios Municipales

El trabajo adelantado por el equipo de investigación en el diseño de un cuestionario en el mes de febrero (ver anexo 2), y la distribución y cumplimentación de los mismos (coordinada por la Oficina del PICH) durante los meses de marzo y julio, ha permitido contar con la opinión de los servicios municipales que gestionaron actuaciones del Plan en los últimos años.

Se ha concluido el análisis de las encuestas de evaluación de la gestión de acuerdo a los siguientes criterios:

Calidad de la actuación ejecutada
Eficacia de la acción
Eficiencia en relación con los recursos económicos y medios empleados
Adecuación a los objetivos del PICH

Tabla 1.4. Cuestionarios cumplimentados por los servicios municipales

SERVICIO MUNICIPAL	Nº CUESTIONARIOS
Infraestructuras	3
Equipamientos	14
Administración de suelos	4
IMEFEZ	2
Vivienda	10
Participación ciudadana	6
Servicios sociales	5
Patronato de turismo	6
Patrimonio cultural	9
Oficina PICH	18
TOTAL DE CUESTIONARIOS	77

Expertos, colegios profesionales y grupos políticos

El equipo de trabajo ha empezado a principios del mes de noviembre. Hasta ahora se ha tenido una entrevista grupal con 10 miembros de la Comisión de Urbanismo de la Demarcación de Zaragoza del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón. Se contactó con todos los grupos políticos municipales, tanto por correo electrónico como por teléfono. El contacto se planteaba inicialmente con las personas que asumen la representación en el Consejo Sectorial de Seguimiento del PICH. La respuesta ha sido desigual. En el caso de Chunta Aragonesista, la respuesta de su representante permitió la realización de una entrevista en profundidad. En el caso de Izquierda Unida, la comunicación también ha sido fluida a través del concejal responsable de la Oficina del PICH. Con el PSOE y el PP las personas contactadas por los medios señalados, no respondieron a la solicitud de entrevistas. Sólo después, de manera informal, se han mantenido distintas conversaciones para recoger estos puntos de vista.



2. CARACTERIZACIÓN DEL BARRIO Y VULNERABILIDAD URBANA

2. CARACTERIZACIÓN DEL BARRIO Y VULNERABILIDAD URBANA

La caracterización de un barrio no es una cuestión sencilla si el objetivo se aleja de una mera descripción de la estructura demográfica. Esta complejidad se ve acompañada por la dificultad relativa al análisis dinámico o comparado en dos instantes de tiempo puesto que la disponibilidad de alguna de la información estadística difiere notablemente.

A pesar de todo, es posible decir algo del Casco Histórico. La cuestión de si los cambios se han debido o no al Plan Estratégico es algo que queda fuera de este apartado, y dada su naturaleza, su evaluación con técnicas cualitativas se tratará en el siguiente capítulo.

No obstante, una aproximación cuantitativa permite establecer el marco en el que se desarrolla el PICH, y puede aportar información relevante sobre su impacto, o al menos establecer un marco medible en términos de valores que ayude a la interpretación de las opiniones de los agentes activos del barrio, especialmente en lo que se ha denominado vulnerabilidad urbana.

La vulnerabilidad urbana puede definirse como el *"proceso de malestar en las ciudades producido por la combinación de múltiples dimensiones de desventaja, en el que toda esperanza de movilidad social ascendente y de superación de la exclusión es difícil de alcanzar"* (Hernandez Aja, 2007: 8).

Son varios los elementos que deben analizarse desde esta perspectiva y, como se ha comentado con anterioridad, no toda la información está disponible. Por ese motivo este apartado debe interpretarse como una aproximación, y en todo caso puede servir de referencia para el diseño del próximo Plan Integral.

Esta aproximación multidimensional debe tener en cuenta los siguientes aspectos. En primer lugar se presentarán algunas medidas relativas a aspectos socio-demográficos, puesto que la estructura poblacional determina en gran medida el escenario base. En segundo lugar se comentarán aspectos socio-económicos. En este caso la cuestión de la educación, y por consiguiente la situación de los colegios del barrio en términos de segregación ocupará un lugar relevante. También se analizará la evolución de las empresas localizadas en el barrio, con la intención de elaborar un mapa de la actividad productiva. Para terminar se analizarán los usuarios y las ayudas de los Servicios Sociales. En este caso no ha sido posible realizar un análisis de la estructura de las viviendas del barrio puesto que el Censo de Viviendas del 2011 aún no ha sido publicado. La sincronización de los planes con datos estadísticos como los anteriores sería de gran utilidad para comprobar cómo va cambiando el barrio en algunos aspectos. Para terminar se presentarán indicadores de vulnerabilidad subjetiva, que complementa a los anteriores, analizando factores como el ruido y a la actividad asociativa del barrio.



2.1. Vulnerabilidad socio-demográfica: La población

Un primer elemento a considerar es la evolución de la población a la que se dirige el Plan Integral. Sin lugar a dudas la estructura de dicha población y la evolución de la misma en los últimos años son elementos esenciales a la hora de diseñar y evaluar las acciones llevadas a cabo.

El punto de partida de un análisis demográfico de un barrio es el tamaño, especialmente su evolución en términos relativos al resto de la ciudad, puesto que este determina su importancia cuantitativa inicial que debe completarse, como se hace posteriormente, con un estudio de la composición de dicha población que servirá para determinar los grupos que han ganado representatividad, y por lo tanto la necesidad o no de implementar actuaciones para estos grupos.

Como se comprueba en el cuadro 2.1, la importancia del barrio en términos poblacionales presenta dos periodos claramente diferenciados. De esta manera hasta el año 2009 presenta un comportamiento creciente, tendencia que cambia, por lo que se puede concluir que la crisis está afectando más intensamente a este distrito desde el punto de vista poblacional. Este dato se corrobora si se analiza la tasa de variación de la población residente. En todo caso, la movilidad observada en los últimos años indica que el Caso Histórico presenta una mayor variabilidad o sensibilidad en términos de atracción o expulsión de la población asociada a la situación económica general del país.



Cuadro 2.1. Evolución de la población de la ciudad y el distrito, 2007-2012

		Crecimiento			Ratio masculinidad		
año	Tamaño relativo	Zaragoza	Casco	Diferencia	Zaragoza	Casco	Diferencia
2007	6,71%				0,9443	0,9413	-0,0030
2008	6,75%	2,286%	2,898%	0,612%	0,9511	0,9522	0,0010
2009	6,78%	1,583%	2,011%	0,427%	0,9542	0,9592	0,0050
2010	6,71%	0,515%	-0,436%	-0,951%	0,9518	0,9497	-0,0021
2011	6,72%	0,220%	0,272%	0,052%	0,9462	0,9418	-0,0044
2012	6,68%	0,530%	0,036%	-0,494%	0,9421	0,9418	-0,0003

Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (Ayuntamiento de Zaragoza)

Esta evolución no ha sido homogénea si se consideran distintos grupos o segmentaciones de la población. En cuanto al sexo, cuadro 2.2, parece claro que la pérdida de importancia relativa del barrio se debe a la caída de la población masculina en 2010 y 2012 y su reducido aumento en 2012. En todo caso, destaca que la población femenina no ha dejado de aumentar en el barrio, aunque la intensidad del fenómeno se ha reducido de manera importante en los tres últimos años considerados. En consecuencia parece evidente que la población masculina en términos de movilidad es más volátil, puesto que en 2008 y 2009 presenta incrementos más elevados que la femenina. Este resultado es relevante desde el punto de vista del diseño de políticas o actuaciones, puesto que si la idea es de implementar o buscar efectos permanentes en el barrio lo aconsejable sería dirigir dichas actuaciones hacia las mujeres.

Cuadro 2.2. Crecimiento de la población por sexo

	Masculino			Femenino		
año	Zaragoza	Casco	Diferencia	Zaragoza	Casco	Diferencia
2008	2,667%	3,507%	0,840%	1,927%	2,325%	0,398%
2009	1,751%	2,395%	0,644%	1,424%	1,645%	0,221%
2010	0,384%	-0,943%	-1,328%	0,640%	0,050%	-0,590%
2011	-0,084%	-0,158%	-0,074%	0,508%	0,679%	0,171%
2012	0,309%	0,040%	-0,269%	0,740%	0,033%	-0,706%

Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (Ayuntamiento de Zaragoza)

En la evolución o cifras demográficas no solo importa el total sino la composición. Con este detalle en el cuadro 2.3 se presentan las tasas de dependencia y de envejecimiento del Casco Histórico comparadas con las correspondientes al total de la ciudad. Un primer dato relevante es que en el barrio la tasa de dependencia disminuye, al contrario de lo que sucede en Zaragoza. En consecuencia, aunque este indicador sigue siendo superior en el barrio, se han alcanzado prácticamente los valores globales. Este resultado se corrobora con la tasa de envejecimiento, puesto que en el barrio la evolución es la contraria a la observada en el total de la ciudad. En consecuencia el Casco Histórico es uno de los pocos sectores de la ciudad de Zaragoza en el que la población de más edad está perdiendo protagonismo en términos de importancia relativa, lo que indica la importancia de actuaciones destinadas a los tramos de población de menor edad.

Cuadro 2.3 Tasa de dependencia y de envejecimiento[2]

	Tasa de dependencia			Tasa de envejecimiento		
año	Zaragoza	Casco	Diferencia	Zaragoza	Casco	Diferencia
2004	44,6	49	4,4	17,8	22,4	4,6
2005	44,2	48,4	4,2	17,6	21,8	4,2
2006	44,4	47,6	3,2	17,6	21,5	3,9
2007	44,5	47,2	2,7	17,5	21,2	3,7
2008	44,4	46,5	2,1	17,3	20,5	3,2
2009	45,3	47,2	1,9	18,4	21,1	2,7
2010	46,4	47,8	1,4	18,7	21,1	2,4
2011	47	48	1	18	20,2	2,2
2012	47,8	48,1	0,3	18,3	20,1	1,8

Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (Ayuntamiento de Zaragoza)

[2] *La tasa de dependencia es la población mayor de 65 años más la menor de 16 dividida por la población entre 16 y 65 años. La tasa de envejecimiento es el cociente entre la población mayor de 65 años y la menor de 19 años.*

Aunque la tasa de dependencia o de envejecimiento muestra datos interesantes es posible cualificar de manera más precisa su evolución con las tasas de envejecimiento y de maternidad, cuadro 2.4. En cuanto a la tasa de sobre-envejecimiento destaca el aumento en el Casco Histórico, lo que significa que aunque la población de más de 65 años va perdiendo importancia, se está produciendo un incremento de la importancia dentro de este segmento de los mayores de 85 años. Es decir, hay menos personas mayores pero son de mayor edad, lo que determina la existencias de unas necesidades asistenciales específicas para este segmento de población dadas sus características ***(ver mapas anexos)***.

Cuadro 2.4. Tasa de sobre sobreenvejecimiento y de maternidad[3]

	Tasa de sobreenvejecimiento			Tasa de Maternidad		
año	Zaragoza	Casco	Diferencia	Zaragoza	Casco	Diferencia
2004	11,3	13,5	2,2	17,5	16,9	-0,6
2005	11,7	14,2	2,5	18	18	0
2006	12,1	14,3	2,2	18,3	17,8	-0,5
2007	12,7	14,9	2,2	18,8	17,6	-1,2
2008	13,3	15,7	2,4	19,3	18,9	-0,4
2009	15,7	18,4	2,7	16,3	16	-0,3
2010	16	19	3	16,6	16,4	-0,2
2011	14,8	17,6	2,8	20,7	20,1	-0,6
2012	15,1	18	2,9	20,7	19,9	-0,8

Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (Ayuntamiento de Zaragoza)

En cuanto a la población de menor edad, la evolución de la tasa de maternidad indica que en el barrio los nacimientos son menos comunes que en el resto de la ciudad, por lo que se detecta que el incremento de la importancia de la población de esta edad se debe a la llegada de otros lugares. Esto incide en la escolarización, puesto que supone, en muchos casos, el inicio de la educación reglada sin el conocimiento adecuado del idioma en el que se imparte.

En el apartado siguiente se presentan algunos datos demográficos del Casco Histórico de manera agregada y también por sectores aproximados a la definición que se dio en el Plan Integral. La aproximación tiene su origen en la fuente de datos utilizada como se comenta en el texto.

[3]*La tasa de sobre-envejecimiento se calcula como el cociente entre la población mayor de 85 años y la de más de 65 años.*

Algunos aspectos poblacionales del Casco Histórico definido en el Plan

Para analizar la evolución de la población del CH[4] se ha delimitado la zona a estudiar en las ocho subzonas que aparecen en el Mapa 2.1.

Los límites de la Zona A: coinciden al norte con la ribera del Ebro, al este con el límite de la ciudad romana. Engloba, por el sur el resto del asentamiento del Soto Real, separado a principios de siglo por la apertura de la calle Conde de Aranda, y hacia el oeste alcanza la delimitación del Conjunto Histórico (BIC).

La Zona B: comprende el espacio de la originaria fundación romana y el entorno de la iglesia de la Magdalena.

Zona C: Desde el este del casco romano hasta los límites que conformaron la construcción de la muralla medieval en las proximidades del Huerva, por el sur se delimita con Cantín y Gamboa.

Zona D: Desde Cantín y Gamboa, la muralla medieval, la salida natural hacia el Bajo Aragón y la plaza de San Miguel.

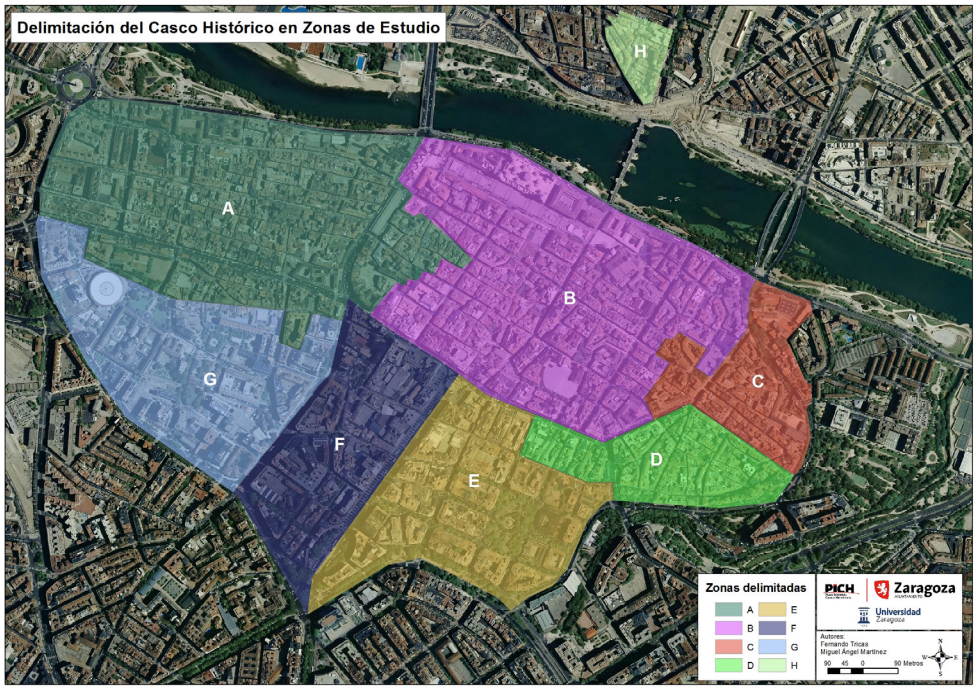
Zona E: De los impares del paseo de la Independencia y limitado por la Ronda sur sobre los antiguos asentamientos conventuales de Santa Catalina y Santa Engracia.

Zona F: De los pares del paseo de la Independencia y avenida de César Augusto.

Zona G: Recoge los espacios originarios del antiguo Campo del Toro, y extiende sus límites desde los restos del asentamiento medieval del Soto Real hasta la Ronda oeste.

Zona H: Recoge la zona del viejo Rabal comprendida entre las calles Sobrarbe, Sixto Celorrio y Germana de Foix.

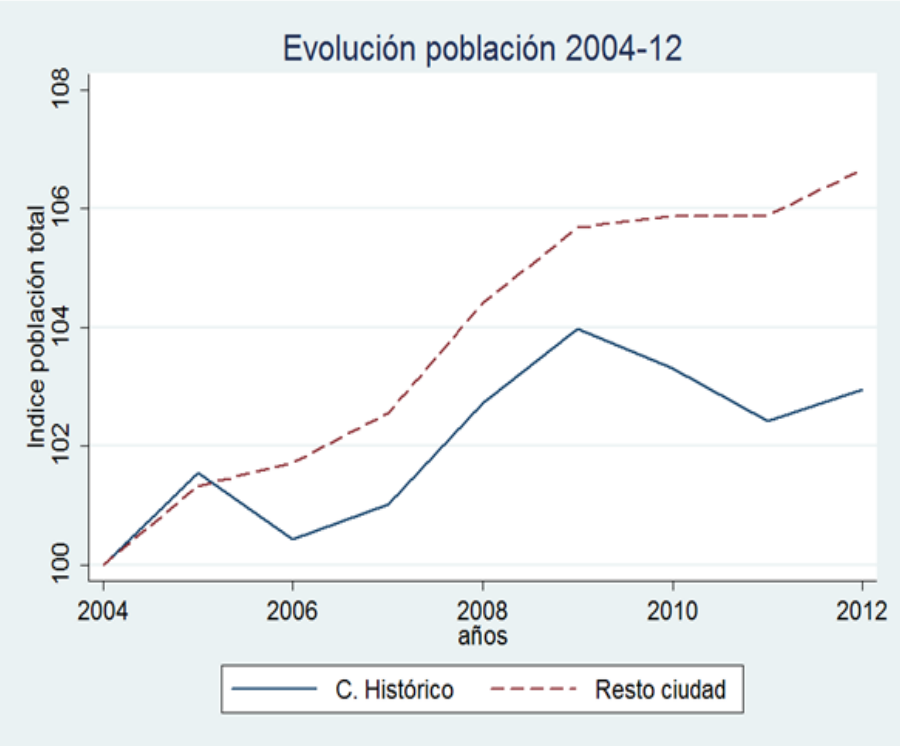
Mapa 2.1. División del distrito Casco Histórico por subzonas "homogéneas"



La evolución de la población del CH en los últimos ocho años presenta un perfil paralelo a la del resto de la ciudad, tal y como muestra el gráfico 2.1 en términos de números índices que permite calibrar la variación de dicha población. Este perfil es, en su conjunto, creciente como se ha comentado con anterioridad, aunque con dos excepciones. Las ralentizaciones del crecimiento que experimenta el resto de la ciudad en el año 2005 y entre 2009 y 2011 se traducen en el CH en una caída de la población que conducen, en ambos casos, a una pérdida del peso relativo del Casco en el conjunto de la ciudad.

[4]A los efectos de esta sección se considera Casco Histórico el agregado de las siguientes zonas: Zona A (1.15, 1.17, 1.20, 2.21, 1.23, 1.24, 1.25, 1.26, 1.27, 1.30, 1.34). Zona B (1.01, 1.02, 1.03, 1.09, 1.12, 1.36, 1.38, 1.39). Zona C (1.06, 1.08). Zona D (1.40, 1.41, 1.43, 2.03). Zona E (2.02, 2.04, 2.05, 2.26), Zona F (2.01, 2.06), Zona G(1.30, 1.31, 1.32), Zona H(10.03, 10.05, 10.06), donde los números identifican las secciones censales del Instituto Nacional de Estadística. El conjunto de datos proviene de la web del INE.

Gráfico 2.1. Evolución de la población en números índices (2004=100)



Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

Tradicionalmente se ha caracterizado a la población del CH como una población más envejecida que la del resto de la ciudad ***(ver mapas anexos)***. Un resumen sintético del grado de envejecimiento lo proporciona la edad promedio que se ha calculado usando las marcas de clase para cada uno de los intervalos de edad[5] quinquenales en que el INE clasifica a la población. El resumen de dicha información se encuentra en el cuadro 2.5., del que se deriva que, en el año 2012, los residentes en el Casco Histórico tienen, en promedio, casi dos años más que los del resto de la ciudad. Pero el cuadro informa también que esa diferencia era de 2'9 años en el 2004 y, por tanto, se ha producido un proceso de convergencia en las edades promedio. Concretamente, la del resto de la ciudad ha aumentado lenta pero de modo persistente, mientras que la del Casco Histórico ha experimentado un leve crecimiento en el conjunto del periodo, con ligeras disminuciones entre 2006 y 2009. Se aprecia también una variación en la evolución de la edad promedio según sexo. La diferencia entre la edad promedio de hombres y mujeres era en 2004 de alrededor de 3'1 para el resto de la ciudad, mientras que superaba los cinco puntos en el CH. Esa diferencia en las edades promedios se ha mantenido en el resto de la ciudad mientras que se ha reducido en el Casco Histórico, donde la edad promedio de la mujer ha disminuido ligeramente.

[5] *Y los 87 años para la población mayor de 85 (lo que sesga el promedio a la baja)*

Cuadro 2.5 Edad promedio de la población en Zaragoza y CH

	Resto Ciudad			Casco Histórico			Ciudad		
	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer	Todos
2004	39,31	42,39	40,90	41,06	46,25	43,78	39,44	42,68	41,11
2005	39,38	42,48	40,98	40,98	46,07	43,65	39,50	42,76	41,18
2006	39,60	42,69	41,19	41,22	46,31	43,89	39,72	42,96	41,39
2007	39,69	42,79	41,28	41,25	46,29	43,88	39,80	43,05	41,48
2008	39,66	42,81	41,28	40,96	46,02	43,59	39,75	43,05	41,45
2009	39,72	42,92	41,36	40,86	45,89	43,47	39,80	43,15	41,52
2010	39,94	43,14	41,58	41,10	45,87	43,59	40,03	43,34	41,73
2011	40,24	43,40	41,86	41,41	46,12	43,87	40,32	43,60	42,01
2012	40,45	43,60	42,07	41,62	46,17	44,00	40,54	43,79	42,21

Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

El cambio observado en la evolución de la población agregada tiene su reflejo en una evolución dispar de la población por grupos de edad y por zonas. La siguiente tabla muestra la población comprendida en cada una de las zonas consideradas y su evolución entre el año 2004 y 2012. Como se puede apreciar en las cifras poblacionales, mientras que en la ciudad en conjunto la población ha aumentado en un 6,7% durante ese periodo, en algunas zonas concretas del Casco Histórico se aprecian descensos notables, principalmente en la zona sur del PICH, áreas E, F y G, sin embargo, en otras áreas como el barrio de San Pablo (zona A) o la Magdalena y Tenerías (zona C), la población ha crecido notablemente, por encima del 9%.



Cuadro 2.6. Evolución de la población por zonas

ZONA	2004	2012	Variación % 04-12
A	16635	18202	9,4%
B	10066	10117	0,5%
C	2485	2732	9,9%
D	4966	5029	1,3%
E	4185	3975	-5,0%
F	3067	2756	-10,1%
G	2737	2694	-1,6%
H	3907	3966	1,5%
CH	48048	49471	2,96%
RC	590751	630153	6,7%

Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

Los gráficos y tablas del anexo presentan, para cada grupo de edad, la evolución de la población perteneciente a dicho grupo a lo largo de los últimos ocho años. Se pueden distinguir dos pautas de comportamiento distintas: una de tendencia creciente y otra con un perfil decreciente. Con perfil descendente aparecen los tres grupos de población joven cuyas edades se encuentran entre los 15 y los 34 años y en los que el Casco y el resto de la ciudad tienen un comportamiento muy similar salvo en el de los 30-34 años en donde la población del Casco Histórico disminuye más acusadamente. En el resto de los grupos de edad los perfiles son crecientes, aunque los comportamientos del casco y del resto de la ciudad presentan rasgos distintivos. La población infantil ha experimentado un crecimiento más rápido en el casco, especialmente en el segmento entre los 5 y los 9 años. También ha crecido más que en el resto de la ciudad la población madura entre 35 y 49 años. Mientras que para los grupos de edad superiores a los 50 años, la población del resto de la ciudad ha crecido más que la del Casco Histórico[6].

En resumen, se está produciendo un rejuvenecimiento relativo del CH en relación con el resto de la ciudad, debido al doble efecto del mayor aumento de la población en edad escolar y el menor crecimiento de la población anciana.

Las diferencias entre los promedios de edad del Casco Histórico y del resto de la ciudad, se acentúan más cuando se consideran las diferentes zonas que integran el área de estudio. El cuadro 2.7 presenta la edad promedio de cada una de ellas referida a los años 2004 y 2012.

Cuadro 2.7. Edades promedio por zonas del Casco Histórico

	2004			2012		
zona	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer	Todos
A	40,47	44,86	42,66	40,67	44,43	42,54
B	41,82	47,98	45,18	42,41	47,65	45,24
C	39,48	44,85	42,23	39,03	42,70	40,94
D	40,51	46,41	43,68	41,40	46,03	43,90
E	42,62	48,13	45,62	43,52	48,94	46,47
F	41,88	47,25	44,87	44,14	49,12	46,97
G	42,30	47,92	45,36	43,33	49,99	47,01
H	40,48	43,65	42,08	41,90	44,51	43,23

Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

[6] *El gráfico correspondiente al grupo de edad entre 70 y 74 años presenta un perfil discordante con el resto que guarda relación con la reducción de la población tras la guerra civil.*

En el año 2004, parece haber dos grandes grupos. Uno con edad promedio alrededor de los 45 años y otro entre 42 y 43 años. Este último integra a las áreas de San Pablo, la Magdalena y El Rabal. En el tránsito al 2012 se produce un envejecimiento en las zonas E, F, G y H rejuvenece el área C y se mantienen aproximadamente constantes en A, B y D.

Cuadro 2.8 Número de hombres por cada 100 mujeres

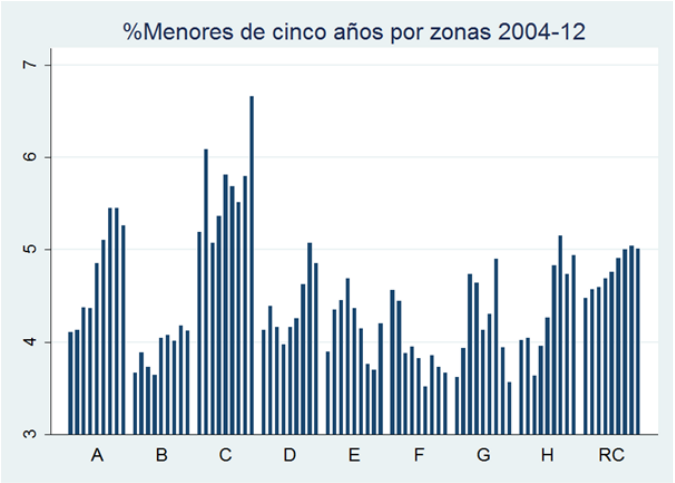
Zona	2004	2012
A	100,1	101,1
B	83,1	85,2
C	95,5	92,8
D	86,3	85,6
E	83,5	83,4
F	79,4	75,7
G	83,7	80,9
H	97,9	96,1
casco	90,6	91,1
Resto Ciudad	93,9	93,9

Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

El número de mujeres supera al de hombres en el resto de la ciudad y esta situación se ha mantenido estable entre 2004 y 2012. En el Casco la feminización era menos acentuada en el 2004 y se ha acercado un poco al conjunto urbano en el transcurso de los últimos ocho años. Sin embargo aparecen serias diferencias entre las distintas zonas. La escasez de hombres es especialmente intensa en la zona F. Sin embargo, la zona A tiene, contrariamente a lo que ocurre en el conjunto urbano, una mayor presencia masculina, que se ha acentuado con el paso de los años.

La población ha venido creciendo. La población menor de cinco años también, pero a un ritmo superior lo que se traduce en un crecimiento de su importancia relativa. Aunque con diferencia en su distribución por zonas. En el resto de la ciudad el aumento de su peso relativo ha sido continuo y suave hasta 2011. Los porcentajes más importantes, que superan al del resto de la ciudad, y el crecimiento más rápido se produce las zonas A y C, San Pablo y la Magdalena, respectivamente, con el porcentaje de menores de cinco años. El comportamiento opuesto aparece en los sectores E, G y especialmente en el F, en los que el porcentaje de menores al final de la muestra es inferior. En consecuencia esta población se está concentrando de manera clara en algunas de las zonas definidas en el Plan en detrimento de otras.

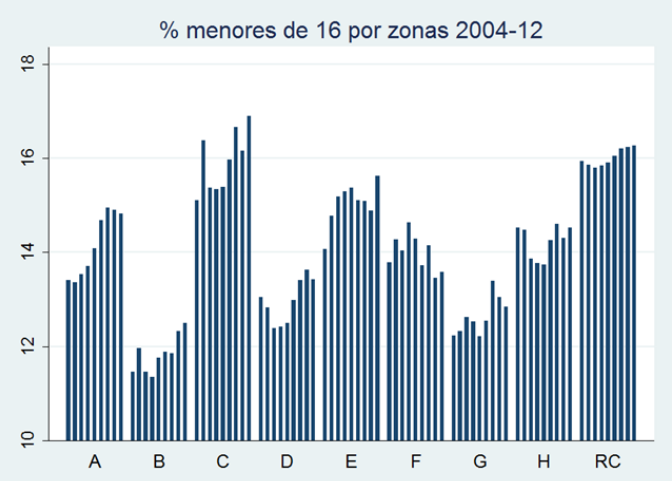
Gráfico 2.2. Evolución de la población menor de cinco años, 2004-2012



Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

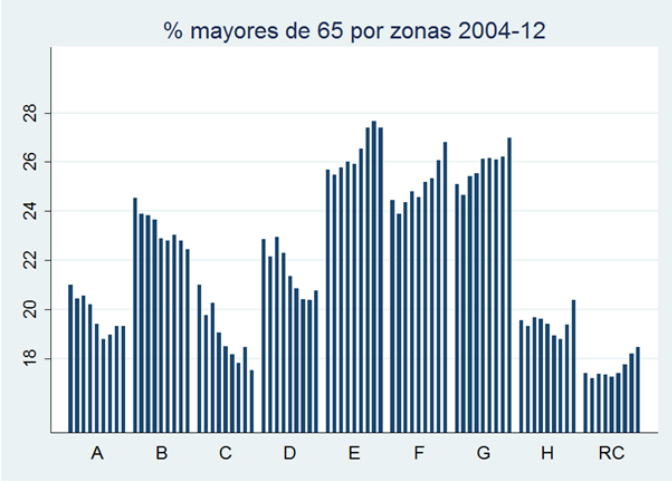
Si se toma un concepto más amplio en términos de población joven y se analiza la evolución de la población de menores de 16 años, tan sólo la zona C supera recientemente los porcentajes del resto de la ciudad. Sin embargo el crecimiento de la zona A ha sido muy fuerte en ese periodo. Destaca que solo la zona F presenta un perfil decreciente con lo que se trata de un espacio con una clara especificidad en estos términos.

Gráfico 2.3. Evolución de la población menor de 16 años: 2004-2012



Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

Gráfico 2.4. Evolución de la población mayor de 65 años, 2004-2012



Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

Sobre el porcentaje de mayores de 65 años el gráfico muestra a las claras que el porcentaje de población anciana de las diferentes zonas del Casco supera con creces al del resto de la ciudad. Especialmente en las zonas E, F y G. Pero también destaca la reducción acelerada de su importancia relativa en las áreas A-D. Como era esperable la evolución tiende a ser la inversa a la comentada en los gráficos anteriores.

El ratio de sobre-envejecimiento, es decir el porcentaje de mayores de 85 sobre el número de jubilados es creciente en el conjunto urbano.

El perfil que muestra el resto de la ciudad evidencia ese peso creciente. El gráfico permite concluir también que el conjunto del Casco Histórico tiene unos niveles de sobre envejecimiento superiores al del resto de la ciudad y que los incrementos de los últimos años parecen haber sido mayores, destacando especialmente la zona C. En todo caso se trata de una situación que está tomando relevancia en todo el CH sin que destaque ninguna zona en términos de evolución.

Mapa 2.2. Sobre envejecimiento en zonas delimitadas

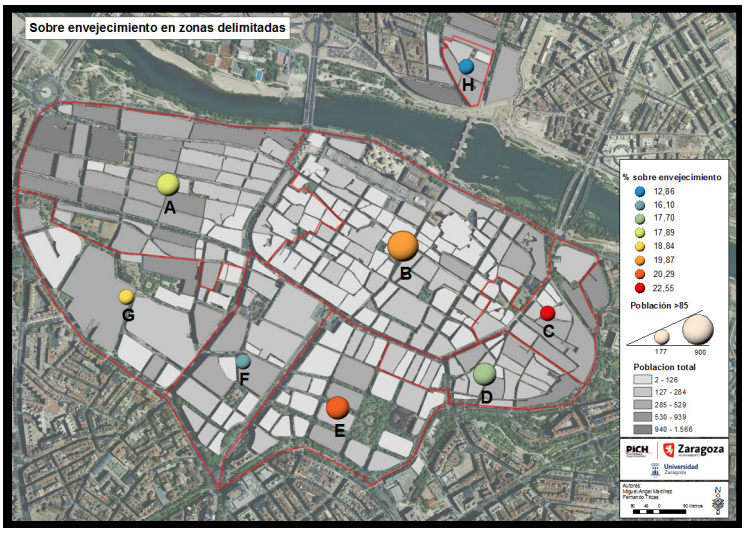
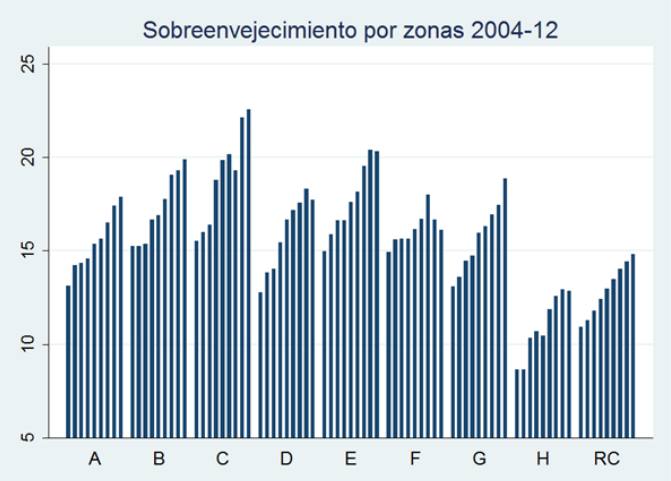
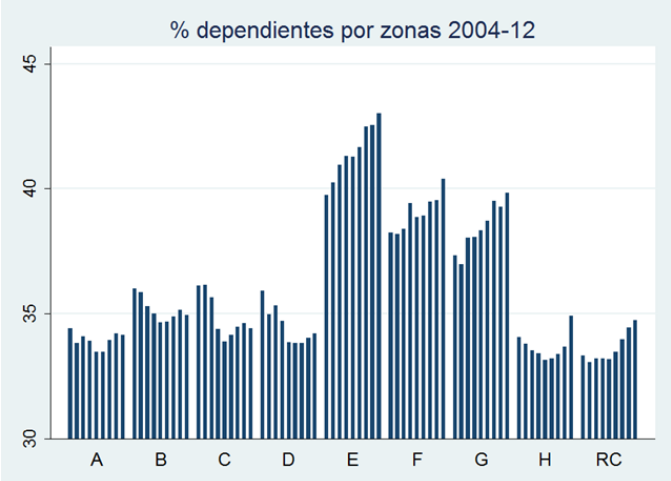


Gráfico 2.5. Evolución del ratio de sobreenvejecimiento, 2004-2012



Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

Gráfico 2.6. Evolución de la tasa de dependencia, 2004-2012

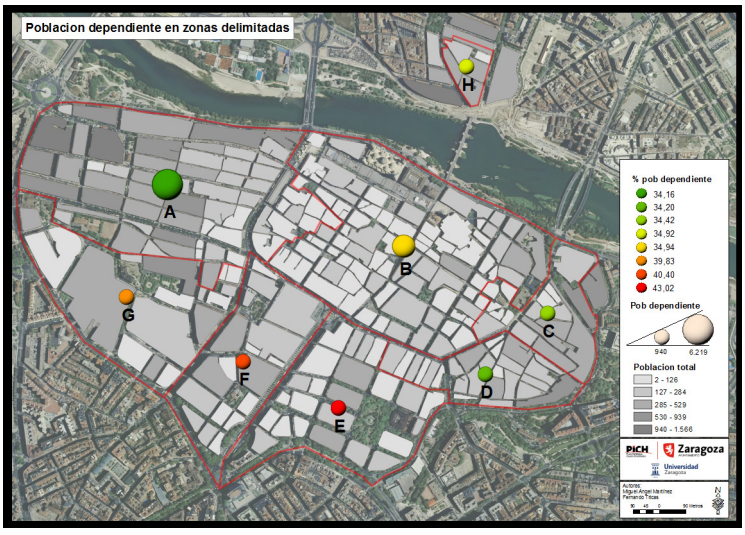


Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

El ratio de dependencia es creciente en el resto de la ciudad. Lo es tanto por el aumento de la población en edad escolar como por el crecimiento de los mayores de 65 años, acercándose al 35%. El gráfico 2.5 muestra tres zonas (E, F, G) con niveles de dependencia especialmente altos, asociados al crecimiento de la población anciana. Sin embargo, en B, C y D, la dependencia tiene un perfil decreciente y es que el crecimiento del porcentaje de menores de 15 años es más pequeño que la disminución de los mayores de 65. En la zona A, parecen compensarse ambos efectos, de modo que la tasa de dependencia, con altibajos, parece estable.

En el anexo 4 se presentan las pirámides poblacionales de cada una de las zonas que viene a corroborar lo comentado en este apartado.

Mapa 2.3. Población dependiente en zonas delimitadas



2.1.1. Inmigración y segregación en el Casco Histórico

Para terminar con los aspectos demográficos en este subapartado se presenta la evolución de la población inmigrante atendiendo especialmente al origen de la misma, lo que puede aportar información acerca de la concentración y de las características de dicha población en las zonas definidas en el Plan Integral.

La distribución de la población por las diferentes zonas del CH está lejos de ser aleatoria puesto que presenta una serie de regularidades que deben ser comentadas. Para ello se ha calculado el índice de disimilitud entre españoles y extranjeros y luego por pares para los diferentes continentes de origen[7], utilizando como unidad de información la sección censal. Este índice indica el porcentaje de un determinado grupo de población (por ejemplo inmigrantes) población que debería cambiar de zona de residencia para que la distribución coincidiese con la del otro grupo considerado (por ejemplo los nativos). Además se ha calculado el índice para diferentes años lo que permite ver la evolución dinámica del mismo.

Al considerar españoles frente a extranjeros, cuadro 2.9 se encuentra un indicador de segregación moderada y que ha ido reduciéndose en el tiempo. Si en el año 2004 habría que modificar la residencia de un 31.6% de los extranjeros residentes en el casco para lograr una distribución homogénea de la población, en el 2012, dicho porcentaje se ha reducido al 27.6%. Sin embargo, ese indicador de conjunto, oculta pautas de agrupamiento de la población diferentes según continente de origen. La segregación de los americanos es la más reducida y decreciente. También lo es la de los europeos. Por el contrario hay niveles de segregación elevados, entre los ciudadanos de origen chino y africanos, superando el 40% en 2012.

Cuadro 2.9. Índice de disimilitud

		2004	2005	2008	2012
Española	Extranjera	31,6	30,6	28,7	27,6
Española	Africana	43,4	41,5	40,6	40,2
Española	Americana	27,2	25,9	25,0	23,7
Española	Asiática	50,7	47,9	38,5	41,3
Española	Europea	32,5	32,8	27,8	25,4

Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)



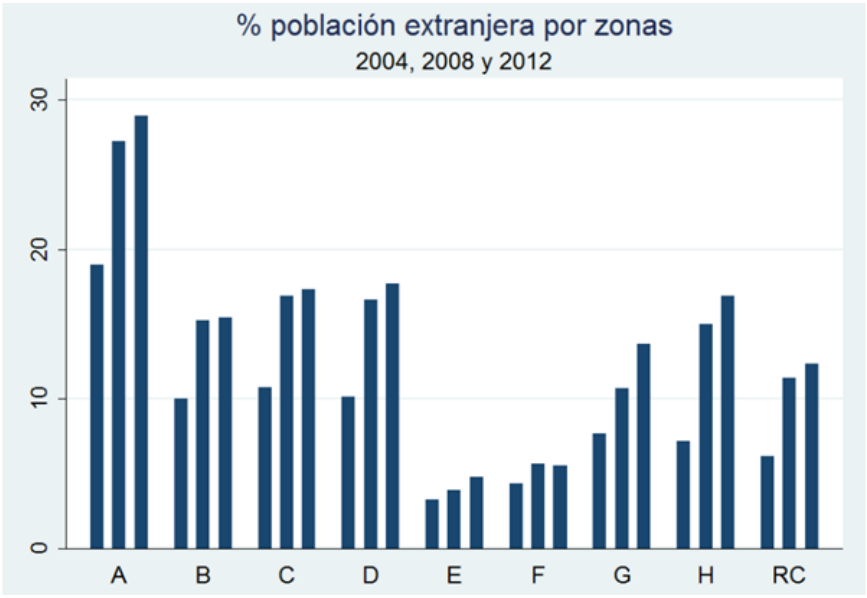
[7] *Así vienen clasificados en la información del INE. Entre los europeos, una mayoría abrumadora son rumanos. Entre los Americanos el porcentaje mayor se lo llevan los ecuatorianos. Entre los africanos, son los marroquíes y argelinos, así como una variedad de países del África subsahariana. Entre los asiáticos, la mayoría abrumadora corresponde a ciudadanos de origen chino.*

Cuadro 2.10 Población por origen y por zona del Casco Histórico (porcentajes)

Año	zona	todos	% española	% extranjera	%africana	%americana	%asiática	%europea
2004	A	16635	81,05	18,95	7,45	6,14	0,43	4,92
2004	B	10066	89,99	10,01	2,91	3,76	0,67	2,64
2004	C	2485	89,22	10,78	4,87	2,05	0,80	3,06
2004	D	4966	89,87	10,13	2,01	4,49	0,16	3,46
2004	E	4185	96,70	3,30	0,02	2,41	0,02	0,84
2004	F	3067	95,63	4,37	0,36	2,05	0,07	1,89
2004	G	2737	92,33	7,67	2,41	2,85	0,40	2,01
2004	H	3907	92,81	7,19	3,07	3,25	0,03	0,84
2004	CH	48.048	88,15	11,85	4,06	4,25	0,38	3,15
2004	RC	590751	93,79	6,21	1,44	2,85	0,23	1,68
2008	A	17926	72,80	27,20	9,07	6,58	1,28	10,28
2008	B	10183	84,72	15,28	3,23	4,02	0,82	7,22
2008	C	2668	83,10	16,90	7,46	2,59	1,16	5,70
2008	D	4972	83,39	16,61	2,96	5,03	0,48	8,15
2008	E	4101	96,10	3,90	0,02	2,19	0,07	1,61
2008	F	2927	94,33	5,67	0,14	2,02	0,03	3,48
2008	G	2687	89,28	10,72	2,87	3,83	0,60	3,42
2008	H	3893	85,00	15,00	4,42	4,60	0,98	5,01
2008	CH	49.357	81,95	18,05	5,18	4,74	0,86	7,27
2008	RC	616772	88,58	11,42	2,12	3,60	0,46	5,23
2012	A	18202	71,05	28,95	9,82	5,99	1,78	11,34
2012	B	10117	84,53	15,47	2,92	3,77	1,08	7,71
2012	C	2732	82,69	17,31	6,81	3,00	1,39	6,11
2012	D	5029	82,32	17,68	3,94	4,28	0,46	9,01
2012	E	3975	95,22	4,78	0,00	2,52	0,08	2,19
2012	F	2756	94,45	5,55	0,44	2,03	0,07	3,01
2012	G	2694	86,30	13,70	5,16	3,23	0,19	5,12
2012	H	3966	83,08	16,92	5,45	3,78	0,63	7,06
2012	CH	49.471	80,64	19,36	5,73	4,37	1,07	8,19
2012	RC	630153	87,64	12,36	2,43	3,10	0,70	6,12

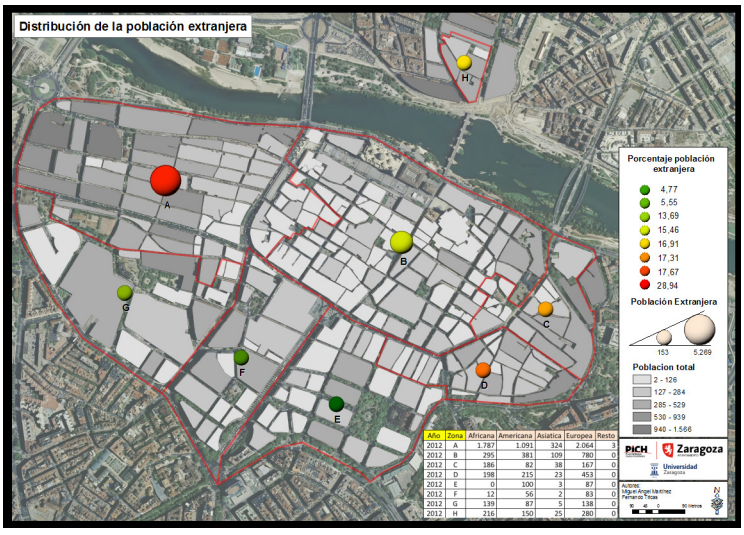
Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

Gráfico 2.7. Evolución de la población extranjera por zonas, 2004, 2008 y 2012

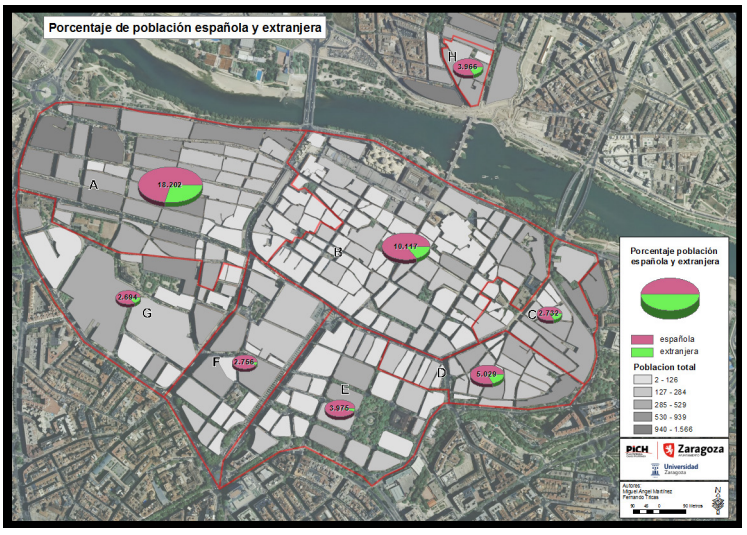


Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

Mapa 2.4. Distribución de la población extranjera



Mapa 2.5. Porcentaje de población española y extranjera



2.2. Vulnerabilidad socio-económica:
educación, servicios sociales y actividad económica

La situación socio-económica puede medirse desde diversas perspectivas. Este apartado se centrará en algunos aspectos que no han sido considerados en estudios previos, con la intención de mostrar el camino que debe seguirse a la hora de realizar un informe de este tipo. En este caso se han considerado tres aspectos que son relevantes. El primero se refiere a la educación, en especial en el análisis de la segregación de esta actividad que determina en gran medida las necesidades de los centros localizados en el barrio. En segundo lugar, como variable económica, se presenta un mapa de empresas en el barrio. La parte final del epígrafe se centrará en los usuarios y ayudas de servicios sociales como elemento que determina las necesidades básicas de los habitantes.

Resulta claro que quedan fuera algunos aspectos que deberían ser considerados. En especial se echaría en falta un análisis referido al desempleo. En este caso no ha sido posible encuadrar los datos del Inaem en el barrio, dado que estos datos se clasifican por código postal y este incluye zonas que no corresponden a la delimitación considerada como Casco Histórico.

A pesar de estas carencia, los datos aquí presentados contribuyen a dibujar una situación del barrio con elementos que pueden ser utilizados en futuros planes, en especial lo que se refiere al mapa empresarial, es decir a la evolución de las empresas localizadas en el barrio y que determinan en gran medida la actividad económica del mismo.

La evolución de la economía en los últimos años es ciertamente preocupante. La crisis financiera ha originado un aumento considerable de personas con dificultades económicas, especialmente por el hecho de que han perdido su empleo. Este hecho puede afectar a un elemento que merece la pena considerar: la utilización de los distintos servicios sociales en el barrio.

Todos los aspectos anteriores permiten presentar una fotografía de la situación del Casco Histórico que debe servir de guía para la elaboración de futuros planes.

2.2.1. Educación reglada y segregación

Un elemento esencial en la evolución de un espacio geográfico es la educación, puesto que determina en gran medida las posibilidades de desarrollo social y económico de las personas. En consecuencia, es importante describir la situación educativa de un barrio puesto que es el punto de partida sobre el que se asienta en gran medida tanto la situación actual como la futura. La fijación en un espacio geográfico de población con un nivel educativo lo más elevado posible tiene consecuencias tanto en la convivencia en dicho espacio como en términos de evolución futura, puesto que la formación determina la capacidad de movilidad económica de los individuos.

Las necesidades educativas de un barrio vienen determinadas en gran medida por la evolución y las características de su población en edad escolar. El cuadro 2.11 recoge la evolución de dicha población a partir de los datos del Padrón Municipal[8] tanto para el conjunto de la ciudad como para el Casco Histórico. En él puede observarse que, en los últimos cinco años, la población en edad escolar del barrio ha crecido un 10.6%, una tasa superior a la del conjunto del barrio y a la de la población en edad escolar del conjunto de la ciudad que ha crecido en un 6.4 %. Ello implica que la población escolar del barrio ha ganado peso tanto en el conjunto de la población escolar de la ciudad como en el conjunto de la población del barrio, con lo que la presión sobre los colegios de la zona se ven incrementadas. En consecuencia han aumentado las necesidades de escolarización.

[8]*Para obtener una aproximación a la población en edad escolar (0-16 años) se ha agregado al número de individuos en el intervalo 0-14, las dos quintas partes de la población comprendida entre los 15 y los 19 años.*

Cuadro 2.11. Evolución de la población en edad escolar en la ciudad y en el Casco Histórico

Año	0-16 Total	0-16 Casco	Total	Casco
2008	104.617	5.863	15,33%	12,73%
2009	101.034	5.832	14,58%	12,41%
2010	102.820	5.927	14,76%	12,67%
2011	110.321	6.424	15,80%	13,70%
2012	111.335	6.486	15,86%	13,82%

Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

Cuadro 2.12. Menores de 0-16 años en el Casco Histórico. Distribución entre extranjeros y nacionales

	Extranjeros	Españoles	Extranjeros	Españoles
2008	1617	4247	27,6%	72,4%
2009	1693	4139	29,0%	71,0%
2010	1770	4157	29,9%	70,1%
2011	1924	4500	30,0%	70,0%
2012	1888	4598	29,1%	70,9%

Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal (según INE)

Una característica del barrio es la amplia presencia de personas inmigrantes, lo que tiene su reflejo en la composición de la población escolar. Así puede observarse que cerca del 30% del total de los jóvenes menores de 16 años son hijos de familias que no poseen la nacionalidad española. El cuadro 2.12 presenta la evolución del número de jóvenes españoles y extranjeros, así como el peso relativo que tiene cada grupo sobre el total. La principal conclusión que se deriva de dichos datos es que se ha producido un incremento muy ligero del peso de la población inmigrante dentro de la población en edad escolar, y que en el último año considerado se ha invertido la tendencia creciente observada en los anteriores. La crisis está suponiendo una "salida" de población extranjera, que en primer lugar se refiere a los ciudadanos en edad de trabajar, y que posteriormente siguen sus descendientes.

Tabla 2.1. Colegios de la zona incluidos en el análisis

Centros Públicos	Centros Concertados
1.Joaquín Costa 2.Santo Domingo 3.Tenerías	1.San José de Calasanz 2.Cantín y Gamboa 3.Escuelas Pías 4.La Anunciata 5.Nta. Sra. del Carmen y San José 6.Santa Rosa 7.San Vicente de Paúl

La información sobre el número de residentes que proporciona el padrón puede completarse con la de alumnos que cursan estudios en los centros escolares públicos y concertados del Casco Histórico. Dicha información, suministrada por el Servicio Provincial de Educación, viene recogida en las dos primeras columnas del cuadro 2.13 Las dos columnas siguientes recogen el cociente, expresado en forma de porcentaje, entre las cifras de matrícula y el número de menores residentes en edad escolar lo que proporciona una aproximación a la tasa de matriculación para cada uno de los grupos. De dichos datos se puede destacar dos conclusiones. La primera que la tasa de matriculación de los estudiantes de origen foráneo es sustancialmente menor que la de los españoles. La segunda es la reducción de las tasas en 2011 y 2012[9].

Más allá de los posibles errores que trae consigo mezclar dos fuentes de datos distintas, esto puede indicar cierto déficit en la escolarización obligatoria de los estudiantes de origen extranjero, aunque también hay que tener en cuenta que se está hablando de tasas de matriculación, no de escolarización, y que la diferencia también puede tener su origen en que los estudiantes estén escolarizados fuera del perímetro del distrito o a población empadronada fluctuante que ya no reside en la zona.

[9] *Una reducción que puede tener que ver con un aumento significativo de la población de 0-4 años.*

Cuadro 2.13. Estudiantes que cursan estudios en enseñanza obligatoria en centros del CH y ratio sobre el número de menores de 16 años del barrio

	Matricula		% Matriculación	
	extranjeros	españoles	extranjeros	españoles
2008	1439	4111	89,0	96,8
2009	1379	4042	81,4	97,7
2010	1433	4037	81,0	97,1
2011	1479	4096	76,9	91,0
2012	1466	4074	77,6	88,6

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el Servicio Provincial de Educación



Las cifras globales de matrícula de cada año pueden descomponerse por etapa educativa y según la nacionalidad de los estudiantes. Dicha información es la que se recoge en el cuadro 2.14. Dos conclusiones se derivan. La primera es que la matrícula por etapas se mantiene prácticamente constante en el tiempo. La segunda atiende al porcentaje de nacionales por etapa, que se mantiene aproximadamente estable en primaria y en la ESO, mientras que disminuye hasta cuatro puntos porcentuales en educación infantil.

Cuadro 2.14. Número de estudiantes matriculados y % de estudiantes españoles por etapa educativa y año

	2008		2009		2010		2011		2012	
Etapa	N	% Esp	N	% Esp	N	% Esp	N	% Esp	N	% Esp
E. Infantil	1187	76,2	1163	76,9	1207	73,2	1269	73,4	1273	72,4
E. Primaria	2432	71,4	2363	72,2	2401	72,2	2458	72,1	2450	72,7
E.S.O	1931	76,1	1895	76,1	1862	76,3	1848	75,4	1817	75,5

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el Servicio Provincial de Educación

2.2.1.2. Segregación y concentración

Se entiende por segregación escolar una distribución desigual de los distintos grupos sociales en los centros educativos. Una desigualdad caracterizada por la concentración, más allá de su peso social, de los integrantes de una determinada minoría en algunos centros educativos.

Es conveniente precisar que la presencia significativa de jóvenes extranjeros en el barrio no tiene por qué implicar necesariamente la existencia de segregación escolar por nacionalidad o etnia en la medida en que cada grupo social se distribuyera entre los distintos centros educativos de modo proporcional a su peso relativo en el conjunto del barrio. Una forma de medir la segregación es comparar por diferencia, para cada centro, las proporciones de dos grupos sociales distintos sobre el conjunto del barrio. Si estas proporciones son idénticas, la diferencia es cero, y el centro no contribuye a la segregación, mientras que si son muy dispares la diferencia será abultada en valor absoluto. La suma de los valores absolutos de esas diferencias para todos los centros, constituye la esencia del llamado índice de disimilitud[10], cuyo rango de valores se encuentra entre 0 y 100, correspondiendo el valor 0 a la distribución igualitaria de los estudiantes y el valor 100 a una distribución completamente segregada. Los valores inferiores a 30 indican una segregación baja, cuando se encuentra entre 30 y 60 hay una segregación moderada y es alta por encima de 60. El indicador tiene una interpretación muy útil ya que se indica el porcentaje de la población minoritaria que debería cambiar de centro escolar para que la distribución de los estudiantes entre los centros fuera igualitaria.

Se han realizado dos tipos de análisis distintos. El primero confronta a los estudiantes españoles con el conjunto de los de origen extranjero, buscando discernir si hay segregación del conjunto de los estudiantes foráneos. Un segundo análisis más detallado agrupa a los estudiantes según grandes regiones de origen e indaga sobre la existencia de segregación en todos los posibles pares. Así se distingue entre españoles y originarios de los países de la antigua Europa del Este, magrebíes, del África Subsahariana, de América Latina y de origen Chino. Se excluyen los provenientes del occidente europeo y América del Norte y el resto de asiáticos, por ser grupos muy minoritarios[11].

Los resultados para la confrontación de españoles y el conjunto de los extranjeros para cada una de las etapas educativas figuran en el cuadro 2.15. Las cifras indican unos niveles de segregación que se encuentran entre el 40% y el 50%, es decir, que son moderadamente altos. Ahora bien, mientras que en la educación infantil la segregación se ha mantenido estable en los últimos cinco años, en las otras dos etapas aparecen tendencias opuestas. Se reduce la segregación en la educación primaria mientras que aumenta significativamente en la Secundaria Obligatoria.



[10] *Calculado como:* $D = 0.5\sum_i \left| \frac{x_i^j}{x^j} - \frac{x_i^k}{x^k} \right|$ *donde* x_i^j *es el número de estudiantes del grupo social j en el centro "i" y es el número de integrantes del grupo social j en el barrio.*

[11] *Dentro de Europa occidental destacan los de origen portugués.*

Cuadro 2.15. Índice de segregación:
Españoles frente al conjunto de originarios del extranjero

	2008	2009	2010	2011	2012
E. infantil	42,2	42,6	42,3	43,2	42,9
E. Primaria	50,9	48,0	49,4	46,4	45,1
E.S.O.	39,6	41,2	41,2	42,1	47,1

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el Servicio Provincial de Educación

Las cifras globales pueden esconder situaciones diversas que aconsejan la utilización de índices de disimilitud por pares, como los que figuran en el cuadro 2.16, en este caso únicamente para el primer y último año de los que se tienen información. De su análisis se pueden obtener conclusiones más precisas.

Así, en primer lugar, de la confrontación de los nacionales con el resto de orígenes se pueden observar pautas de segregación diferentes según sea el origen geográfico. En 2008, los máximos niveles de segregación se producen entre los procedentes del Magreb y del África subsahariana, superando el 50% en la educación infantil y el 60% en la educación primaria. Con niveles ligeramente menores, entre el 40 y el 50% se encuentra el de los ciudadanos originarios de la Europa oriental. A continuación se encuentran los de origen latinoamericano, con indicadores de segregación ligeramente superiores al 30%, salvo en la educación primaria. Y por último se encuentran los provenientes de China que son los que menos segregación presentan.

Al analizar la evolución entre 2008 y 2012, hay que distinguir según la etapa educativa. En educación infantil se ha producido una reducción clara del indicador en los grupos sociales que más segregación presentaban, el Magreb y el África subsahariana. También ha disminuido ligeramente el indicador de la Europa del Este. Por el contrario han aumentado los de América Latina y China. De modo que se han atenuado las diferencias entre las distintas nacionalidades de origen, manteniéndose aproximadamente constante la segregación del conjunto.

En la educación primaria, se han producido reducciones importantes de la segregación para magrebíes, africanos y latinos, aumentando ligeramente la de los orientales, tanto europeos como chinos.

En la ESO, aparecen aumentos significativos de la segregación para africanos, latinoamericanos y chinos, junto a ligeras reducciones en el caso del Magreb y de los europeos orientales, lo que explica el aumento en el indicador de segregación global.

En niveles similares se encuentran los estudiantes de ascendencia china salvo en relación a los magrebíes y subsaharianos, especialmente en infantil y primaria, cuyos niveles de segregación están entre el 40% y el 50%.

Los niveles de segregación más baja por pares se producen entre los magrebíes y los africanos, indicando que tienden a coincidir en los colegios. Por el contrario los niveles de segregación mayores se producen entre chinos respecto a los magrebíes y subsaharianos, ya que con respecto a los demás tienen niveles de segregación reducidos. También se puede destacar que la segregación más baja en su relación con el resto de extranjeros es la de los latinoamericanos y especialmente la de éstos en relación a los europeos orientales.



Cuadro 2.16. Índices de disimilitud por pares de nacionalidades

16.a. Educación Infantil

	España		E. Este		Magreb		Africa Sub.		A. Latina	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
E. Este	47,5	45,1								
Magreb	58,0	50,6	47,4	31,2						
Africa Sub.	56,1	34,9	34,6	27,3	19,0	21,3				
A. Latina	33,1	39,4	38,7	11,7	39,8	37,9	37,8	28,3		
China	34,1	37,4	35,2	20,6	48,6	47,3	37,9	37,3	31,6	20,7

16.b. Educación Primaria

	España		E. Este		Magreb		Africa Sub.		A. Latina	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
E. Este	53,7	56,9								
Magreb	67,6	55,3	42,8	36,6						
Africa Sub.	63,5	54,1	35,3	29,7	18,8	21,0				
A. Latina	47,1	39,0	19,4	23,2	39,6	36,7	31,0	29,2		
China	30,9	33,7	36,1	31,0	56,6	47,9	56,0	41,9	37,5	18,2

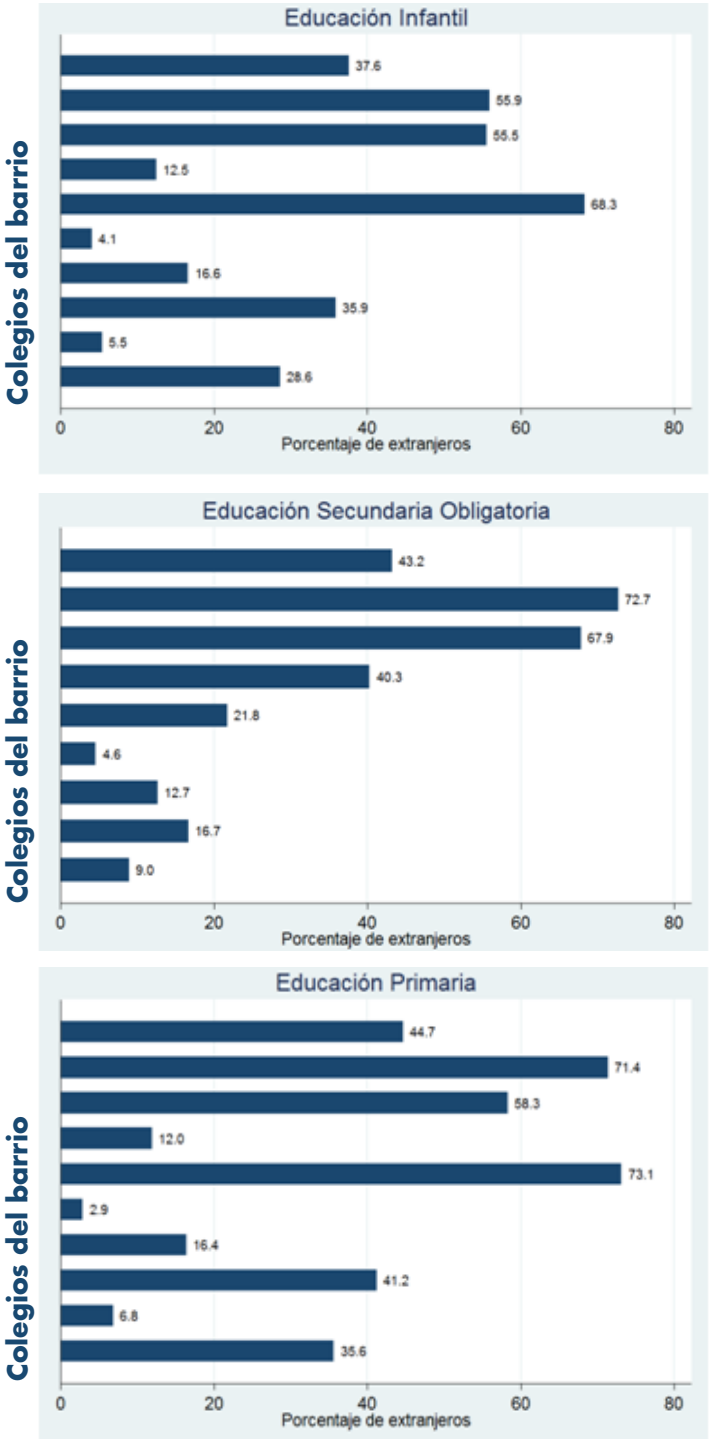
16.c. ESO.

	España		E. Este		Magreb		Africa Sub.		A. Latina	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
E. Este	47,0	44,8								
Magreb	43,4	39,3	27,6	29,5						
Africa Sub.	44,1	51,0	40,9	29,6	22,0	25,0				
A. Latina	38,8	52,3	21,7	24,4	25,1	29,9	30,9	26,9		
China	26,2	39,9	38,8	44,0	40,4	37,4	29,6	42,1	25,4	38,2

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el Servicio Provincial de Educación

La segregación escolar detectada tiene su plasmación concreta en los centros educativos en que ésta segregación se produce. Las gráficas 2.8.a 2.8.b y 2.8.c muestran para cada centro y etapa educativa el promedio anual del porcentaje de estudiantes extranjeros que tiene en sus aulas. Las diferencias existentes entre los distintos centros son palmarias y sus consecuencias obvias. Es muy distinto enseñar en aulas en donde más de las dos terceras partes son estudiantes extranjeros que en aquellas en donde no llegan a uno de cada 10. Los ratios necesarios y los requerimientos de personal docente y de apoyo han de ser forzosamente muy distintos.

Gráfico 2.8. Porcentajes de extranjeros por centro educativo (promedio de los porcentajes de los últimos cinco años)



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el Servicio Provincial de Educación

2.2.2. Servicios sociales del Casco Histórico: usuarios y prestaciones

Un elemento esencial en el funcionamiento de un barrio son los servicios sociales que se prestan. La evolución de las actuaciones seguidas es un indicador de las necesidades del Casco Histórico y determina en gran medida su posición económica y social. Además, la evolución en el tiempo sirve para detectar la relación entre los usuarios y los servicios prestados, por ello es importante observar como ha ido cambiando el número de usuarios según los tipos de prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios del barrio. Es cierto que la efectividad de estas actuaciones es difícil de cuantificar, pero es evidente que se hace necesario partir de la situación en la que están.

En este apartado se muestran algunos indicadores y cifras que reflejan el nivel de utilización de las prestaciones y servicios orientados a la atención general de las necesidades sociales de la población del Casco Histórico a lo largo del periodo 2005-2011. Los Centros Municipales de Servicios Sociales (C.M.S.S.) son los equipamientos básicos de la Red Municipal de Servicios Sociales Comunitarios, encargados de actuar como núcleo físico para la prestación de Servicios Sociales en una zona determinada. En el Casco Histórico hay dos CMSS, el de San Pablo y la Magdalena. Donde los datos lo permiten, las cifras correspondientes a estos dos centros se comparan con los datos a nivel global de la ciudad. La información proviene en su mayoría de las memorias anuales de los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento.

Servicio de información y orientación al ciudadano

Este servicio responde a la necesidad de los ciudadanos de acceder a los recursos sociales y ejercitar sus derechos en un marco de igualdad de oportunidades. Está orientado a facilitar el primer contacto de la población con los servicios sociales y derivar casos hacia los Servicios Sociales Especializados u otros servicios de atención y protección existentes en la comunidad.

El cuadro 2.17 muestra el nivel de actividad de este servicio en los años 2005 a 2011. Los usuarios del Casco Histórico suponen alrededor del 17% del total de usuarios de la ciudad. Dado que la población del distrito es apenas el 7% del total, esto indica que las necesidades sociales del Casco Histórico están muy por encima de las que existen en otros barrios de Zaragoza. En esta evolución destaca el aumento del número de miembros de unidades familiares, superior al de usuario, lo que indicaría un mayor volumen en términos relativos de los expedientes orientados a la familia en detrimento de los individuales.

Tanto el número de expedientes vivos como el número de usuarios ha crecido a lo largo de todo el periodo a un ritmo en torno al 13% promedio anual desde 2005. No ha ocurrido lo mismo con los expedientes nuevos. Los años 2010 y 2011 han supuesto una fuerte caída en la atención de nuevos usuarios en los servicios de información, tanto en el Casco Histórico como en el resto de la ciudad, aunque el descenso ha sido más notable en los CMSS del Casco Histórico (gráfico 2.10). En concreto, en el CMSS de San Pablo se abrieron en el año 2010 un 20% expedientes menos que en 2009. En la Magdalena el descenso fue del 18,6% en 2010 y del 34% en 2011.

Estos datos pueden explicarse a partir de diversas hipotesis que deberían explorarse desde un análisis más detenido y al margen de los objetivos de este informe: retrasos en atenciones de primera cita en los CMSS, retrasos en las tramitaciones de prestaciones económicas, aumento de las listas de espera o máximos históricos en 2009 que ponen en evidencia la insuficiencia de recursos.

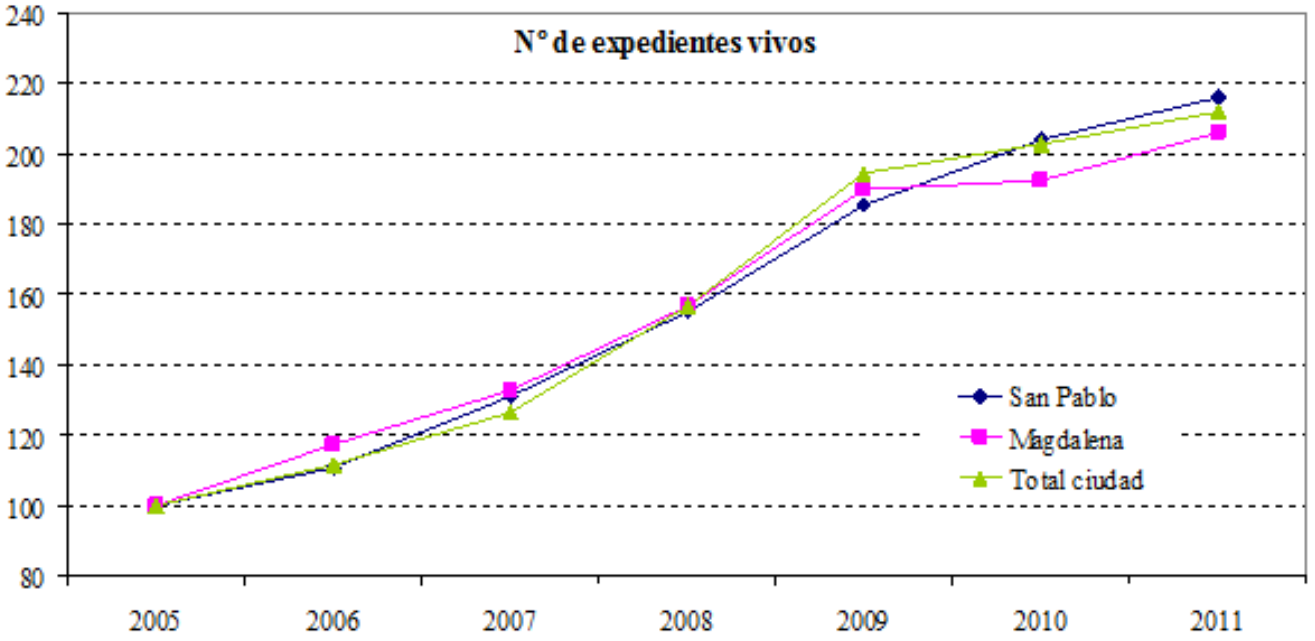


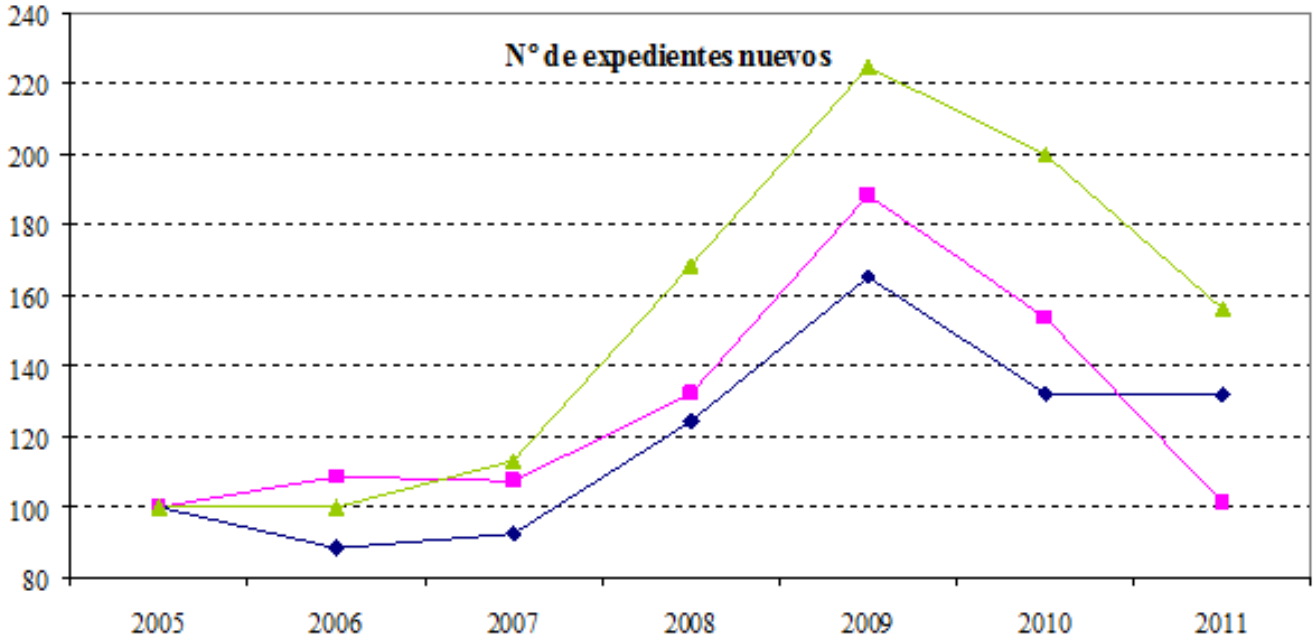
Cuadro 2.17: Utilización del servicio de información y atención al ciudadano

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CMSS San Pablo							
Nº expedientes	1.559	1.725	2.043	2.415	2.888	3.182	3.365
Nº usuarios	2.096	2.213	2.583	3.196	3.829	4.302	5.275
Miembros U. Familiares	3.733	4.023	4.766	5.721	6.849	7.530	8.102
Nº expedientes nuevos/año	386	340	357	479	637	510	508
Nº usuarios nuevos/año	525	401	424	613	812	643	798
Nº miembros U./Familiares	832	713	748	1058	1.338	1.022	968
CMSS Magdalena							
Nº expedientes	1.412	1.659	1.875	2.210	2.678	2.717	2.910
Nº usuarios	1.524	1.778	2.019	2.443	2.878	2.983	3.468
Miembros U. Familiares	3.029	3.556	4.766	4.903	5.956	6.078	6.518
Nº expedientes nuevos/año	249	270	267	329	469	382	252
Nº usuarios nuevos/año	256	280	300	353	476	393	335
Nº miembros U./Familiares	476	527	748	739	994	819	501
Zaragoza							
Nº expedientes	17.533	19.523	22.185	27.491	34.116	35.504	37.135
Nº usuarios	21.364	23.585	27.082	33.958	41.817	43.309	53.165
Miembros U. Familiares	36.774	40.425	49.757	59.907	76.776	78.333	84.169
Nº expedientes nuevos/año	4.832	4.815	5.459	8.135	10.848	9.660	7.548
Nº usuarios nuevos/año	5.468	5.419	6.351	9.324	12.271	10.931	10.283
Nº miembros U/Familiares	10.114	9.982	12.077	18.524	24.875	20.508	15.381

Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Gráfico 2.10: Evolución del servicio de atención al ciudadano. Año 2005=100





Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Ayudas de urgencia

Las ayudas de urgencia son prestaciones económicas destinadas a resolver situaciones de emergencia destinadas a cubrir necesidades básicas y urgentes en determinadas situaciones en que las personas o familias se ven privados de los medios de vida primarios e imprescindibles. El cuadro 2.18 muestra las cifras globales de este servicio para el periodo analizado. El presupuesto total destinado a estas ayudas se ha incrementado en un 86% entre 2005 y 2011 en Zaragoza, lo que ha supuesto un crecimiento promedio anual del 12,4%. De este presupuesto, San Pablo recibe en torno al 10% y la Magdalena el 5%. También destaca el promedio de este tipo de actuación es inferior en el barrio si se compara con el resto de la ciudad en todo el periodo considerado. Hay que resaltar que históricamente el CH ha concentrado un elevado volumen de poblacón en situación de exclusión social.

Además el presupuesto promedio era creciente hasta el año 2009 y decreciente en los dos últimos años considerados, especialmente las asociadas al centro de San Pablo. En términos relativos, gráfico 2.18, la situación del Casco Histórico permanece bastante estable en cuanto al importe concedido, situado siempre alrededor del 15%. Peor comportamiento muestra el número de ayudas concedidas que desciende de manera continuada desde el 2008 al 2010, y luego se mantiene.

En cuanto a las solicitudes denegadas, la crisis supuso un descenso inicial los dos primero años y un incremento en los dos últimos. Además, el número de ayudas denegadas en el Casco Histórico están por encima del peso que le correspondería teniendo en cuenta las que han sido concedidas, por lo que se puede decir que en 2011 en el Casco Histórico se denegaron más ayudas de urgencia (el 17,35% de las solicitadas) que en el promedio de la ciudad (13,26% de las solicitadas).

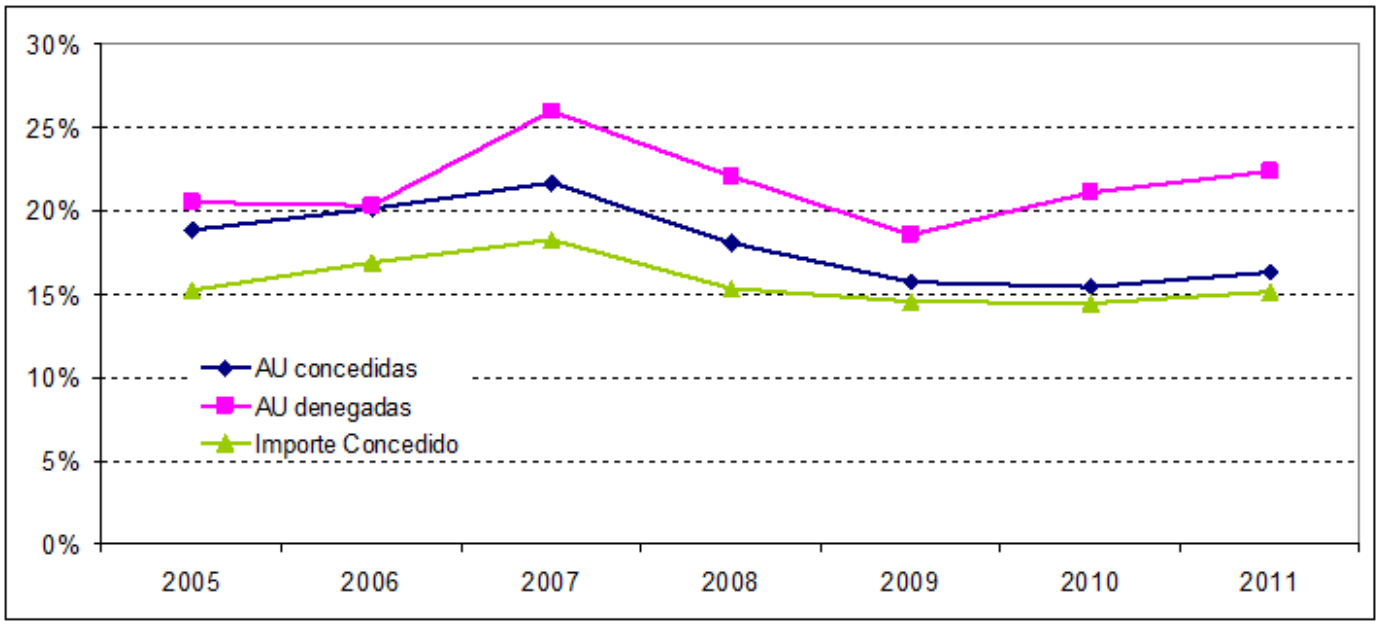
Este dato viene a corroborar una menor intensidad de esta prestación.

Cuadro 2.18: Evolución de las Ayudas de Urgencia

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
San Pablo							
AU concedidas	591	583	726	651	955	1.044	1.187
AU denegadas	90	76	120	153	142	183	226
Importe Concedido	154.474	162.852	221.500	212.384	336.628	353.629	358.331
Promedio AU	261,4	279,3	305,1	326,2	352,5	338,7	301,9
Magdalena							
AU concedidas	429	415	427	481	560	567	561
AU denegadas	64	57	61	70	150	149	141
Importe Concedido	132.602	130.474	137.585	160.454	187.783	175.497	174.845
Promedio AU	309,1	314,4	322,2	333,6	335,3	309,5	311,7
Zaragoza							
AU concedidas	5.414	4.967	5.319	6.259	9.615	10.424	10.741
AU denegadas	751	655	697	1.011	1.572	1.576	1.642
Importe Concedido	1.887.388	1.731.874	1.961.498	2.436.064	3.596.394	3.658.901	3.511.375
Promedio AU	348,6	348,7	368,8	389,2	374,0	351,0	329,4

Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Gráfico 2.11: Participación relativa del Casco Histórico en las Ayudas de Urgencia de Zaragoza



Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Ingreso Aragonés de Inserción

El Ingreso Aragonés de Inserción es un programa orientado a la normalización e integración de las personas que se encuentran en estado de necesidad o situación de marginación. Este programa incluye prestaciones económicas destinadas a garantizar los recursos mínimos de subsistencia y otras actuaciones dirigidas a lograr la plena integración social y laboral de los beneficiarios. Este programa ha tenido un crecimiento espectacular en los últimos tres años analizados. En CMSS de San Pablo, en el año 2011 los expedientes tramitados se multiplicaron por 19 con respecto a los de 2005. Este crecimiento, aunque notable, fue menor en el CMSS de La Magdalena, los casos se han multiplicado por 7 entre 2005 y 2011. Los usuarios del programa en el Casco Histórico suponen alrededor del 20% de los totales en la ciudad, superando de manera clara la intensidad de otros programas así como el porcentaje que correspondería si se concediesen con criterios estrictamente poblacionales.

Cuadro 2.19: Nº de expedientes tramitados del programa de Ingreso Aragonés de Inserción

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
San Pablo	30	32	21	18	212	365	570
Magdalena	28	27	22	22	128	151	206
Total Casco Histórico	58	59	43	40	340	516	776
Zaragoza	273	235	170	207	1.430	2.404	3.715

Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Servicio y ayuda en domicilio

Este servicio consiste en la prestación de una serie de cuidados de carácter personal, doméstico y social a los individuos o familias en su domicilio cuando se hallan en situaciones en las que no pueden realizar sus actividades habituales. Incluye ayudas de limpieza en la vivienda, ropa, higiene personal, alimentación, movilización, traslado fuera del domicilio, y labores de asesoramiento. Además de la ayuda en domicilio, los servicios sociales proporcionan un servicio de apoyo al cuidador, también llamado programa "Respiro / Atención a la Dependencia", consiste en la sustitución provisional del cuidador habitual de alguna persona dependiente realizando, mientras dure la sustitución, aquellas tareas que el cuidador llevaría a cabo de estar presente.

Los usuarios de esta prestación del Casco Histórico suponen aproximadamente el 10% del total de Zaragoza. Un 4% en San Pablo y un 6% de la Magdalena. Aunque el número de usuarios ha crecido en el distrito en torno al 4,2% anual, en otras zonas de la ciudad el nivel de demanda de los servicios domiciliarios ha sido todavía mayor, con crecimiento promedio anual del 8,2%.

Este comportamiento en el servicio, debe analizarse conjuntamente con los datos referidos al sobreenvejecimiento, es decir, con el aumento de la población mayor de 85 años, que son en gran medida los usuarios del servicio, y que está creciendo de manera importante en el Casco Histórico.

Cuadro 2.20: Servicio de ayuda en domicilio y de apoyo al cuidador

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Crecimiento Promedio anual	Variación 2005-2011
San Pablo	163	174	176	174	209	208	218	5,2%	33,7%
Magdalena	256	256	255	254	301	307	312	3,6%	21,9%
Total CH	419	430	431	428	510	515	530	4,2%	26,5%
Ciudad	3.182	3.429	3.831	3.885	5.223	5.240	5.124	8,9%	61,0%

Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Servicio de Teleasistencia

El servicio de Teleasistencia está destinado a las personas mayores de 60 años, o aquellos que, aun siendo menores, tengan una disminución física o sensorial, o sean personas de riesgo debido a su estado de salud. Los usuarios reciben atención personalizada y continua a través del teléfono y seguimiento social en caso de necesidad.

Este servicio presenta un crecimiento claramente inferior en el Casco Histórico que el observado en el total de la ciudad. Este comportamiento se debe sobre todo al Centro Magdalena, que ha reducido considerablemente el número de servicios a partir del 2008, de manera que al final de la muestra se presentan cifras similares a las que aparecen en el inicio. Para conocer las causas de este comportamiento sería necesario contrastar estos datos con otras fuentes de información que den cuenta de la incidencia de las listas de espera de usuarios potenciales.

Cuadro 2.21: Servicio de teleasistencia

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Crecimiento Promedio anual	Variación 2005-2011
San Pablo	270	298	311	364	326	329	328	3,7%	21,5%
Magdalena	392	438	437	490	421	403	389	0,3%	-0,8%
Total CH	662	736	748	854	747	732	717	1,7%	8,3%
Ciudad	7.082	8.011	8.381	8.975	9000	9000	8.919	4,0%	25,9%

Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Plan Individual de Atención a la Dependencia (PIA)

Los planes individualizados de atención a la dependencia están enmarcados en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, y se iniciaron a finales del año 2007, por ello las cifras de ese año son tan bajas. Por cada propuesta de un plan, como mínimo se realiza una visita domiciliaria y una llamada telefónica para la concertación de la visita, y posteriormente se elabora un informe.

El cuadro 2.22 refleja el número de PIA realizados por los Servicios Sociales. Los del Casco Histórico suponen alrededor del 5,5% del total, que se aproxima claramente al porcentaje de población que supone el barrio. En cualquier caso, en el 2011 aparece un relanzamiento del programa, especialmente en el resto de la ciudad puesto que el Casco Histórico ha sido más suave, que contrasta con el comportamiento de otros servicios en los que el descenso es acusado.

Cuadro 2.22: Planes individuales de atención a la dependencia

	2007	2008	2009	2010	2011
San Pablo	1	204	144	104	133
Magdalena	1	141	153	111	156
Casco Histórico	2	345	297	215	289
Zaragoza	3	4.154	4.853	3.942	5348

Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Programa experimental comida a domicilio

Este programa se puso en marcha a mediados del año 2011 de modo experimental a través del Plan Integral para el Casco Histórico, en los barrios de San Pablo, Magdalena y El Rabal. Consistente en la prestación de reparto de comida elaborada a domicilio a personas con dificultades de movilidad, permanente o temporal; personas con deterioro cognitivo, limitaciones visuales; personas y/o unidades familiares que por causas sobrevenidas y limitaciones temporales, no pueden cubrir esta necesidad.
En el año 2011 se han beneficiado de este servicio 166 personas: 54 en San Pablo, 70 en La Magdalena y 42 en El rabal.

Programa de apoyo socioeducativo a la infancia y familia

El objetivo del programa es ayudar a las familias para que puedan cumplir las funciones que permitan a sus miembros un desarrollo adecuado cuando por diversos factores, sociales, psicológicos o económicos no puedan desempeñarlas por sus propios medios.

El programa va destinado a familias con menores de 18 años que se encuentran en una de estas situaciones:

En proceso de socialización inadecuado y poco estimulante.

Socializadas en estilos de vida marginales que suponen una situación de riesgo.

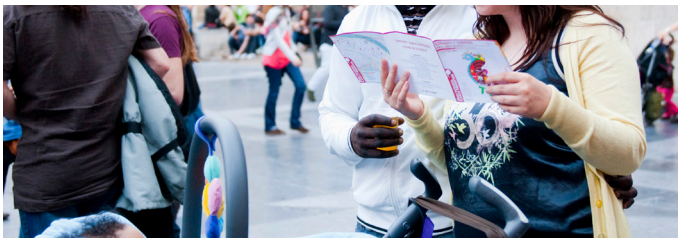
En crisis, provocadas por acontecimientos externos o de ciclo evolutivo familiar.

Las actuaciones se realizarán en tres ámbitos:

Familiar: desarrollando las capacidades y habilidades necesarias.

Grupal: dando respuestas puntuales ante necesidades comunes de las familias.

Comunitario: fomentando la red de relaciones y recursos para las familias.



El cuadro 2.23 muestra el número de familias y menores que están en seguimiento dentro de este programa. En el Casco Histórico, el número de familias en seguimiento ha descendido un 10% entre 2005 y 2011, sin embargo, en el conjunto de la ciudad han crecido un 42%, por lo que el peso relativo de las familias del Casco Histórico en situación de riesgo ha descendido en 6 puntos porcentuales. Más notable ha sido el descenso en el número de menores, que han pasado de ser el 23% en 2005 al 12% (gráfico 2.12).

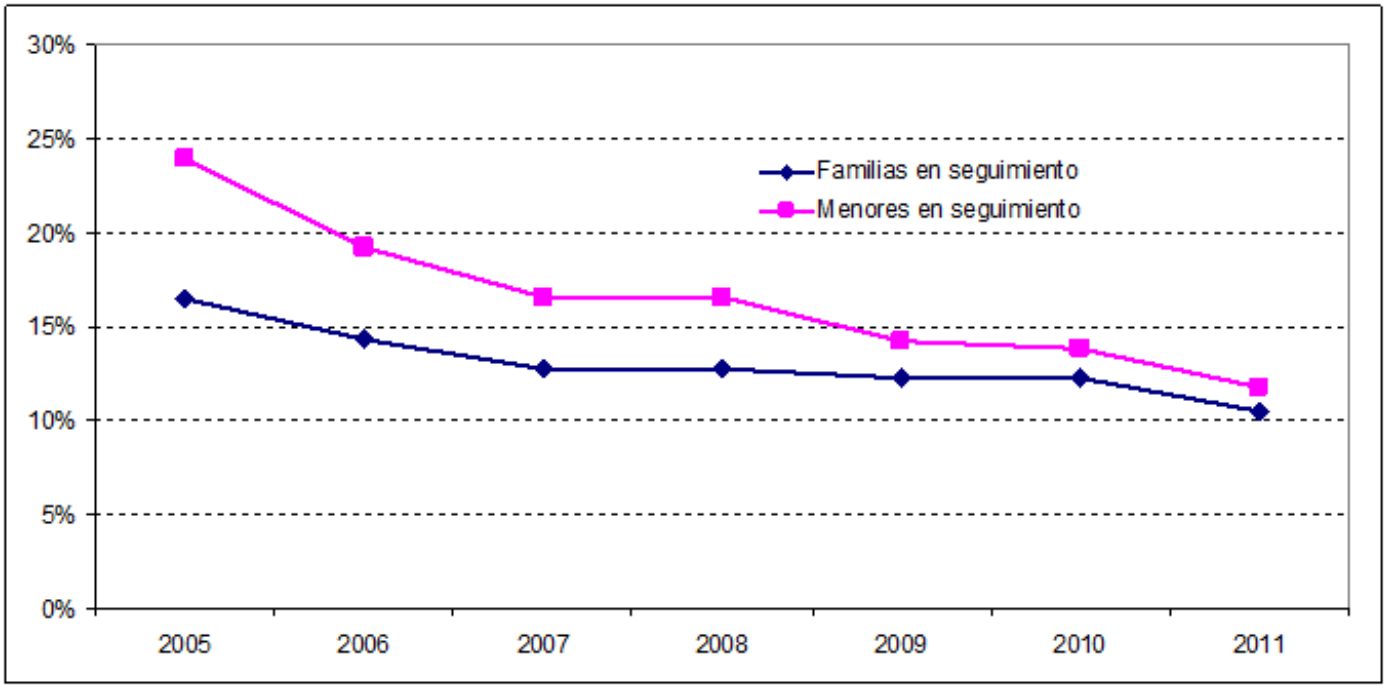
En resumen, la implantación del programa está descendiendo en el Casco Histórico, al contrario de lo que se observa en el resto del municipio. Esta evolución se debe, sobre todo, a la reducción del seguimiento a menores, que es precisamente el grupo de edad que más está ganando peso relativo en el barrio.

Cuadro 2.23: Programa de apoyo socioeducativo

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Número de familias en seguimiento							
San Pablo	18	17	15	15	12	15	16
Magdalena	12	10	9	9	13	14	11
C. Histórico	30	27	24	24	25	29	27
Ciudad	182	189	189	189	204	237	258
Número de menores en seguimiento							
San Pablo	51	46	46	46	30	38	35
Magdalena	41	28	26	26	32	30	29
C. Histórico	92	74	72	72	62	68	64
Ciudad	385	386	435	435	435	491	545

Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Gráfico 2.12: Porcentaje de usuarios del programa de apoyo socioeducativo en el Casco Histórico con respecto al total de la ciudad



Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Maltrato infantil

Desde finales del año 2007 los Servicios Sociales Comunitarios realizan un estudio, valoración y diagnóstico de todas las notificaciones de presuntos malos tratos a menores que se producen en Zaragoza. Para ello un equipo formado por psicólogo, trabajador social y educador sigue un protocolo específico que permite detectar las situaciones de maltrato infantil. Las cifras de casos atendidos desde que el programa está en marcha se recogen en la cuadro 2.24. En el año 2008, de los 450 casos detectados en Zaragoza un 20% eran del Casco Histórico (53 en San Pablo y 40 en la Magdalena), esta cifra se reduce al 16% en 2011 (46 en San Pablo y 11 en la Magdalena).

Cuadro 2.24: Protocolo de detección del maltrato infantil

	2008	2009	2010	2011
San Pablo	53	45	50	46
Magdalena	40	20	15	11
Casco Histórico	93	65	65	57
Zaragoza	450	377	422	344

Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Programa de educación de calle

La intervención de este programa va dirigida, preferentemente, a niños y adolescentes en riesgo social por distintas causas: pertenencia a un grupo marginado, aparición de conductas antisociales, malos tratos, absentismo escolar, etc.
Tiene como finalidad favorecer un desarrollo adecuado de la infancia y adolescencia, y se desarrolla fundamentalmente en la calle, por ser ésta un ámbito esencial de socialización al que no suelen llegar las instituciones.

Tiene como principales objetivos mejorar o implementar, si es preciso, las estrategias de adaptación social que el niño va construyendo en esta etapa y procurar las mejores condiciones posibles para el adecuado desarrollo del menor.

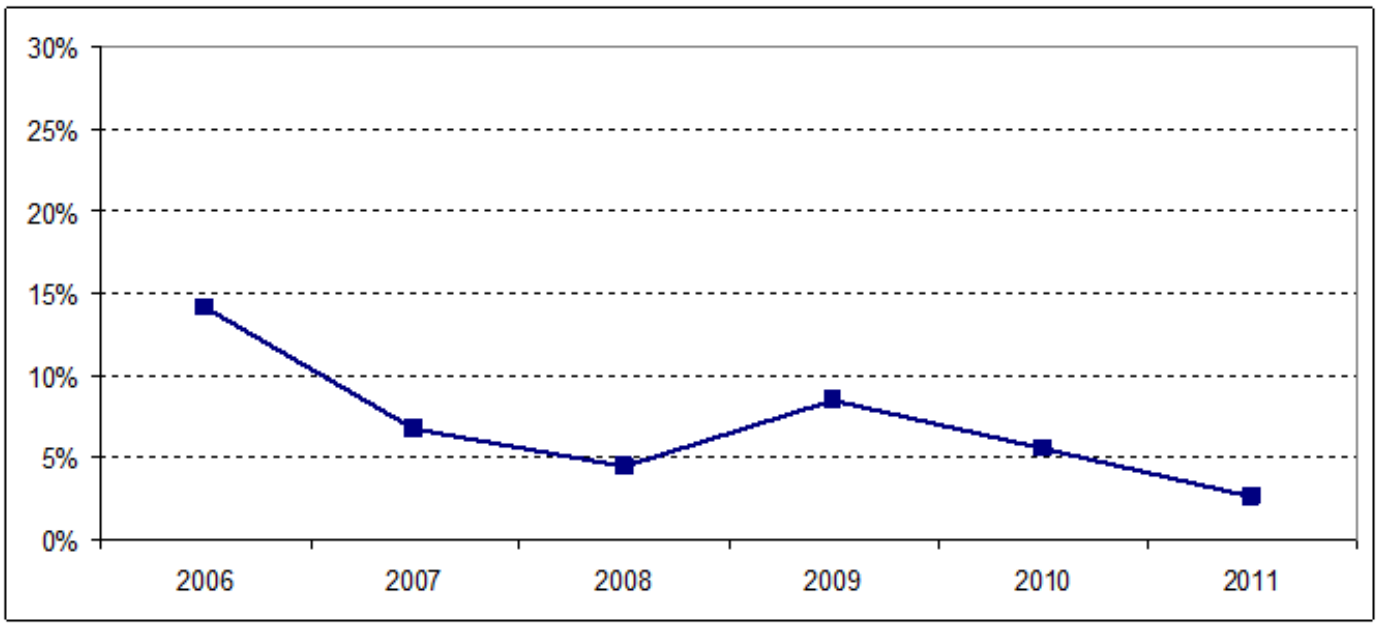
Los barrios en los que se ha desarrollado este programa han sido los de Delicias, Torrero, Las Fuentes, San José, Actur, Arrabal, Casco Histórico y Oliver-Valdefierro. Los datos concretos sobre el número de menores atendidos se exponen en el cuadro 2.25. El número de casos atendidos ha disminuido notablemente en el Casco Histórico, pasando de 173 en 2006 a 24 en 2011, es decir, una reducción del 86%. Esto ha propiciado que la importancia relativa del número de menores del Casco Histórico dentro del programa haya pasado del 14% en 2006 al 2,6% en 2011.
En todo caso, se trata de unos de los programas con mayor reducción, tanto en términos absolutos como relativos, y destaca que casi se ha extinguido en el Casco Histórico.

Cuadro 2.25. 2.3.10.1: Menores diferentes atendidos en el programa de educación

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Casco Histórico	173	64	38	79	60	24
Zaragoza	1223	946	863	927	1.073	927

Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Gráfico 2.13: Porcentaje de menores del programa de educación de calle en el Casco Histórico con respecto al total de la ciudad



Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Programa de erradicación del absentismo escolar

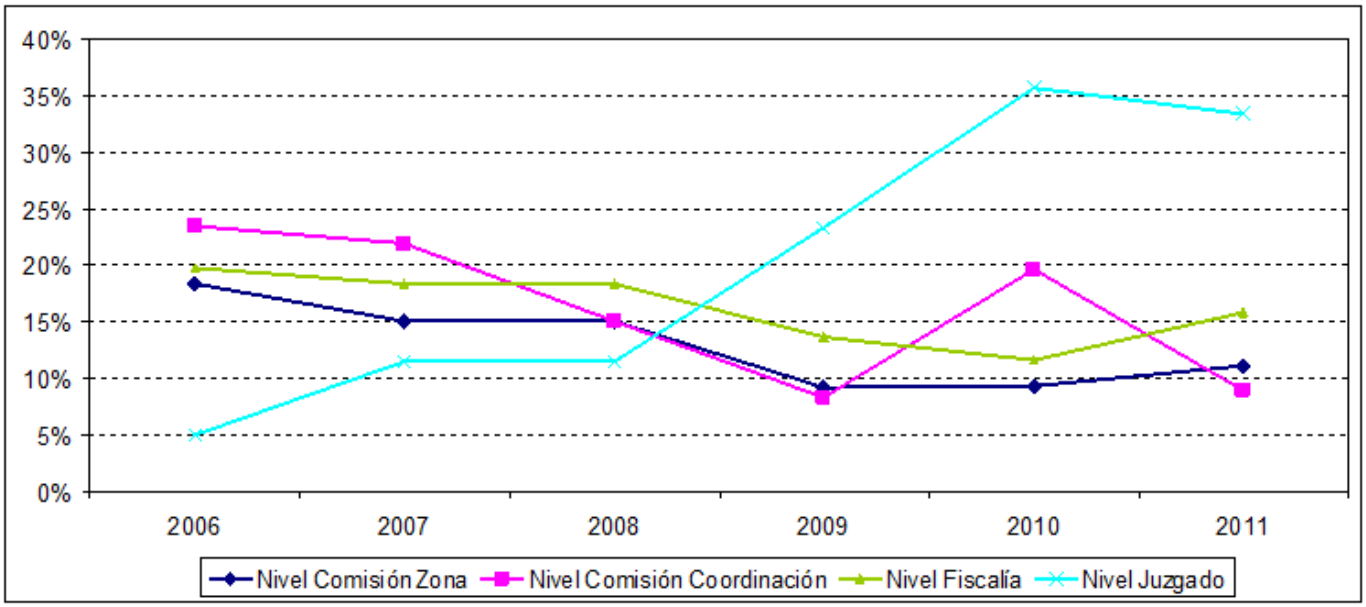
Este programa actúa de acuerdo a un protocolo definido en tres niveles diferenciados de actuación: centros educativos, comisiones de zona y comisión de coordinación. Los centros educativos son el primer nivel de intervención y tienen como objetivo general ser el primer frente de acción. Los centros participantes en Zaragoza ciudad son 168: 104 públicos y 64 privados concertados. El segundo nivel son las comisiones de zona, una por distrito, y tienen como misión principal la coordinación de los casos de absentismo que se presenten en su zona. El último nivel son las comisiones de coordinación.

Cuadro 2.26: Número de menores atendidos en el programa de erradicación de absentismo escolar

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nivel Comisión Zona						
San Pablo + Magdalena	93	58	58	35	36	33
Zaragoza	506	385	385	381	388	299
Nivel Comisión Coordinación						
San Pablo + Magdalena	33	16	25	6	39	14
Zaragoza	141	73	166	72	199	158
Nivel Fiscalía						
San Pablo – Magdalena	14	20	20	13	5	12
Zaragoza	71	109	109	95	43	76
Nivel Juzgado						
San Pablo + Magdalena	2	4	4	7	5	12
Zaragoza	40	35	35	30	14	36

Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

Gráfico 2.14: Porcentaje de menores atendidos en el programa de erradicación de absentismo escolar en el CH con respecto al total de la ciudad



Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

La fiscalía de Menores se ha incorporado dentro del programa de Absentismo para los casos de mayor gravedad, derivados por la Comisión de Coordinación. Su intervención consiste en requerir a las familias para que justifiquen el absentismo escolar de sus hijos, informándoles de sus obligaciones legales como padres o tutores. En última instancia, desde la Fiscalía de Menores se presenta denuncia del caso al Juzgado de Instrucción correspondiente.

De nuevo aparece el descenso del número de servicios. Además, como se contempla en el gráfico 2.14 la manera de enfocar el problema ha variado de manera evidente en el Casco Histórico.

De esta forma, el nivel juzgado ha pasado a ser la única actuación que ha ganado peso en términos relativos al resto de ciudad, mientras que los otros tipos de intervención lo pierden de manera continuada.

Programa de apoyo a la escolarización

Este Programa se lleva a cabo en los barrios incluidos en los Planes Integrales de la ciudad: Casco Histórico, Oliver y Vadefierro. Este programa incluye una serie de actuaciones que tienen el objetivo favorecer la escolarización de los menores e incidir en situaciones que pueden ser determinantes de absentismo escolar. En el Casco Histórico el programa otorga becas de comedor dirigidas a los alumnos de los colegios privados concertados del ámbito de plan: Escuelas Pías, Carmen y San José, La Anunciata, Cantín y Gamboa y San Vicente Paúl.

Cuadro 2.27: Número de becas comedor del programa de apoyo a la escolarización

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Importe total de las becas (CH)	78.740	69.015	60.075	81.900	105.800	104.340	110.250
Becas concedidas en CH	127	107	89	117	143	141	147
% del CH s/ total de becas	76,00%	77,00%	69,50%	70,50%	82,70%	94,00%	96,10%

Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias anuales de los Servicios Sociales

2.2.3. Evolución de la actividad económica en el barrio

Una aproximación a la actividad económica que se desarrolla en el Casco Histórico pasa por la distribución geográfica de las empresas que en él tienen su sede, lo que puede hacerse usando la información del registro mercantil en el que una buena parte de las entidades tienen obligación de inscribirse. Evidentemente, es una aproximación parcial pues allí figuran fundamentalmente las sociedades limitadas y anónimas y no aparecen los empresarios individuales y trabajadores autónomos que constituyen una fracción significativa del entramado de pequeño comercio y de los servicios urbanos que conforman el barrio.

A mediados de diciembre de 2012 figuran, registradas y activas, 3017 empresas[12] dentro de los límites del Casco Histórico[13] Su distribución geográfica dentro de él no es uniforme. Al revés, tiene pautas de concentración. Se ha mantenido la separación en zonas, como en el apartado dedicado a la población, pero se ha tratado separadamente a las calles y plazas en las que tienen su sede el mayor número de empresas, ya que la concentración geográfica se manifiesta en que el 72.7% de las empresas se localizan en un conjunto de 28 calles, según la distribución que figura en el cuadro, ordenadas según frecuencias descendentes.

[12] *Un 87.2% sociedades limitadas y un 11.5% de sociedades anónimas.*

[13] *No se tiene en cuenta las sociedades ubicadas en El Rabal ni en las vías que separan el Casco Histórico del resto de la ciudad: los paseos de María Agustín, Pamplona, Constitución, La Mina y calle Asalto.*

Cuadro 2.28. Porcentaje de las sociedades radicadas en el Casco Histórico

Calle	% s/total
Independencia	11,42
Coso	10,12
Cesaraugusta	5,41
Sanclemente	5,11
San Miguel	3,85
Alfonso	3,82
Costa	3,58
Conde Aranda	3,45
D. Jaime	2,52
Zurita	2,29
Pza. Salamero	1,92
Pza. Arag-Paraiso	1,76
Pza. Sitios	1,49
T.C. Valenzuela	1,39
Cinco Marzo	1,36
Cadiz	1,33
Bilbao	1,16
Madre Rafols	1,16
Albareda	1,16
Amar Borbón	1,13
San V. Paul	1,03
Pza Pilar	0,96
Pza. España	0,90
San Jorge	0,90
Ramón y Cajal	0,90
Mayor	0,86
Pza. Carmen	0,86
Echegaray	0,76
Resto	27,38

Fuente: elaboración propia con datos del Registro Mercantil de Zaragoza

El cuadro muestra la concentración existente en las vías pertenecientes a las zonas E y F, alrededor del eje central que constituye el Paseo de la Independencia. En la zona A tan sólo aparecen con cierta importancia Conde Aranda y la parte correspondiente de Cesaraugusta, mientras que en la zona B, como cabía espera, Alfonso, Don Jaime, San Vicente Paul, San Jorge y Mayor.

Una vez descontadas las sociedades ubicadas en las calles citadas, el resto se distribuyen por las zonas correspondientes según figura en el cuadro 2.29. Allí destaca la zona B, en cuyo conjunto de callejuelas se dispersa una parte importante de las sociedades, seguida a gran distancia de la zona A.

Cuadro 2.29. Porcentaje de empresas sobre el total del Casco Histórico

Zona	% empresas
A	4,8
B	10,0
C	0,7
D	2,7
E	4,3
F	3,6
G	0,9

Fuente: elaboración propia con datos del Registro Mercantil de Zaragoza

Otro enfoque es estudiar la distribución de los establecimientos según el sector económico en el que se encuadran. Para ello se han agrupado las sociedades atendiendo a la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE, a nivel de dos dígitos) y el cuadro 2.30 muestra en orden decreciente la importancia relativa de cada uno de los sectores . Puede observarse el predominio de los sectores relacionados con la construcción y con las actividades inmobiliarias que ocupan los dos primeros puestos, además del séptimo (servicios técnicos de arquitectura) y noveno (construcción especializada). En segundo lugar destacan las actividades de comercio (al por menor en tercer lugar y al mayor en sexto), seguido de las servicios de restauración. El resto, hasta un total de 21 sectores está compuesto, primordialmente, por empresas del sector terciario.

Cuadro 2.30. Importancia relativa de las diferentes actividades económicas

CNAE2	Nomenclatura_CNAE	PP
41	Construcción de edificios	20,62
68	Actividades inmobiliarias	15,44
47	Comercio al por menor; excepto de vehículo	7,54
56	Servicios de comidas y bebidas	6,78
69	Actividades jurídicas y de contabilidad	5,88
46	Comercio al por mayor e intermediarios	5,08
71	Servicios técnicos de arquitectura e ing.	3,12
70	Actividades de las sedes centrales	3,12
43	Actividades de construcción especializad	2,49
35	Suministro de energía eléctrica; gas; va	2,42
74	Otras actividades profesionales; científ.	2,03
66	Actividades auxiliares a los servicios f	1,96
73	Publicidad y estudios de mercado	1,76
55	Servicios de alojamiento	1,59
1	Agricultura; ganadería; caza y servicios	1,56
62	Programación; consultoría y otras activ.	1,56
96	Otros servicios personales	1,53
82	Actividades administrativas de oficina	1,43
86	Actividades sanitarias	1,23
64	Servicios financieros; excepto seguros y	1,16
85	Educación	1,10

Fuente: elaboración propia con datos del Registro Mercantil de Zaragoza

El cruce de la clasificación geográfica y sectorial proporciona información prolija y difícilmente asimilable. Una forma de abordarlo es seleccionar, para cada calle y zona, aquellas actividades que recogen más del 10% de la actividad económica de la zona. Es la información que figura en el anexo 6, en donde las calles figuran según orden alfabético y las actividades económicas según importancia relativa.

El cuadro del anexo 6 muestra que en veinte casos la construcción de edificios y las actividades inmobiliarias figuran entre las actividades más frecuentes. Salvo en tres calles, el primer lugar es ocupado bien por la construcción de edificios o bien por las actividades inmobiliarias. El comercio figura con la mayor importancia relativa en Don Jaime y en San Vicente de Paul. También figura con pesos superiores al 10% en Albareda, en Alfonso, en Cinco de Marzo, Conde Aranda, San Miguel y Zurita. Los servicios de Comidas y Bebidas aparecen en primer lugar en la calle Mayor. También figuran en calle Cadiz, Echegaray, Plaza del Pilar, y resto del Casco Histórico.

El mismo ejercicio, realizado por zonas una vez excluidas las calles principales da el resultado que proporciona el cuadro 2.31. Una vez eliminadas las calles principales los sectores vinculados a la construcción pierden importancia relativa (aunque aparece en todas las zonas) y lo ganan los servicios de comidas y bebidas que es el más importante en las zonas B, F y G y El segundo en importancia en A.

A continuación se describirá el comportamiento de la actividad económica y su evolución en el tiempo. La apertura y cierre de empresas desde el año 2000 pone de manifiesto como la creación de empresas es creciente hasta alcanzar el pico en el año 2006, momento en que se produce una reducción vertiginosa en el número de nuevas empresas creadas. Por el contrario, el número de cierres que es reducido al principio de la década, se eleva en el 2007 y, sobre todo, en el año 2011.

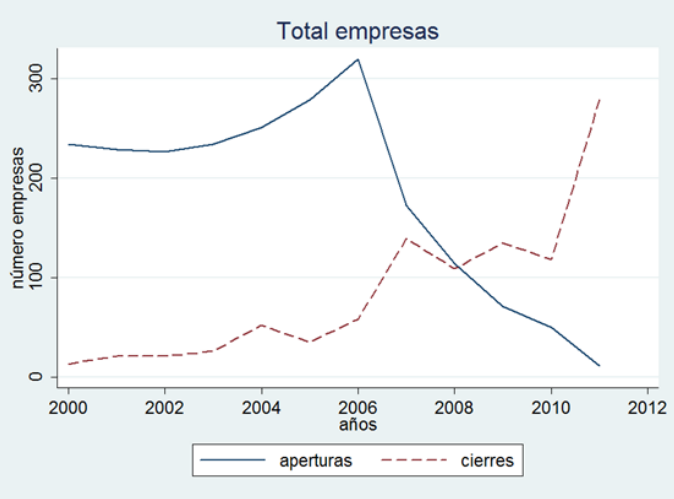
El perfil es más o menos similar para los sectores productivos que más movimiento de empresas tienen en el periodo y que son los que se recogen en los gráficos siguientes.

Cuadro 2.31. Importancia relativa de las principales actividades económicas dentro de cada zona geográfica (descontadas las calles principales)

Zona	CNAE2	NOM_CNAE	PP
A	41	Construcción de edificios	21,2
	56	Servicios de comidas y bebidas	12,3
	47	Comercio al por menor; excepto de vehíc.	11,0
B	56	Servicios de comidas y bebidas	20,9
	41	Construcción de edificios	15,6
	68	Actividades inmobiliarias	12,6
C	43	Actividades de construcción especializa	19,0
D	68	Actividades inmobiliarias	20,7
	41	Construcción de edificios	15,9
E	68	Actividades inmobiliarias	20,2
	41	Construcción de edificios	14,7
F	56	Servicios de comidas y bebidas	14,7
	68	Actividades inmobiliarias	14,7
	41	Construcción de edificios	11,9
G	56	Servicios de comidas y bebidas	14,3
	68	Actividades inmobiliarias	14,3
	41	Construcción de edificios	10,7
	46	Comercio al por mayor e intermediarios	10,7

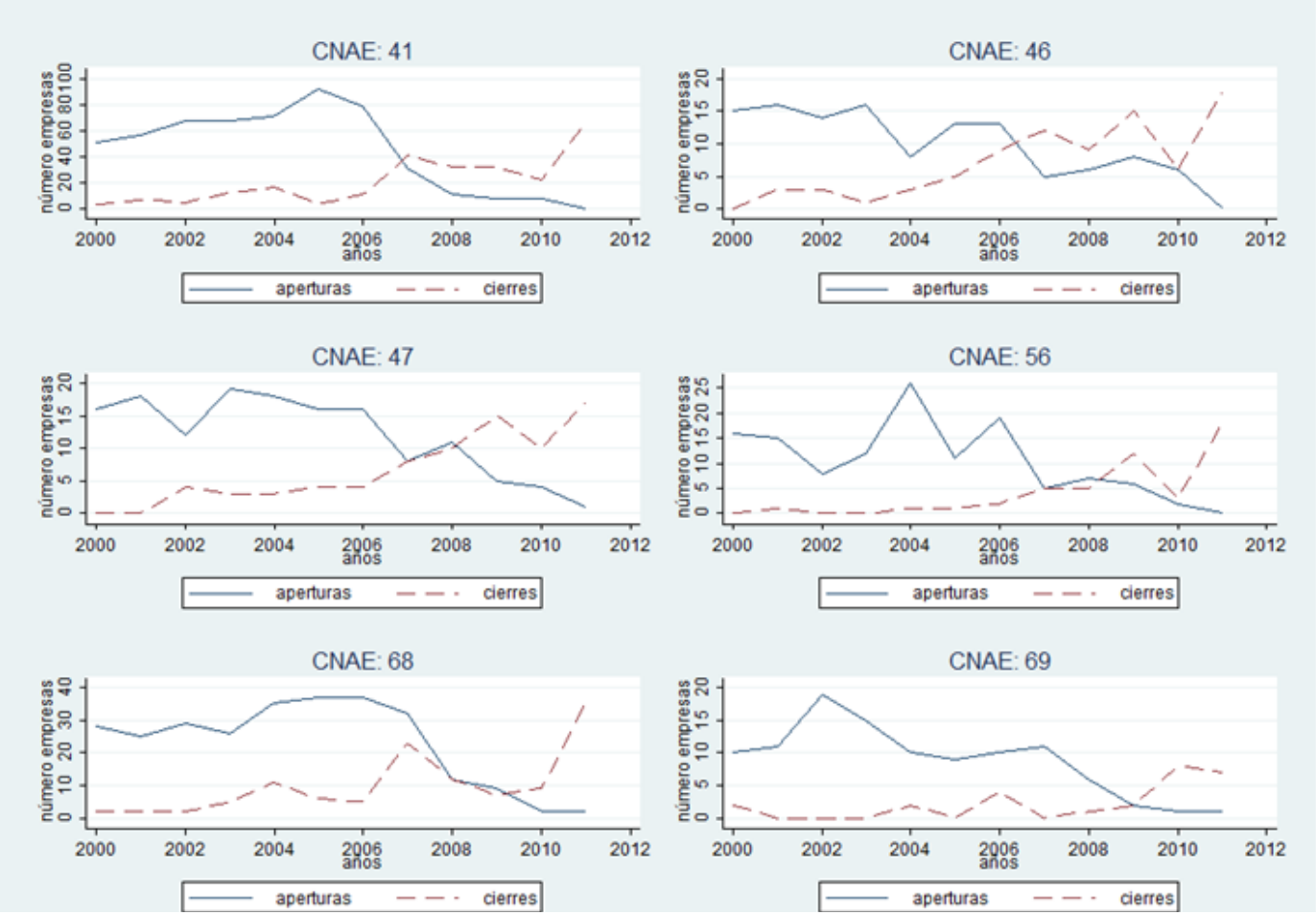
Fuente: elaboración propia con datos del Registro Mercantil de Zaragoza

Gráfico 2.15. Altas y bajas de empresas por años en el Casco Histórico



Fuente: elaboración propia con datos del Registro Mercantil de Zaragoza

Gráfico 2.16. Evolución de las aperturas y cierres de empresas en el CH por sectores



Fuente: elaboración propia con datos del Registro Mercantil de Zaragoza

La creación de nuevas empresas en el sector 41 (Construcción de edificios) alcanza su pico en el 2005 y la destrucción despega en el 2007. Un perfil distinto presentan el 46 y el 47 (Comercio al por mayor y al por menor, respectivamente) en donde el ritmo de creación de empresas es descendente a lo largo de toda la década mientras que los cierres son crecientes.

El 68 y el 69 también comparten perfil (corresponden a las actividades inmobiliarias y a las actividades jurídicas y de contabilidad). Se estaban creando empresas de forma sostenida hasta 2007, reduciéndose drásticamente después, mientras que el cierre de empresas se incrementa en el 2010.

2.3. Vulnerabilidad subjetiva

En este apartado se presentan aspectos que pueden afectar a las condiciones de vida del barrio. En este caso, debido a que no están disponibles los datos referidos al Censo de Viviendas del 2011 no ha sido posible compararlo con el de 2001 para ver la evolución. No obstante ha sido posible encontrar información más reciente de algunos aspectos que influyen sobre cuestiones relevantes no contempladas en apartados anteriores.

Un primer elemento es el del ruido. De las entrevistas a los distintos actores o agentes del Casco Histórico se deduce que es un problema que preocupa y que influye en la calidad de vida del barrio, con lo que se presentan los resultados de una encuesta realizada en 2009 por la Agencia de Medio Ambiente del Ayuntamiento de Zaragoza.

El segundo de los aspectos a considerar es el de la densidad asociativa, medida como número de asociaciones por habitante, puesto que determina en parte el grado de cohesión social del barrio.

2.3.1. El ruido en el Casco Histórico

Un elemento importante que aparece en las entrevistas realizadas a los actores del barrio es el del ruido. En la actualidad la lucha contra este tipo de contaminación está ocupando un lugar importante en las agendas de los ayuntamientos de las ciudades. Por tanto es relevante analizar con la información disponible. Para ello se dispone de los resultados de una encuesta realizada por el Ayuntamiento de Zaragoza, Agencia de Medio Ambiente y Sostenibilidad en el 2009.

Dado que la fecha es relativamente reciente son resultados de interés y son representativos de la opinión de los residentes en el barrio. En el cuadro 2.32 se presentan algunas opiniones referidas a distintos aspectos y su influencia sobre el entorno residencial en la ciudad de Zaragoza, en el Casco Histórico y en otros tres barrios con el objeto de que sirvan de marco comparativo. Los resultados de la encuesta muestran claramente que hay dos problemas que se podrían considerar como graves: el ruido de la recogida de basuras y el de las motos. Este hecho se debe, sin duda, al entramado de calles del barrio, puesto que su reducida anchura de calles origina un efecto de reverberación del ruido de estos elementos a los habitantes del barrio. Este resultado también sirve de atención para la implementación de políticas de pavimentación convenientes que contribuyan a reducir el ruido asociado al rozamiento o la exploración de la incorporación de vehículos de limpieza con menor emisión de sonido de funcionamiento.

Respecto a aspectos como automóviles, autobuses y tráfico rodado las cifras también son importantes aunque se sitúan por debajo de la media en el total de la ciudad y muy alejadas de las que se dan para el Centro. El resto de elementos presentan un comportamiento conveniente en términos relativos.

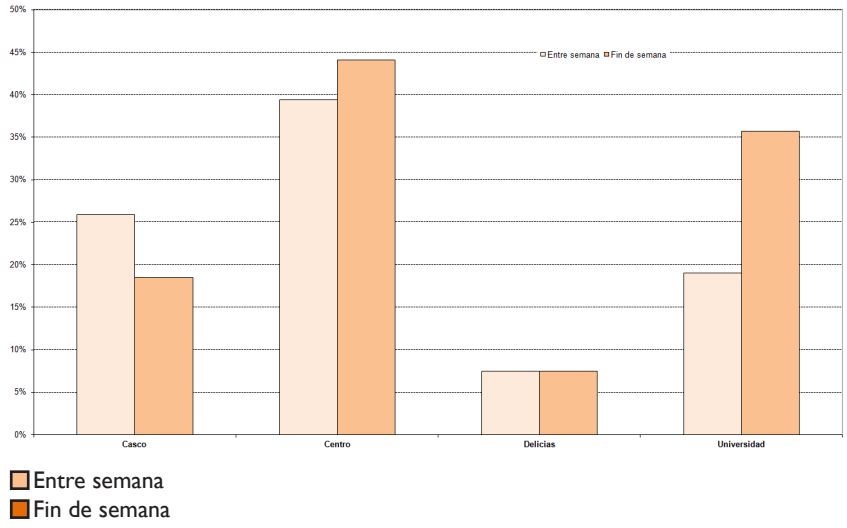


Cuadro 2.32. Impacto del ruido en el entorno residencial: porcentaje de respuestas que lo consideran elevado

	Total ciudad	Casco Histórico	Centro	Delicias	Universidad
Fiestas, ferias	7,8%	0,0%	29,4%	2,9%	11,9%
Gente paseando, niños	4,3%	3,7%	11,8%	1,5%	2,4%
Animales domésticos	7,8%	3,7%	14,7%	0,0%	7,1%
Recogida basuras, limpieza de calles	16,3%	40,7%	47,1%	0,0%	29,3%
Obras	12,8%	3,7%	50,0%	1,5%	40,5%
Talleres e industrias	3,5%	3,7%	2,9%	13,2%	9,8%
Automóviles	20,5%	18,5%	58,8%	5,9%	45,2%
Motos	27,0%	33,3%	61,8%	8,8%	47,6%
Autobuses	13,1%	11,5%	41,1%	2,9%	29,3%
Tráfico rodado	19,0%	18,5%	58,8%	8,8%	47,6%
Aviones	2,3%	3,7%	0,0%	10,3%	0,0%
Bocinas, sirenas	19,0%	0,0%	41,2%	1,5%	33,3%

Fuente: Agencia de Medio Ambiente y Sostenibilidad, Ayuntamiento de Zaragoza, 2009

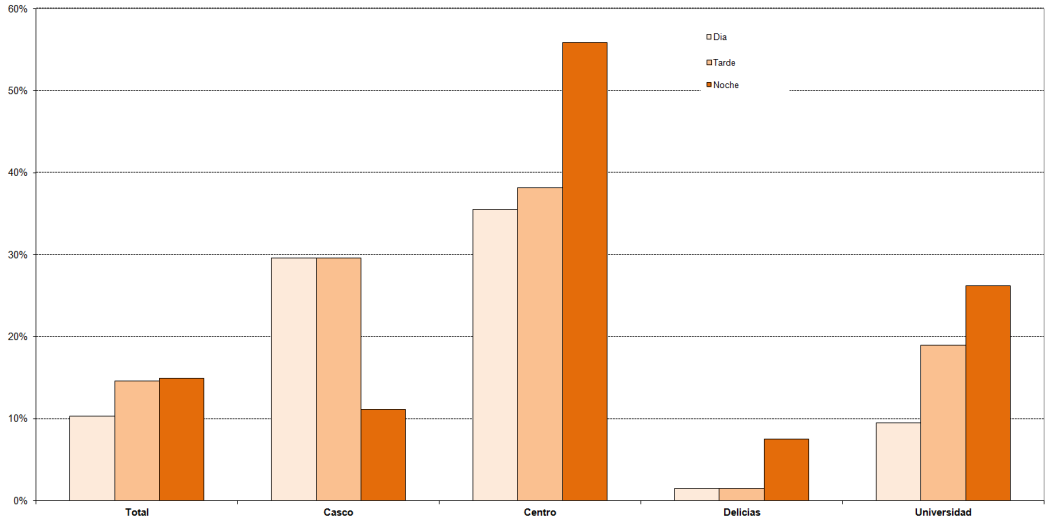
Gráfico 2.17. Impacto elevado del ruido según día de la semana



Fuente: Agencia de Medio Ambiente y Sostenibilidad, Ayuntamiento de Zaragoza, 2009

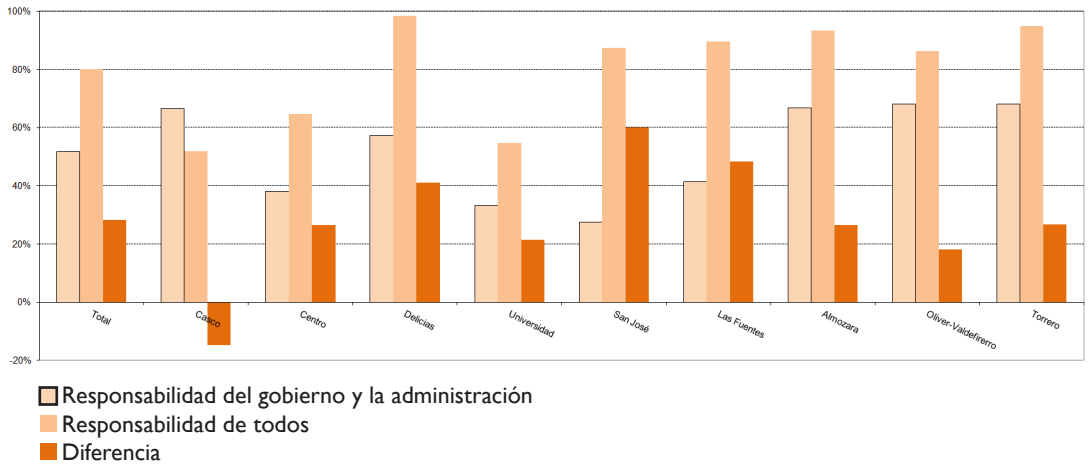
La percepción anterior se ve corroborada por el análisis del ruido y la hora del día, gráfico 2.18. En este caso, el Casto Histórico presenta problemas de ruidos superiores a la media de la ciudad durante el día y la tarde, pero inferior por la noche. Destaca que el problema del ruido en el Casco Histórico pasa de ser considerado como relevante por el 30% de los encuestados durante el día y la tarde a solo el 10% por la noche, mientras que la tendencia es la inversa en el resto de barrios o en el total de la ciudad de Zaragoza.

Gráfico 2.18. Impacto elevado del ruido según hora



Fuente: Agencia de Medio Ambiente y Sostenibilidad, Ayuntamiento de Zaragoza, 2009

Gráfico 2.19. Responsabilidad del problema del ruido



Fuente: Agencia de Medio Ambiente y Sostenibilidad, Ayuntamiento de Zaragoza, 2009

Para terminar la encuesta del Ayuntamiento presenta resultados acerca de la responsabilidad del problema. Como muestra el gráfico 2.19 la percepción de dicha responsabilidad es distinta en el Casco Histórico. En este sector se considera que son las administraciones públicas las máximas responsables del problema, por debajo del porcentaje atribuido a la población, hecho que solo sucede en este barrio.

2.3.2. Actividad asociativa y tejido social del barrio

La actividad asociativa de un barrio es un buen indicador del grado de participación ciudadana o del capital social de dicho barrio. La presencia o no de asociaciones determina la "vida social" del barrio en gran medida, puesto que establece la presencia de puntos de encuentro entre la población residente. Por otro lado son indicadoras del dinamismo del barrio puesto que sus actividades son capaces de "atraer" residentes en otras áreas. Por último, contribuyen a la cohesión social, puesto que permiten enfocar determinados problemas como son los referidos a discriminación, problemas idiomáticos, etc…

Como se comprueba en el cuadro 2.33, el Casco histórico presenta una densidad asociativa muy superior a la media de la ciudad de Zaragoza, y en concreto presenta el mayor número de asociaciones por habitante de toda la ciudad con lo que el porcentaje que de asociaciones supera ampliamente (más de 8 puntos porcentuales) el que les correspondería si éstas se distribuyesen según la población de cada uno de los barrios. Esta mayor densidad asociativa es más del doble de la media, con lo que queda en evidencia la elevada implantación de este tipo de organizaciones en el barrio.

Cuadro 2.33: Distribución de las asociaciones y la población por Junta municipal, 2012

	Asociaciones		Población			
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Brecha	Asociación por 1000 hab.
ACTUR-REY FERNANDO	182	8,96%	59.730	9,28%	-0,32%	3,05
CASABLANCA	75	3,69%	35.873	5,57%	-1,88%	2,09
CASCO HISTÓRICO	314	15,45%	46.917	7,29%	8,17%	6,69
CENTRO	219	10,78%	54.486	8,46%	2,32%	4,02
DELICIAS	225	11,07%	109.083	16,94%	-5,87%	2,06
EL RABAL	196	9,65%	79.299	12,32%	-2,67%	2,47
LA ALMOZARA	83	4,08%	29.898	4,64%	-0,56%	2,78
LAS FUENTES	112	5,51%	44.038	6,84%	-1,33%	2,54
OLIVER-VALDEFIERRO	87	4,28%	15.278	2,37%	1,91%	5,69
SAN JOSE	176	8,66%	69.118	10,73%	-2,07%	2,55
SANTA ISABEL	38	1,87%	13.067	2,03%	-0,16%	2,91
TORRERO-LA PAZ	112	5,51%	37.730	5,86%	-0,35%	2,97
UNIVERSIDAD	213	10,48%	49.342	7,66%	2,82%	4,32
Total	**2032**		**643859**			**3,16**

Fuente: Ayuntamiento de Zaragoza

2.4. En síntesis

Para terminar es pertinente señalar algunos puntos relevantes sobre el perfil del barrio. El Caso Histórico presenta una mayor variabilidad o sensibilidad en términos de atracción o expulsión de la población asociada a la situación económica, sobre todo en la población masculina y su tasa de envejecimiento se ha aproximado a la del resto de la ciudad aunque sucede lo contrario en la de sobreenvejecimeinto. En definitiva en el Casco Histórico residen menos "viejos", pero son de mayor edad

Esta evolución no ha sido homogénea en las zonas de barrio puesto que aparece descensos notable de la población en la zona sur, áreas E, F y G, y en otras áreas como el barrio de San Pablo (zona A) o la Magdalena y Tenerías (zona C), crecimientos por encima del 9%. Esta heterogeneidad se hace más ostensible si se analiza la evolución por tramos de edad y en términos de población inmigrante que se concentra claramente en la zona A.

En cuanto a la vulnerabilidad socioeconómica el informe se centra en dos aspectos, la educación y los servicios sociales en el Casco Histórico. En educación la comparación entre españoles y el conjunto de los extranjeros indican unos niveles de segregación altos, entre el 40% y el 50%. En la educación infantil la segregación se ha mantenido, se reduce en educación primaria y aumenta significativamente en la Secundaria Obligatoria.

El peso de los usuarios del Casco Histórico en la mayoría de los programas de los Servicios Sociales está muy por encima del peso relativo que esta zona tiene en el conjunto de la ciudad. Los usuarios de los servicios de información del Casco Histórico suponen alrededor del 17% del total de usuarios de la ciudad y en el programa de Ingreso Aragonés de Inserción ascienden al 20%, dado que la población del distrito es apenas el 7% del total, esto indica que las necesidades sociales del Casco Histórico están muy por encima de las que existen en otros barrios de Zaragoza, reflejando el nivel de vulnerabilidad de un sector importante de su población.

Aunque el nivel de demanda en la mayoría de los servicios sigue relativamente alto en el Casco Histórico en relación con otras zonas de la ciudad, se puede observar un descenso en la importancia relativa de los casos de residentes del Casco Histórico, especialmente en los programas relacionados con la infancia, como el de apo-



yo socioeducativo, maltrato infantil o el de educación de calle, mientras que en otros barrios crece la demanda de estos servicios.

Los años 2010 y 2011 han supuesto una fuerte caída en la atención de nuevos usuarios en algunos programas, tanto en el Casco Histórico como en el resto de la ciudad, aunque el descenso se aprecia más notablemente en los CMSS del Casco Histórico. Un análisis más detenido que supera el objetivo de este informe debería centrarse en considerar si el descenso se debe a factores de demanda (menor número de solicitantes) o de oferta (reducción de personal y recursos dedicados a los diferentes servicios de atención).

En cuanto a la evolución de las empresas cuyo domicilio se encuentra en el Casco Histórico se puede afirmar lo siguiente. Existe una clara concentración en las vías pertenecientes a las zonas E y F, alrededor del eje central que constituye el Paseo de la Independencia. En la zona A tan sólo aparecen con cierta importancia Conde Aranda y la parte correspondiente de Cesaraugusta. Por este motivo, con el objeto de eliminar el efecto tamaño se ha realizado el análisis para el resto de zonas definidas en el PICH. Si se agrupan las empresas por zonas, si se eliminan las calles principales los sectores vinculados a la construcción pierden importancia relativa (aunque aparece en todas las zonas) y lo ganan los servicios de comidas y bebidas que es el más importante en las zonas B, F y G y el segundo en importancia en A. Para terminar, la evolución de la creación y desaparición de empresas muestra claramente el efecto de la crisis, especialmente en el sector de la construcción. Destaca que los sectores 56 (Servicios de comidas y bebidas) y 69 (Actividades jurídicas y de contabilidad) fueron capaces de no destruir entidades los primeros años de la crisis, pero se han visto obligadas a cerrar en los dos últimos años considerados.

En el último de los boques se analizan algunos aspectos añadidos. En primer lugar se presentan los datos de una encuesta del Ayuntamiento referida al ruido. En este caso, parece claro que el problema del barrio se asocia a la recogida de basura y al tráfico, mientras que los residentes no se consideran responsables de dicho ruido. En cuanto a las asociaciones, el Casco histórico presenta una densidad asociativa muy superior a la media de la ciudad de Zaragoza.





3. EVALUACIÓN PICH 2005-2012

3. EVALUACIÓN PICH 2005-2012

3.1. Punto de partida: de la gestión y del impacto

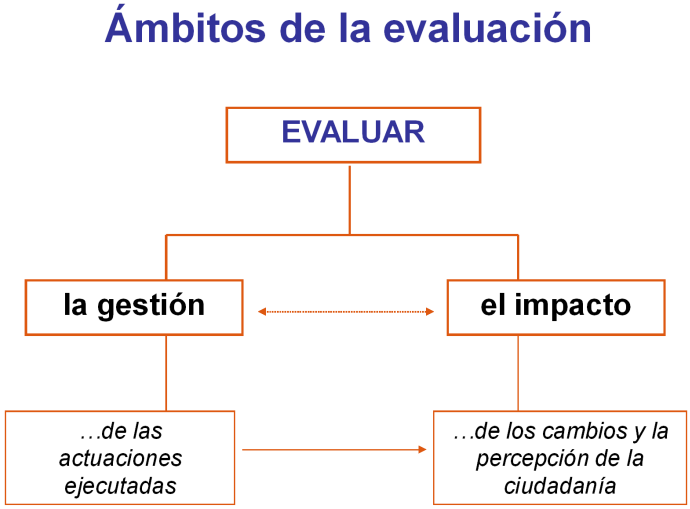
La evaluación de políticas públicas se ha incrementado a medida que las administraciones, sus gestores y la ciudadanía aumentan el nivel de exigencia tanto en la gestión de los recursos públicos como en los resultados que se obtienen de ellos. Y esto se multiplica en tiempos de crisis donde la presión en el control de gasto y la eficiencia en la gestión se convierten en foco de atención de todos los actores implicados en la vida pública. Planificación y evaluación discurren de forma paralela (Alvira, 2002). Pero no se trata solo de hacer repertorios de actividades realizadas o de recopilar información sobre lo que se hace. El objetivo es presentar un análisis de los resultados a partir de los datos disponibles ofreciendo una descripción de los mismos y una valoración partiendo de las percepciones de los actores implicados. Esta evaluación del PICH ha de situarse en ese marco de referencia.

En este capítulo se pretende responder al apartado 2.3. del acuerdo de colaboración entre la Universidad y el Ayuntamiento donde se describen los objetivos del proyecto de investigación para la "evaluación del impacto del PICH". El objetivo de la evaluación del impacto que se propone incluye la aplicación de una serie de técnicas de recogida de información que agrupe a los sectores, poblaciones y distintos niveles de las intervenciones desarrolladas en el PICH para el periodo establecido.

En este capítulo del informe se atenderá al primero de los ejes analíticos explicitados en el convenio, a saber: *la valoración del impacto del PICH (cambios producidos como consecuencia del Plan, expectativas colmadas e insatisfechas,…), teniendo en cuenta los cuatro programas ejecutados (Programa 1, de revitalización; Programa 2, de puesta en valor del Casco Histórico; Programa 3, sociocultural y Programa 4, medioambiental).*

Se trata, pues, de analizar y mostrar los principales resultados de la evaluación de la gestión y del impacto que ha supuesto el PICH del periodo 2005-2012. Ambas dimensiones o ámbitos de la evaluación han correlacionado, en el tiempo que el PICH ha estado vigente, con la planificación y ejecución del propio plan.

Gráfico 3.1. Ámbitos de la evaluación

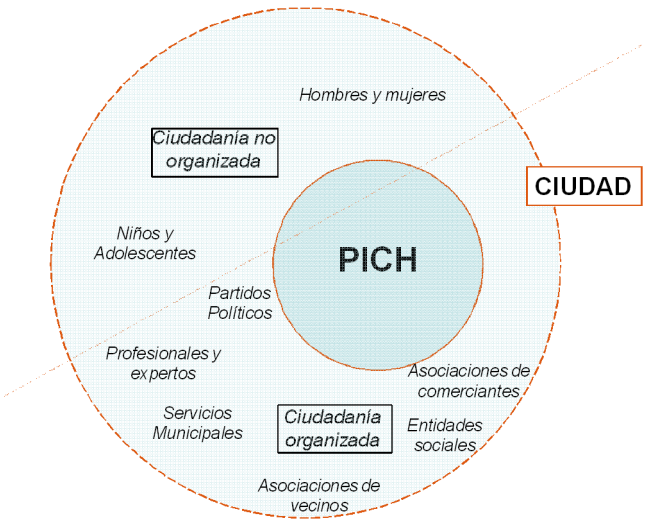




Respecto de la gestión, el énfasis se pone en la revisión de las actuaciones que se han ejecutado durante los años de vigencia del PICH. Respecto del impacto, el foco de atención se concentran en considerar los cambios producidos en el CH, como parte de la ciudad, a partir de las percepciones recogidas de la ciudadanía y actores implicados. La evaluación de impacto social puede plantearse desde distintas perspectivas (Burdge, 1998; Finsterbusch, 1980; Freudenburg, 1986; Vanclay, 2003) en las que siempre se ha de considerar su temporalidad, las posibles relaciones de causalidad y el grado de complejidad e interrelación de los asuntos a considerar.

Para ello aquí se plantea una perspectiva que considera la ciudad de Zaragoza como un sistema de actores, de relaciones y de procesos donde se van decantando, —en el caso concreto del CH— de manera dinámica los cambios en el espacio urbano y en las gentes que lo viven. Por esto mismo, en esta evaluación se han tenido en cuenta una cartografía de actores que, primero, ha distinguido la ciudadanía organizada —que forma parte de distintas entidades de la llamada sociedad civil— de la que no está organizada ni se implica en estas entidades; segundo, se consideran las opiniones de los técnicos de los servicios municipales; tercero, expertos y profesionales que viven en el CH junto; por último, la opinión de los partidos políticos municipales. El gráfico siguiente muestra las categorías de actores señaladas.

Gráfico 3.2. Cartografía de actores PICH



El PICH 2005-2012, como suele ser habitual en las políticas públicas, ha concitado consensos y tensiones desde una multiplicidad de intereses en juego. En la evaluación del impacto de los distintos programas y las actuaciones desarrolladas se han de considerar las diferentes percepciones de los actores implicados. En lo que respecta a la gestión del PICH se ha tenido en cuenta los datos aportados por los propios gestores de las actuaciones diseñadas en el Plan. En el siguiente apartado se revisan, teniendo en cuenta la descripción y valoraciones de los gestores de las actuaciones los elementos más relevantes de la ejecución del Plan. El cuadro siguiente muestra los programas y subprogramas incluidos en el PICH.

Cuadro 3.1. Estructura del PICH 2005-2012

PROGRAMA	SUBPROGRAMA
1. Revitalización	1.1. Suelo 1.2. Rehabilitación y vivienda 1.3. Económico 1.4. Planeamiento y gestión
2. Puesta en valor del Casco Histórico	2.1. Patrimonio histórico 2.2. Turismo
3. Sociocultural	3.1. Educación 3.2. Cultura 3.3. Acción Social 3.4. Equipamiento
4. Medioambiente y paisajístico	4.1. Escena urbana 4.2. Infraestructura y movilidad

3.2. Descripción y evaluación de la ejecución

Descripción de la ejecución de actuaciones

En primer lugar, en lo que respecta a la ejecución "física" de las actuaciones del PICH, —teniendo en cuenta los datos recabados durante el periodo de realización de esta evaluación (septiembre 2012 – febrero 2013), a partir de la información facilitada por los distintos servicios municipales implicados en el mismo—, cabe decir que de las 160 actuaciones planificadas se han ejecutado 137, un 85.6% del total. Ocho se consideran ejecutadas parcialmente (el 5% del total), y las 15 restantes están pendientes de ejecución (el 9,4%).

Tabla 3.1. Ejecución física de las actuaciones por programa

PROGRAMA	Nº de actuaciones planificadas	Ejecutadas totalmente		Ejecutadas parcialmente		No ejecutadas	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Revitalización	40	34	85,0%	0	0,0%	6	15,0%
Puesta en valor del Casco Histórico	38	31	81,6%	1	2,6%	6	15,8%
Sociocultural	55	46	83,6%	7	12,7%	2	3,6%
Medioambiente y paisajístico	27	26	96,3%	0	0,0%	1	3,7%
TOTAL	160	137	85,6%	8	5,0%	15	9,4%

3.1.1. Revitalización

Dentro de lo que es el programa de Revitalización se han ejecutado en su totalidad un 85% de las actuaciones: 34 de las 40 planificadas. En lo que corresponde al subprograma 1.1, Suelo, se han ejecutado 6 de las 7 actuaciones. Queda sin ejecutar la actuación 1.1.4 Cambio Automático de Sistemas de Actuación por Compensación a Cooperación, que no tenía ninguna asignación presupuestaria. Los gestores señalan como principal dificultad la falta de acuerdo con los propietarios privados de las zonas y las trabas administrativas y jurídicas para llevar a efecto esta medida en algunas de las zonas previstas.

Respecto del subprograma 1.2. Rehabilitación y Vivienda, la única actuación que no ha sido ejecutada es la 1.2.2.9 Rehabilitación urgente de edificios de Interés Ambiental en entornos de interés para apartamentos turísticos o alquiler joven. Esta actuación no tenía asignación económica específica. Su partida presupuestaria estaba recogida en los 135.650 € de la actuación 1.3.5 Creación de apartamentos turísticos de alquiler para reconvertir posteriormente para jóvenes.

En el caso del subprograma 1.3. Reactivación y Fomento de actividades económicas se observa que en este programa hay tres actuaciones no ejecutadas. La primera es la consignada como 1.3.4.3. Subvenciones apoyo a la apertura de locales comerciales del barrio de Rabal, con una asignación presupuestaria de 400.000 €. Una de las explicaciones que se indica como principal causa ha sido las dificultades económicas, ya que la realización simultánea en San Pablo y La Magdalena, como barrios prioritarios por su mayor degradación socio-urbanísticas, impidió comenzar el proyecto en el Rabal. Pero, a su vez, la asociación de vecinos tiene muy avanzado el programa para ponerlo en funcionamiento en cuanto haya recursos. La segunda actuación es la 1.3.7. Nueva Ordenación Municipal de mejora y reconversión parcial de las zonas saturadas que ha estado sin asignación presupuestaria. La tercera ha sido la 1.3.9. Adecuación del Mercado Central, con una asignación presupuestaria de 3.000.000 €.
Esto se justifica indicando como principal dificultad la imposibilidad de llegar a un acuerdo con los minoristas del mercado, en particular la importante inversión que requiere y la dificultad de los comerciantes en tiempos de crisis para acometerla.
En lo que corresponde al subprograma 1.4. de Actualización del Planeamiento, desarrollo normativo y gestión del planeamiento se han llevado a cabo 6 de las 7 actuaciones planificadas. No se ha ejecutado la 1.4.7 consistente en la contratación de asistencia técnica en el año 2006 de empresas exteriores gestión y urbanística, que no contaba con asignación presupuestaria.

3.1.2. Puesta en valor del Casco Histórico

De las 38 actuaciones planificadas en el marco del programa Puesta en valor del Casco Histórico se ejecutaron en su totalidad 31 (el 81,6%) y una se considera ejecutada parcialmente.
Dentro del Subprograma 2.1. Conservación del Patrimonio Histórico hay que indicar que quedan pendientes dos actuaciones. La primera es la que corresponde al Teatro Fleta, Iglesia de San Gil, Espacio Goya, Iglesia de San Pablo y Claustro (realizado parcialmente) y la adquisición permuta Coso 159. En este último caso, los gestores señalan que no ha sido posible llegar a un acuerdo con la propiedad dada la elevada pretensión económica de los propietarios. Dificultad que se acrecienta debido a la baja provisión presupuestaria para el año 2012 en adquisición de suelo. En segundo lugar en el caso de la actuación 2.1.3. Recomendación tratamiento diferentes ambientes característicos, con una asignación presupuestaria de 12.000 €.
En este mismo programa del PICH, las actuaciones del subprograma 2.2 Turismo hay que destacar que se han ejecutado al 100%.

3.1.3. Sociocultural

El programa Sociocultural es el que cuenta con un mayor número de actuaciones, 55 en total. De ellas se han ejecutado en su totalidad 46 (83,6%), hay dos que no se han llevado a cabo (3,6%) y 7 que solo se han llevado a cabo parcialmente (12,7%).
Las actuaciones incluidas en el Subprograma 3.1. Educación, Formación y Empleo han sido ejecutadas al 100%.
En el caso del Subprograma 3.2 Cultura está pendiente la actuación que corresponde a la construcción del Centro Cívico San Pablo (3.2.1.), cuya asignación presupuestaria venía recogida en la el subprograma 3.4. Equipamientos.
En lo que corresponde a las 7 actuaciones del subprograma 3.3 Servicios Sociales hay que señalar que se han ejecutado al 100%.
En el Subprograma 3.4. Equipamientos y espacios libres hay que destacar dos puntos. En primer lugar, siete de las actuaciones planificadas no se han ejecutado en su totalidad, seis de ellas por falta de recursos, la séptima, el Centro documentación en la Calle Las Armas 133/137, no llevó a cabo porque el estudio previo desaconsejó actuar en ese local. En segundo lugar, la actuación 3.4.2. – Centro Cívico en el entorno de San Pablo, no se ha llevado a cabo aunque ésta contaba con una asignación presupuestaria de 2.499.990 €.





3.1.4. Medioambiente y Paisajístico

Respecto del programa Medioambiente y Paisajístico hay que decir que es el que más se ha ajustado a la planificación inicial. De hecho, se han ejecutado 26 de las 27 actuaciones planificadas lo que supone el 96,3%. La única actuación no ejecutada es la 4.1.1 del subprograma de Escena Urbana, el cual consistía en la creación de una comisión experta en protección de escena urbana, sin presupuesto asignado.

A las actuaciones descritas habría que sumar inversiones no recogidas inicialmente en el Plan, pero realizadas dentro del PICH como son la Plaza de la Victoria (571.989 €), la ampliación Pablo Gargallo (3.624.000 €), la creación de la red Wifi del Casco Histórico (1.715.640 €), la supresión barreras Montemuzo, la Casa de Juventud del Casco Viejo, el Centro acción social de Las Armas (3.100.00 €), el antiguo Palacio de los Duques de Villahermosa (200.000 €) o el Teatro del Mercado 2008-2009 (538.704 €).

En la tabla siguiente se resume la ejecución física de las actuaciones mostrando las ejecuciones totales, las parciales y las que están sin ejecutar tanto por programas como por subprogramas.

Tabla 3.2. Ejecución física de las actuaciones por subprograma

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	nº de actuaciones	Ejecuciones totales		Ejecuciones parciales		Sin ejecutar	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Revitalización	Suelo	7	6	85,7%	0	0,0%	1	14,3%
	Rehabilitación y vivienda	15	14	93,3%	0	0,0%	1	6,7%
	Reactivación y fomento	11	8	72,7%	0	0,0%	3	27,3%
	Actualización del planeamiento	7	6	85,7%	0	0,0%	1	14,3%
Puesta en valor del CH	Conservación del patrimonio	31	24	77,4%	1	3,2%	6	19,4%
	Turismo	7	7	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Sociocultural	Educación, formación y empleo	9	9	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Cultura	13	12	92,3%	0	0,0%	1	7,7%
	Servicios sociales	7	7	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Equipamiento y espacios libres	26	18	69,2%	7	26,9%	1	3,8%
Medioambiente y paisajístico	Escena urbana	19	18	94,7%	0	0,0%	1	5,3%
	Infraestructura y movilidad	8	8	100,0%	0	0,0%	0	0,0%

Fuente: elaboración propia

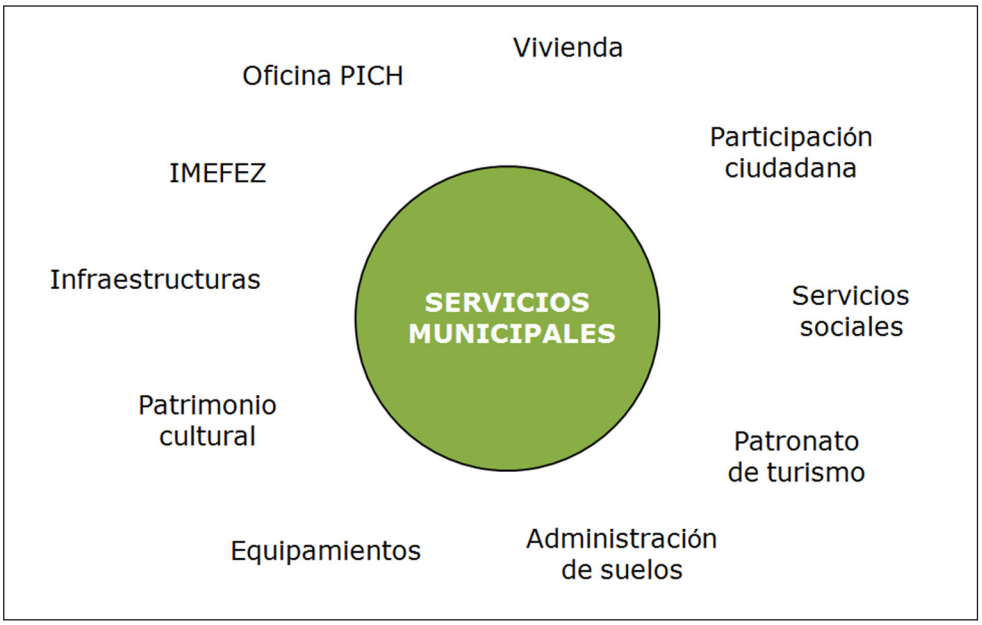
Evaluación de las actuaciones

Las personas responsables de los distintos servicios municipales encargados de la gestión de las actuaciones incluidas en el PICH son portadores de información de primera mano sobre las mismas y, por esa razón, también se encuentran en una posición privilegiada para valorar la ejecución del Plan.

Su mirada tiene un carácter interno al sistema observado que será completado después con las percepciones que otros actores implicados.

En este apartado, se presenta la valoración que los gestores municipales hacen de la ejecución de 80 del total de 160 actuaciones incluidas en el PICH. Los ejes de análisis tenidos en cuenta para esta evaluación han sido cuatro, a saber: (i). la calidad de la actuación ejecutada; (ii). la eficacia de la acción; (iii). la eficiencia en relación con los recursos económicos y los medios empleados; (iv). la adecuación a los objetivos del PICH. La gráfica siguiente muestra una síntesis de los servicios municipales en donde se ha recabado la información para desarrollar esta parte de la evaluación del PICH:

Gráfico 3.3 Servicios Municipales



Fuente: elaboración propia



2.2. Evaluación de las actuaciones

A cada una de las actuaciones se la ha evaluado teniendo en cuenta estos cuatro aspectos aplicando un cuestionario donde se tenía que asignar un valor de una escala de 0 a 4, siendo el 0 equivalente a "deficiente" y 4 "excelente". En promedio, los gestores han valorado los cuatro ejes de análisis —calidad, eficacia, eficiencia y adecuación— por encima de 3, lo que indica que desde su perspectiva y en conjunto, están satisfechos con la ejecución de las actuaciones. Por otra parte, se ha solicitado a los gestores que identifiquen las dificultades que hayan podido interferir en la ejecución y si ha habido alguna circunstancia u oportunidad que la haya mejorado. Finalmente, también se les ha pedido que planteen propuestas o sugerencias de cara al futuro que mejoren este tipo de actuaciones. Por tanto, en cada uno de los programas se presentarán los resultados de las valoraciones junto con una síntesis de las respuestas presentadas ordenadas en dos apartados: (i).las dificultades; (ii). las oportunidades.

Tabla 3.3. nº de respuestas por programa y subprograma

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	CALIDAD	EFICACIA	EFICIENCIA	ADECUACIÓN
Revitalización	Suelo	6	6	6	6
	Rehabilitación y vivienda	10	10	10	10
	Reactivación y fomento	6	6	6	6
	Actualización planeamiento	3	3	3	3
Puesta en valor del Casco Histórico	Conservación del patrimonio	12	12	10	11
	Turismo	6	7	8	9
Sociocultural	Educación y empleo	3	3	3	3
	Cultura	6	6	6	6
	Servicios sociales	5	5	5	5
	Equipamiento y espacios libres	18	18	18	18
Medioambiente y paisajístico	Escena urbana	0	0	0	0
	Infraestructura y movilidad	2	2	2	2

Fuente: elaboración propia

Tabla 3.4. Valoración global media de las actuaciones ejecutadas y valoración por programa

PROGRAMA	CALIDAD	EFICACIA	EFICIENCIA	ADECUACIÓN
Revitalización	2,56	2,40	2,52	2,96
Puesta en valor del Casco Histórico	3,50	3,50	4,00	3,71
Sociocultural	3,03	3,09	3,06	2,50
Medioambiente y paisajístico	3,00	3,50	4,00	3,50
Valoración Global	**3,05**	**3,04**	**3,15**	**3,00**

Fuente: elaboración propia

2.2.1. Programa de revitalización

Este es el programa del PICH que recibe una peor valoración. Aquí los gestores municipales muestran un nivel más bajo de satisfacción con la ejecución de las acciones, sin superar la puntuación de 3 en ninguno de los criterios para el conjunto del programa, aunque se dan algunas diferencias relevantes entre los distintos subprogramas.

Tabla.3.5. Valoración media de las actuaciones ejecutadas en el Programa Revitalización

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	CALIDAD	EFICACIA	EFICIENCIA	ADECUACIÓN
Revitalización	Suelo	2,17	2,00	2,17	2,33
	Rehabilitación y vivienda	3,30	3,20	3,40	3,30
	Reactivación y fomento	1,83	1,83	1,83	2,67
	Actualización del planeamiento	2,33	1,67	1,67	3,67
	Valor promedio	2,4075	2,175	2,2675	2,9925

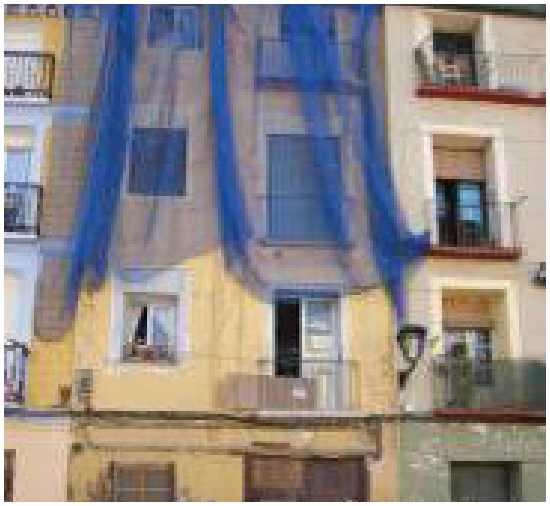
En lo que corresponde al Subprograma 1.1 Suelo, se han detectado cinco dificultades. En primer lugar, que "es necesario que la Oficina del PICH cuente con una definición de recursos humanos integrada en el organigrama municipal y tuviera una composición interdisciplinar de la que ahora carece". En segundo lugar, hay que tener en cuenta las dificultades propias de un CH que encarece la rehabilitación por tratarse de edificios de interés ambiental sometidos a mayores exigencias por patrimonio cultural. En tercer lugar, aparecen las dificultades propias de una propiedad muy fragmentada que dificulta los procesos de expropiación y de permuta. Las expectativas económicas de los propietarios en el periodo previo a la Expo 2008 entorpecieron el proceso. En cuarto lugar, de manera imprevisible a cuando se diseñó el PICH, la irrupción de la crisis económica en el sector inmobiliario ha paralizado de forma muy notable el interés por la iniciativa privada en la ejecución de las edificaciones pendientes en los solares. En quinto lugar, otra dificultad relevante es la falta de acuerdo con los propietarios privados de las zonas y las trabas administrativas y jurídicas para llevar a efecto alguna de las medidas.

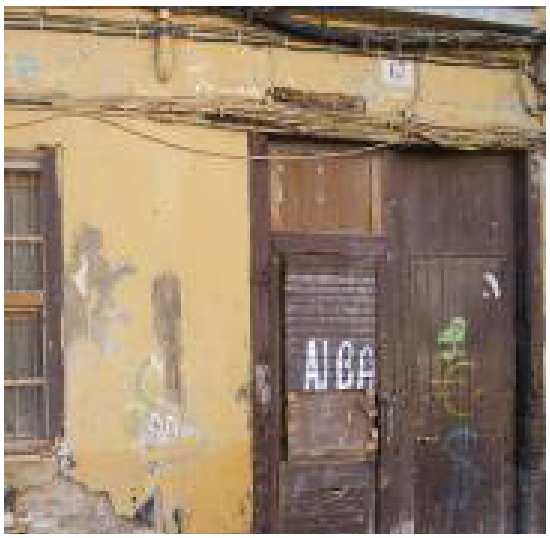
En este mismo subprograma, también hay que destacar cinco oportunidades. En primer lugar la posibilidad de tener recursos propios gestionados por la propia oficina ha permitido la realización de proyectos de revitalización sociocultural previstos en el Plan que habían quedado pendientes. En segundo lugar, la colaboración con la Asociación de Vecinos Tío Jorge y las entidades de la zona. En tercer lugar, dado que el Plan prevé como objetivo no realizar procesos de rehabilitación que expulsen a los habitantes tradicionales con fines especulativos, la puesta



a disposición de viviendas para realojamientos, fundamentalmente de personas afectadas por la rehabilitación de sus edificios o viviendas, ha posibilitado mayor agilidad y colaboración de propietarios e inquilinos en la actuación urbanística. En cuarto lugar, la firma del acuerdo bilateral, Ministerio de Vivienda, DGA y Ayuntamiento. Y quinto lugar, el programa "Esto no es un solar" ha supuesto una forma de obtener espacios públicos en un barrio con muchas dificultades para ello por su trama urbana.

En lo que corresponde al Subprograma 1.2 Rehabilitación y Vivienda se plantean siete dificultades. En primer lugar, destacan las dificultades propias de la realización de obra nueva y rehabilitación en el Casco, que encarece los presupuestos y ralentiza los plazos de ejecución. En segundo lugar, se ha trabajado en edificios y viviendas calificadas como de infra-vivienda, lo que aumenta la complejidad del trabajo y sitúa en una media de dos años el proceso de rehabilitación integral, desde que se toma contacto con los propietarios. En tercer lugar, en el Rabal, la rehabilitación promovida por la Oficina Técnica de Rehabilitación Urbana en Áreas de Rehabilitación Integral (San Blas 37) ha sido de menor importancia cuantitativa y no se ha alcanzado los objetivos al 100%, principalmente porque los propietarios están inmersos en el pago de la rehabilitación de las fachadas y por encontrar edificios con la propiedad muy dividida. En cuarto lugar, se muestran las dificultades para llegar a acuerdos con los propietarios, teniendo en cuenta que en el casco hay un mayor porcentaje de viviendas alquiladas que en el resto de la ciudad. En quinto lugar, en momentos de crisis económica ningún beneficio fiscal es atractivo para la inversión en vivienda. Aunque esta medida se arbitró pensando en la inversión privada de cara a la Expo, se sigue manteniendo la bonificación del Impuesto de Construcciones en las zonas del Plan Integral, lo que debería seguir si se tiene en cuenta que es más costosa la rehabilitación en zonas históricas. En sexto lugar, la aprobación de la Ordenanza de Fomento a la Rehabilitación en un momento de especial dificultad económica y que la ha dejado sin ejecución. Por último, en séptimo lugar, la diferencia de criterios sobre la intensidad de la rehabilitación y la cuantificación de objetivos por parte de las administraciones firmantes del Acuerdo Bilateral.







Respecto a las oportunidades dentro de este subprograma, se formulan nueve.
Primera, se detecta una acogida y recepción positiva de este tipo de actuaciones en el barrio.
Segunda, un reconocimiento generalizado del impacto positivo que producen en la mejora del barrio.
Tercera, a medida que se ha ido conociendo el proyecto de rehabilitación integral y la Oficina de la C/ San Blas 37, se ha ido mejorando la colaboración y coordinación de los servicios y técnicos con las diferentes áreas municipales.
Cuarta, el interés y apoyo de la Asociación de Vecinos Tío Jorge.
Quinta, el CH se beneficia de un 30% de las ayudas a la rehabilitación como consecuencia de tener prioridad las ARIS y estar delimitadas dentro del territorio PICH (San Agustín – Alcober; Armas Casta Álvarez; Zamoray-Pignatelli y el Rabal).
Sexta, la incorporación al Plan General de una ficha por cada edificio catalogado de interés ambiental, arquitectónico o monumental.
Séptima, se detecta que hay interés por parte de la población joven de acercarse al casco como lugar de residencia.
Octava, la capacidad técnica y de gestión que tiene la Sociedad Municipal Zaragoza Vivienda (SMZV) para realizar tareas que necesitan de la colaboración de diferentes técnicos, especialistas, de diferentes ámbitos y especialidades.
Novena, la capacidad de empatía de los técnicos del equipo, la capacidad de adaptación con respecto a un perfil especial, tanto de aparejadores como de trabajadores sociales, y el trabajo en equipo.

En lo que afecta al Subprograma 1.3 Reactivación y Fomento de actividades económicas, en el apartado de dificultades se han destacado cuatro.

La primera es que su puesta en funcionamiento a finales de 2011, coincide con la fuerte recesión económica añadiendo complicaciones a la venta de productos de artesanía.
La segunda, debido a limitaciones económicas, la realización simultánea en San Pablo y La Magdalena, como barrios prioritarios por su mayor degradación sociourbanística, impidió comenzar el proyecto en el Rabal.
Tercera, existe una señalización muy centrada en la Zaragoza romana pero no en los barrios de la Magdalena y San Pablo donde el patrimonio es también considerable; con lo cual no se ha incorporado esta zona al circuito turístico.
Cuarta, la imposibilidad de llegar a un acuerdo con los minoristas del Mercado Central ubicado en puestos sometidos a concesión administrativa. Con la importante inversión que requiere y la dificultad de los comerciantes en tiempos de crisis para acometerla.
Respecto de las oportunidades, en este subprograma, se plantean cinco.



En primer lugar, la coordinación entre las administraciones públicas y las entidades del barrio.
En segundo lugar, la oferta de 8 locales en el barrio de san Pablo ha tenido una buena acogida por los vecinos y asociaciones del Barrio. Ha sido importante el espaldarazo que supone aportar locales donde no debe realizarse ninguna inversión y donde el alquiler los primeros años es muy bajo.
En tercer lugar, ha sido fundamental la coordinación en la gestión Oficina PICH, Zaragoza Vivienda, Zaragoza Cultural y el servicio de Fomento empresarial.
En cuarto lugar, el aumento de la actividad cultural en estos barrios supone un buen momento para acometer la acción.
En quinto lugar, la llegada del tranvía puede ser un buen momento para dignificar un edificio emblemático como es el Mercado Central.

Sobre el Subprograma 1.4 Actuación del planeamiento se plantean tres dificultades.
Una, que los Planes Especiales y Ordenanzas de Estética sólo se han ejecutado en parte mediante la creación de una ficha por cada edificio de interés con señalamiento de los elementos a proteger.
Dos, aunque no estaba previsto en los presupuestos, se ha destinado una importante inversión para comprar suelo por parte de Zaragoza Vivienda.
Tres, la puesta en marcha del tranvía atravesando el casco ha descartado cualquier estudio sobre metro ligero en el plan de accesibilidad.

También son tres las oportunidades planteadas en este subprograma.
Una, es el momento de establecer especialidades en el tratamiento de estos edificios para homogeneizar estéticamente el entorno.

Dos, se ha generado gran expectativa vecinal. Tras años de trabajo cuando se podría iniciar la obra, la crisis ha paralizado proyectos. No obstante a petición de los vecinos se crea una cooperativa que tiene bastantes visos de salir adelante.

Tres, la llegada del tranvía pone encima de la mesa la necesidad de abordar el problema de la movilidad anonadando en las propuestas que ya se hicieron con objeto de Zaragoza Capital de la cultura 2016, esto es, avanzando en la peatonalización del centro histórico.

2.2.2. Programa de puesta en valor del Casco Histórico

En este caso, es el programa donde los gestores muestran un nivel más alto de satisfacción con la ejecución de las acciones, especialmente en el subprograma de turismo.

Tabla 3.6. Valoración media de las actuaciones ejecutadas en el programa Puesta en valor del Casco Histórico

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	CALIDAD	EFICACIA	EFICIENCIA	ADECUACIÓN
Puesta en valor del Casco Histórico	Conservación del patrimonio	3,25	3,25	4,00	3,55
	Turismo	4,00	4,00	4,00	4,00

Fuente: elaboración propia.

Dentro del Subprograma 2.1 Conservación del patrimonio, se plantean cuatro dificultades. Una, en la Iglesia de las Fecetas la rehabilitación del templo y claustro se inició en el año 1992, continuó en 1996 y 1999, pero aun es necesario acometer reformas. Dos, en el Mercado Central, dada la imposibilidad de llegar a un acuerdo con la propiedad por "la elevada pretensión económica de los propietarios".
Esta dificultad se acrecienta debido a la baja previsión presupuestaria para el año 2012 en adquisición de suelo. Tres, en el Foro Romano no se ha realizado ninguna actuación porque no se ha recibido documentación alguna en relación a las fincas que deberían ser objeto de expropiación. Todo ello sin perjuicio de las inversiones que por parte de arquitectura se ha realizado en cuanto a mejoras de acondicionamiento. Cuatro, en las antiguas casas militares de Madre Rafols la principal dificultad es la falta de consignación presupuestaria. Se ha elaborado con presupuestos del PICH, Patrimonio Histórico-Artístico desde el año 2005 por fases.

Aquí se han planteado seis oportunidades a considerar. La primera, en la Iglesia de las Fecetas se ha representado la Puerta de Sancho en una medianería de edificio, dada la "proximidad a su ubicación que mejora la visión del entorno".
La segunda, en el Convento Santo Sepulcro se ha hecho una representación de la Puerta del Sol (Portaza) puerta en muralla en medianería próxima a su situación original en calle Coso.

La tercera, en la Casa Palafox se ha ejecutado el Convenio a través del cual ha pasado a propiedad municipal 800 m2 (planta baja y principal) (Gestión de Suelo). La cuarta, en la Muralla de Cesar Augusto se ha procedido a la restauración de lienzos de Muralla y torreones (consolidación y restauración). La quinta, en la Real Maestranza se han acometido obras de rehabilitación interior (patio, galería alta, cubiertas), fachada y alero en calle Dormer y local Turismo en colaboración con la DGA. La sexta, se han desarrollado recorridos Históricos, con el plan de fachadas en planta baja de Acción Social, dirigido por el Servicio de Patrimonio Cultural Urbanístico.

En lo que corresponde al Subprograma 2.2 Turismo, se plantean dos dificultades.
La primera, actualmente con motivo de las obras del tranvía se ha modificado el itinerario de los buses turísticos.
La segunda es que la medida de Sensibilización Ciudadana no se ha puesto en marcha porque lo que iba a ser el Centro de Historia de la ciudad se ha convertido en un espacio expositivo de distintas expresiones artísticas contemporáneas que depende de Cultura.

Como oportunidades se formulan siete.
En primer lugar, con la Expo se pusieron en marcha los recorridos del bus turístico funcionando los puentes festivos, fines de semana, Semana Santa, Navidad y verano.
Y se han realizado varias rutas guiadas a modo de paseos: mudéjar, renacentista, Goya, romano, visitas panorámicas, ruta cofrade y gastronómica.
En segundo lugar, la Expo 2008 permitió hacer unas buenas guías turísticas y poner en marcha las visitas guiadas en distintos idiomas.
En la edición de folletos y planos turísticos que se realizan anualmente se incluye no sólo el patrimonio sino también la oferta de ocio, cultura, comercio y gastronomía.
En tercer lugar, se han hecho campañas de sensibilización ciudadana para poner en valor el patrimonio de cara a la Expo de 2008.
En cuarto lugar, con la Expo se pusieron en marcha tótems y soportes en información digital.
Los Fondos Estatales de Inversión local (FEIL) supusieron la oportunidad de adaptar las oficinas de Turismo suprimiendo las barreras arquitectónicas y de comunicación y mejorando la accesibilidad y servicios.
En quinto lugar, durante la Expo se reforzaron las medidas de seguridad y vigilancia no sólo en el recinto Expo sino en el centro de la Ciudad.
Si bien fue una actuación puntual, porque ahora la atención es la ordinaria que corresponde a la ciudad en general.
En sexto lugar, se han ampliado los horarios de la ruta romana durante el verano para realización de actividades teatrales hasta las 24 horas.
Por último, a partir de 2009 con los comercios de la zona se han realizado rutas de tapas y rutas literarias.

2.2.3. Programa Sociocultural

Este programa distribuye sus actuaciones en cuatro ejes donde las valoraciones medias dan una buena puntuación, salvo en la adecuación de los equipamientos y espacios libres. La Tabla siguiente muestra las puntuaciones medias de cada uno de los subprogramas.

Tabla 3.7. Valoración media de las actuaciones ejecutadas en el Programa Sociocultural

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	CALIDAD	EFICACIA	EFICIENCIA	ADECUACIÓN
Sociocultural	Educación, formación y empleo	3,33	3,33	3,67	3,33
	Cultura	3,17	3,67	3,50	3,83
	Servicios sociales	3,00	3,00	2,80	3,00
	Equipamiento y espacios libres	2,94	2,89	2,89	1,78

En el caso del Subprograma 3.1 Educación, formación y empleo, se han planteado tres dificultades.
La primera es que la realización de un "Plan de reflote de los colegios del sector no es una competencia municipal si no de la DGA".
La segunda dificultad planteada es que en las Escuelas Taller y Talleres de Empleo integrados en la Formación Profesional la inversión realizada en el último ejercicio en función a las exigencias de la DGA no ha sido reconocida con las aportaciones de DGA en un inicio comprometidas. La tercera es la disminución progresiva de las aportaciones autonómicas en la Programación de Formación y Empleo para jóvenes.
Las oportunidades que se proponen son dos. Una, que el Plan de reflote de los colegios que estaba previsto sin consignación presupuestaria se pudo desarrollar gracias a los FEIL. Se beneficiaron los colegios de Tenerías, Santo Domingo; Joaquín Costa y Gascón y Gotor. Dos, que el cambio de ubicación del Centro Socio Laboral a unos locales más espaciosos e idóneos.

En el Subprograma 3.2 Cultura sólo se plantea una dificultad, y ésta es lo ajustado e incierto del presupuesto. En las oportunidades, se plantean cinco ideas. La primera es la total colaboración e implicación de entidades, escuelas de música, proyectos municipales del Casco Histórico: AA.VV., Conservatorio, Escuela Municipal de Música, Casas Juventud y Proyectos de Intervención en Espacios Escolares (PIEE). La segunda es la implicación de ciertas entidades: Danze, Comisión de Fiestas, AA.VV. y otras personas a título individual. En concreto las actividades que se pueden enumerar son las Fiestas de El Gancho (junio) y Encuentro de Danzes (septiembre). La tercera es la colaboración vecinal. La cuarta, la ayuda por parte de entidades y comerciantes cuando se les propone la idea de realizar actividades de animación de calle en apoyo a sus proyectos y trabajos. La quinta es la total ayuda por parte de los seis centros escolares del barrio, que se implican y se siente agradecidos de participar. Más de 1.400 alumnos/as tienen la oportunidad de asistir a una obra de teatro en un "teatro de verdad".





Respecto del Subprograma 3.3 Servicios Sociales, se formulan dos dificultades. En primer lugar, el recorte económico en los años 2008 y 2012. En segundo lugar, la no coincidencia de las becas con el curso escolar, sino con el año natural. Ello ha supuesto que no se cubriera el período de septiembre- diciembre de los alumnos de nueva matriculación.
También son dos las oportunidades planteadas. Una, que los proyectos tengan continuidad en el tiempo y contar con partida económica suficiente. Dos, que el convenio del Centro de Tiempo Libre (CTL) Gusantina, A.VV. Lanuza Casco Viejo estuvo cofinanciada durante unos años con el Fondo Social Europeo (FSE), lo que supuso un importante incremento económico y la garantía de continuidad en el tiempo.
En lo que corresponde al Subprograma 3.4 Equipamiento y espacios libres, las dificultades señaladas son dos. La primera es que en muchos casos no han podido completarse las actuaciones proyectadas por falta de recursos económicos. La segunda es que hay más dificultades de las esperadas en llegar a acuerdos con los propietarios. La amplia fragmentación de la propiedad y su dificultad para localizarlos dilata mucho los procesos.

2.2.4. Programa Medioambiental y Paisajístico

Este programa tiene unos resultados muy positivos. En especial lo que corresponde a la eficiencia donde se alcanza el mayor resultado

Tabla 3.8. Valoración media de las actuaciones ejecutadas por subprograma

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	CALIDAD	EFICACIA	EFICIENCIA	ADECUACIÓN
Medioambiente y paisajístico	Infraestructura y movilidad	3,00	3,50	4,00	3,50
	Escena Urbana*				

*Fuente: elaboración propia. * No respondieron ese apartado de la encuesta*

En este caso, el Subprograma 4.1 Infraestructuras, movilidad y accesibilidad, se han planteado dos oportunidades.
La primera es que tanto el Plan de acompañamiento Expo como el plan FEIL han supuesto dos inyecciones económicas que añadidas a los presupuestos generales han permitido el grado de ejecución conseguido. La segunda es que el Plan de acompañamiento Expo permitió incluirla en la U11. Además de realizar el parking para autobuses se acondicionó también una zona para vehículos que está siendo intensamente utilizada.

Ejecución financiera de las actuaciones del PICH

El presupuesto inicial del PICH era de 193.796.660 €, el gasto durante el periodo ha ascendido a 164.848.112 €, un 85.06% de lo planificado. Esta tasa de ejecución corresponde únicamente a lo que se ha gastado en aquellas actuaciones incluidas en la planificación inicial, no se incluye el gasto en otro tipo de acciones no recogidas inicialmente.
La distribución del gasto por programas y subprogramas difiere en gran medida de lo planificado. El programa que más se ajusta en gasto es el Sociocultural, con un 82.07% de tasa de ejecución. En los programas Puesta en valor del Casco Histórico y Medioambiente y Paisajístico apenas se gasta el 50% del presupuesto inicial, mientras que el gasto en Revitalización es casi el doble de lo que se había planificado.
Las dos tablas siguientes muestran tanto la ejecución financiera de las actuaciones por programa como la ejecución financiera por subprogramas.

Tabla. 3.9. Ejecución financiera de las actuaciones por programa

PROGRAMA	Presupuesto inicial	Presupuesto ejecutado	Tasa de ejecución
Revitalización	34.037.030 €	62.331.440 €	183,13%
Puesta en valor del Casco Histórico	16.971.600 €	8.035.109 €	47,34%
Sociocultural	85.699.710 €	62.334.608 €	72,74%
Medioambiente y paisajístico	57.088.320 €	28.046.955 €	49,13%
TOTAL	193.796.660 €	160.748.112 €	82,95%

Fuente: elaboración propia

Tabla 3.10. Ejecución financiera de las actuaciones por su programa

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	Presupuesto inicial	Presupuesto ejecutado	Tasa de ejecución
Revitalización	Suelo	4.868.300 €	14.111.781 €	289,9%
	Rehabilitación y vivienda	24.778.080 €	41.012.854 €	165,5%
	Reactivación y fomento	4.330.650 €	5.872.095 €	135,6%
	Actualización del planeamiento	60.000 €	1.334.710 €	2224,5%
Puesta en valor del Casco Histórico	Conservación del patrimonio	14.221.600 €	5.285.109 €	37,2%
	Turismo	2.750.000 €	2.750.000 €	100,0%
Sociocultural	Educación, formación y empleo	5.598.000 €	9.092.440 €	162,4%
	Cultura	984.000 €	1.202.000 €	122,2%
	Servicios sociales	14.091.580 €	20.740.564 €	147,2%
	Equipamiento y espacios libres	65.026.130 €	31.299.604 €	48,1%
Medioambiente y paisajístico	Escena urbana	16.822.760 €	6.178.904 €	36,7%
	Infraestructura y movilidad	40.265.560 €	21.868.051 €	54,3%

Fuente: elaboración propia

3.3. Percepciones ciudadanas del impacto social

El impacto social de una política pública —por ejemplo, el PICH— se puede entender como la huella o impronta que deja una determinada actuación en el sistema social donde se ha producido. Ésta puede ser en lo estructural del sistema, en el plano microsocial de relaciones entre sujetos, en los propios actores y/o en los procesos del sistema. La dimensión temporal del impacto condiciona las posibilidades de evaluación del mismo, dado que sin perspectiva no se pueden percibir las transformaciones. Aunque hay elementos cuya visibilidad es inmediata —por ejemplo, en transformaciones físicas de la escena urbana— otros requieren de más "distancia" porque sus "efectos" se hacen tangibles a medida que pasa el tiempo y se sedimentan las actuaciones —por ejemplo, la apuesta por la movilidad peatonal y en bicicleta, que tiene efectos en la salud ciudadana a largo plazo, derivados de la mejora de la atmósfera, el ejercicio físico de la ciudadanía, etc.—. Otro aspecto metodológicamente relevante en la evaluación del cambio en sistemas sociales complejos es la posibilidad técnica y teórica para atribuir relaciones de causalidad entre variables que inciden en los procesos de cambio social. En este caso, se ha optado por proponer un proceso de evaluación a modo de reflexividad social donde son los actores del sistema, como portadores de las percepciones socialmente construidas del impacto del PICH, quienes desde sus distintas posiciones sociales revisan y responden a las preguntas que permiten describir y valorar las distintas repercusiones que han tenido las actuaciones del PICH como un proceso de cambio integral.

En una primera parte se atenderá a las percepciones de lo que se ha denominado sociedad civil organizada. Dentro de esta distinción se incluyen desde las asociaciones de vecinos, las de comerciantes, expertos y profesionales hasta otras entidades que están en el llamado Tercer Sector de Acción Social. En segundo lugar, se prestará atención a las percepciones recabadas desde el sector profesional, sobre todo arquitectos y urbanistas que han pensado y actuado sobre el espacio urbano. En tercer lugar, se considerarán las percepciones de los grupos políticos a partir de las fuentes directamente consultadas y de las indirectas, bien sea por las actas del Consejo Sectorial del PICH o bien de las manifestaciones expresadas en los medios de comunicación. Por último, se abordará la percepción de la ciudadanía no organizada ni implicada en entidades como las anteriores.

Evaluación desde la sociedad civil organizada

El tejido asociativo del CH de Zaragoza se puede decir que es denso, heterogéneo y activo. La densidad se describe en función del número de entidades en el territorio municipal considerado, así como en el número de personas que éstas movilizan. Es heterogéneo porque incluye organizaciones de muy distinta índole, con actividades e intereses dispares e incluso, en algunos casos, contrapuestos. Además, también es activo porque despliegan diversas acciones públicas y privadas, muchas de las cuales se hacen visibles en el propio CH.

La relación de cada una de estas entidades con el PICH ha sido desigual y con resultados dispares. Por eso, la pregunta de partida ha sido, precisamente, que expliciten qué repercusión, directa o indirecta, ha tenido el PICH en su organización. Y en esto aparece la diversidad que ya se ha indicado.

Se observa un espectro de posiciones que va modulándose, según los casos, desde quienes reconocen que el PICH ha permitido establecer un marco de colaboración mutua —con el Ayuntamiento y los servicios municipales—, implicándose en comisiones específicas de distintas actuaciones, hasta quienes consideran que "funcionaríamos igual estuviese el PICH o no" y no se sienten especialmente condicionados por un plan de estas características ni creen que les haya repercutido internamente en nada que tenga que ver con su gestión y sus objetivos.

En ese abanico de posiciones, las entidades destacan siempre aquellas donde se produce una convergencia de objetivos e intereses "propios" con las actuaciones del PICH. Si el Plan ha llevado a la práctica actuaciones reivindicadas desde hace más o menos tiempo y, además, coincide con lo que se pedía o "luchaba" entonces se ha conseguido acertar y, por tanto, se valora positivamente. Como el territorio implicado en el Plan es muy amplio

y con grandes diferencias entre las zonas, quienes se encuentran en las partes menos vulnerables han percibido menos preocupación municipal en sus áreas que en las que han sido atendidas —por sus niveles de vulnerabilidad urbana— como la Magdalena y San Pablo.

Entre las organizaciones que trabajan directamente en el sector de acción social, el PICH se ha visto como una iniciativa clave de los últimos años. Esto ha permitido potenciar el trabajo en red con las entidades del entorno, facilitando la cooperación, la gestión de recursos y coordinación así como el enriquecimiento mutuo. Los proyectos concretos, el apoyo económico inicial, las sinergias posteriores se valoran muy positivamente por las entidades que han tenido esa relación directa con la gestión del PICH. En muchos de estos casos, acaba identificándose al Plan con la Oficina y las personas que lo gestionan y dinamizan. Lo cual también genera algunas tensiones entre quienes no han contado con esos apoyos. Se detecta un cierto escepticismo entre quienes no se han visto "favorecidos" y —sostienen— que no han recibido ningún apoyo, aunque sí que se coincide en que la mejora del entorno y del espacio urbano ayuda a toda la sociedad. Y esto es obvio, dado que un entorno favorable permite concentrar los esfuerzos en los objetivos propios y en la coordinación con otras organizaciones.

En este sentido, otra de las percepciones detectadas es la importancia que se le da al trabajo en red y a la coordinación entre entidades. Esto parece que lo ha potenciado el PICH, junto con las relaciones más fluidas con los Servicios Sociales municipales. Ambos aspectos se valoran como un asunto que tiene una repercusión directa en las entidades y, por extensión, en las personas que atienden con sus programas de acción social.

Por otra parte, las formas de entender la ciudad reflejan las diferentes tendencias de las entidades y de las personas que las componen. Se perciben reticencias sobre todo entre quienes se han quedado al margen del ámbito de actuación del PICH y entre quienes consideran que es un plan que se ha tendido a politizar y a prestar atención sólo a un par de zonas de todo "el territorio PICH". Entre esas formas de entender la ciudad vuelve a verse un abanico de posiciones: desde las más preocupadas por la integración social, por la permeabilidad de los barrios, por la apertura y la movilidad ciudadana, frente a la segregación y quienes se preocupan mas por el orden y la limpieza del barrio. Algunos expresan que "se ha hecho mucho pero habría que hacer todavía más". Y dicen "es un barrio complejo por el entramado social que tenemos. Hay que ser educativos, pero llegado el momento también hay que ser coactivo". Porque en su caso remachan que "el PICH tiene una idea buena pero después a la hora de desarrollarla no se ha sabido". Entre los actores con más memoria respecto de la política municipal, dicen que se ha pasado de algo que empezó con el PP a una oficina que el PSOE ha dejado en manos de IU para un plan que fue diseñado en la coalición con CHA. Y, en ese tránsito, cada entidad tiende a mostrar su posición en función de cómo le ha ido en esa evolución. En función de la estabilidad de proyectos y de la financiación obtenida la valoración es más positiva. Hay poca neutralidad e imparcialidad a la hora de opinar.

Entre las organizaciones de comerciantes las críticas al PICH y al Ayuntamiento suelen ser más descarnadas y exigentes. Unos porque ven cómo ha desaparecido el número de negocios, otros porque "desde el PICH nunca se nos ha apoyado". Tienen una visión más crítica que la que se encuentra entre las entidades de acción social o, incluso, que entre las de vecinos.

La segunda cuestión que se ha planteado ha sido que describan y expliciten la repercusión que ha tenido en el



barrio el PICH con las actuaciones que lleva implícitas. En este caso, se produce un discurso prácticamente equivalente al anterior: un abanico múltiple de posiciones que discurren entre dos extremos. Así se tienen entidades que tienen una visión más omnicomprensiva de la ciudad y de sí mismas, que tienden a recalcar la visión de lo público como algo, además, gestionado desde el Ayuntamiento, como entidad garante de la igualdad y de la distribución correcta de los recursos. Frente a otras que se oponen a esa idea e incluso entienden que su posición ante el Ayuntamiento ha de ser de reivindicación permanente, por eso, el PICH siempre será mejorable, revisable, criticable y cuestionable.

En una de las entrevistas se decía: "Nosotros como entidad vecinal, entendemos que debemos representar los intereses de nuestros asociados, no necesariamente de todos los vecinos del barrio, en este sentido nuestra apuesta es conseguir una serie de reivindicaciones o de cuestiones sobre el espacio público que nos afectan, […] vamos creando un discurso que va calando en las administraciones". Ese papel de activismo crítico no está muy extendido. Más bien suele darse una posición de sumisión en función del grado de vinculación y dependencia de la financiación municipal. Las críticas se posponen mientras se participa de una subvención, de un proyecto que procede de las arcas municipales. En algunos casos, esto se adorna con autopercepciones en las que se enfatiza que "hacemos de intermediarios entre la administración y la población del barrio. […] un acercamiento a la administración, para reivindicar y solicitar cosas que no solo benefician a la asociación como tal, sino a todos los vecinos del barrio". El papel de interlocución de las organizaciones sociales como voces de "sociedad civil" es más heterogéneo y frágil de lo que parece a primera vista.

La repercusión percibida del impacto del PICH, por tanto, está dentro del espectro de posiciones que antes se ha apuntado. Y, salvo contadas excepciones, son más conscientes de su incidencia las entidades que se ocupan y preocupan por cuestiones propias de la intervención social. La apuesta por la transformación social del barrio produce más reflexión e intensidad en los modos de compromiso, de relación con los servicios municipales, que la transformación física de la escena urbana. Sin embargo, son las actuaciones de renovación de los espacios públicos, la peatonalización, la expulsión de los vehículos particulares, la llegada del tranvía las que han producido un impacto mayor en la conciencia colectiva de transformación de la ciudad… aunque éstas no se asocien al PICH.

Los estigmas y etiquetas atribuidos a las zonas marginales del PICH han producido un fenómeno de concentración de recursos públicos y de iniciativa social privada que ha producido cambios en temas como la seguridad y la calidad de vida. Pese a las controversias en la atención a



toxicómanos, a prostitutas, a temas de salud mental, a población inmigrante, a personas mayores, etc. ha permitido que se atiendan y vayan resolviendo elementos que, antes del PICH, quedaban sin abordar con una visión integral. Pese a los retos que siguen percibiéndose, las actuaciones del Plan se valoran positivamente en tanto en cuanto han participado de esa visión de transformación coordinada e integral.

También hay algunas voces que sostienen que los problemas sociales siguen instalados en el territorio PICH, —cada quien mira en su zona, en su barrio—. Los problemas no se ven donde antes se veían, porque se ha intervenido en esas zonas, pero siguen en otros lugares a donde se han mudado. Más que eliminarse determinados problemas [venta de drogas, hurtos o prostitución] que antes estaban muy arraigados en "nuestra calle" [Las Armas] se han trasladado a otras calles del barrio: "Ya no se ponen aquí pero los encuentras en la C/ Aguadores, Casta Álvarez, Esquina de San Blas, es una pena… Las familias de la calle con niños nos dicen que por lo menos sus hijos ya no ven los trapicheos desde las ventanas o en el portal de su casa, así que yo creo que incluso la mayoría de vecinos están contentos de que estemos aquí". Esa presión sobre los problemas ejercida desde el PICH ha conseguido parte de lo que pretendía. Está por ver que se haya resuelto en sus raíces. Por las percepciones recogidas, más bien aparece una típica forma de represión, que si se hace caso a las tesis freudianas volverá a resurgir una vez que desaparezcan los elementos que ejercen la presión.



En este sentido, el PICH se percibe como algo que ha funcionado con desiguales niveles de éxito, pero que si no hubiera estado o si desaparece se notará mucho más. Esto se traduce en una tendencia a valorar positivamente, por parte de las entidades sociales, la apuesta de intervención municipal mediante políticas públicas que tienen una visión integral del CH y de la ciudad. La permeabilidad de los distintos espacios urbanos y el flujo de personas por los barrios del PICH permite la fluidez y el movimiento. En esto puede aplicarse aquello del refrán que decía "agua estancada, agua envenenada". Cuando no se dan esos flujos ciudadanos, los barrios se vuelven herméticos y tienden al ensimismamiento que no es positivo. Todos los elementos que contribuyen a la dinamización y a la apertura, a la actividad y movilidad de personas se ven como una mejora y una vía de solución a problemas de marginación social así como la propia actividad económica. El barrio se hace parte de la ciudad y es más ciudad. Se evitan los ghettos y las zonas de marginalidad. El PICH ha contribuido en buena parte a ello. Pero también hay opiniones que consideran que no se les ha tenido en cuenta en nada.

En estos casos, identifican el PICH con la Oficina del PICH y con sus gestores políticos, con una ideología que no comparten y que ven en el extremo de donde se encuentran. Además, dicen: "gracias a nuestra intervención… es decir a la inversión privada que hemos hecho los particulares, esta zona del centro ha mejorado considerablemente porque si fuese por el Ayuntamiento esto seguiría igual que hace unos años. […] hemos remodelado un edificio entero y nos han subvencionado nada, igual los de Puerta Cinegia que realmente ellos han sido el motor para la mejora de esta zona y rehabilitación del Tubo". Y desde una posición distinta en el espectro, se reconoce que el PICH es "un instrumento político importante que ha servido para cambiar el barrio". Aunque luego son críticos porque el PICH realmente "no se ha visto, ni ejecutado como un plan integral, sino que ha realizado determinadas actuaciones mas de carácter sectorial o especifico. Sin tener en cuenta una perspectiva global e integral". Lo cual permite conjeturar que el Plan ha tenido incidencia, ha

dejado su huella y, posiblemente exitosa, pues las críticas de unos y otros muestran paradojas en las percepciones que se neutralizan entre sí.

En un lado dejan claro que "la mirada institucional y sus presupuestos, han sido claves para generar tejido asociativo y acciones reales de cambio[…] aunque las ONG hagamos muchas cosas, es indispensable la intervención pública si se quiere buscar el cambio". Mientras que en el otro lado insisten en que "el problema es la gente... yo no hecho la culpa a los políticos […] los ciudadanos no lo cuidamos… un problema de concienciación social, ¡vamos que existe un sector que pienso que se sigue automarginando!". Y a esto lo acompañan de quejas que traslucen otras cuestiones de fondo: "no han frenado la entrada de inmigración, un 25% es mucho. No deberían dejar que se asiente tanta población inmigrante en el barrio". Y además con "el Tranvía nos han inutilizado la zona". A lo cual se ha de añadir que "el barrio se queda vacío y la gente se va a nuevos barrios como Valdespartera que se han potenciado en vez de consolidar el casco". Y una cuestión redundante con la anterior: "el PICH combinado con Zaragoza Vivienda hace una política muy mala para el barrio. Se prioriza a los inmigrantes y eso perjudica al barrio. Además, con ellos se es más flexible a la hora de cobrarles".

Entre las entidades también se establecen etapas y fases. Porque no se ve la evolución del PICH como un proceso lineal y continuo. De hecho, hay un punto de inflexión que se muestra claro: "habría que diferenciar antes y después de la creación de la Oficina del PICH". Donde todos saben que es una "oficina que se creó, no como consenso político, sino como pacto entre algunas fuerzas políticas". Pero más allá de esas controversias, con la Oficina se visibiliza un lugar único de proyectos PICH.

Desde el lado de las entidades ciudadanas se percibe que ha existido resistencia por parte de algunos servicios municipales: "no se dejaban coordinar". Y en eso el diagnóstico es claro: "La falta de coordinación repercute en la gestión de proyectos. La oficina ha tenido una mayor aceptación en las entidades que en el propio Ayuntamiento". En su valoración y en el impacto percibido, desde las entidades más favorables, aunque no más afines consideran que el Plan y, sobre todo, la Oficina del PICH: "con el tiempo han ganado prestigio y reconocimiento, especialmente a raíz de que han desarrollado proyectos. Han tenido que ganarse el hueco. Han escuchado mucho, muestran que tienen poder de decisión y muestran que tienen recursos".

Para estas entidades, se ha trabajado en una línea donde se han incorporado a actividades ya iniciadas dándoles más visibilidad, han hecho proyectos más puntuales, han tratado de complementar otros proyectos municipales que necesitaban refuerzo y también han defendido políticamente proyectos emblemáticos del barrio. Eso les ha dotado de un nivel importante de autoridad. Unos ven que el Plan "ha impedido que se hundiera el barrio". Otros insisten en que "El casco antiguo es la imagen de la ciudad".

Pero es evidente que el PICH refleja las mismas complicaciones que cualquier otro proyecto y que "a veces los procesos de mejora del barrio expulsan a los vecinos.



Hay que tener cuidado con los procesos de gentrificación que se pueden potenciar". Ésta es una de las preocupaciones de algunas entidades sociales, que sin embargo a otras organizaciones no les parece para nada preocupante.
Cuando se pregunta a la ciudadanía organizada por aquellas "actuaciones que no se deberían haber realizado" afloran muchos más elementos de divergencia que su contrario. Parece que al revisar lo que se ha hecho bien, se queda la mirada en lo más cercano y propio, mientras que al mirar hacia lo que no consideran interesante surgen muchas más diferencias. Se producen juicios encontrados y contradictorios tanto entre organizaciones de un mismo sector como entre sectores. Las iniciativas de mejora de la escena urbana se ven de modos muy dispares. Se discuten los gastos en iluminación cuando esto se detrae de partidas sociales. Se critican los fondos destinados a las actuaciones sociales porque no sirven para mejorar el espacio público. Los antagonismos e intereses particulares o de grupo se muestran con más fuerza al preguntar por las cosas que no se deberían haber hecho. Brota un caudal de tensión emocional que parecía reprimida y contenida, porque otras acciones parecían haberlo silenciado. Da la impresión que son muestras de un cierto síntoma de insatisfacción, que debería canalizarse para el futuro.



Quizá una de las claves se encuentre en el modo con el que se han definido y desarrollado algunas de las actividades. Aunque no haya sido así, se considera que "algunas actividades han fracasado ya que de alguna manera han sido iniciativas que se han desarrollado de manera forzada, es decir se han impulsado desde arriba, por iniciativas desde la Administración, del PICH con una visión muy técnica, sin atender a las necesidades y expectativas de los habitantes e instituciones del barrio". Desde esa perspectiva el fallo está en el origen, porque "surgen más como una necesidad de la propia administración para registrar un determinado número de actividades realizadas". El enfoque tiene que ser de abajo-arriba, lo cual en teoría se comparte en la mayoría de las posiciones, pero luego tiene sus matizaciones.

Cuando se analizan los discursos de las entidades que trabajan en el campo de la acción social y los discursos de la entidades que agrupan intereses sectoriales como los de comerciantes, profesionales, etc. se percibe con claridad un proceso de fragmentación. En ese caso los reproches surgen al ver que desde el PICH se tiende a potenciar a las primeras: "tantas ONG en la calle San Pablo han roto la estructura comercial que poseía el barrio. ¿A quién atraen estas instituciones? ¿A los que pueden comprar? pues no. Sino tienen poder adquisitivo". Desde esta posición se percibe que hay "reglas de juego diferentes", por ejemplo, en función de los proyectos que se presentan para solicitar un local a la Administración. Y su crítica más fuerte es que el "PICH no potencia todas las iniciativas por igual, no es lo mismo que vaya un comerciante a hacer una solicitud a que vaya una ONG". Esta valoración va en detrimento de los resultados del PICH y, a la vez, apunta una línea de actuación para catalizar, en la medida que sea oportuno, las tensiones sociales que está manifestando. Si no se aborda, volverá en forma de mayor insatisfacción por parte de los afectados. También hay que revisar la viabilidad de actividades permanentemente subvencionadas. Eso, desde algunas perspectivas, no es sostenible ni tiene sentido. Lo cual no está reñido con que las actuaciones tengan un seguimiento y sean atendidas y mantenidas en el tiempo. Esto converge con la percepción que recalca que "los gastos de gestión y burocratización de determinados proyectos han consumido una parte importante

de los presupuestos. Se debería medir con mucha más rigurosidad los resultados de coste/beneficio". Y en esa misma línea, dicen que "en algunas cosas la gestión privada es más eficaz".

Este debate sobre lo público y lo privado atraviesa al propio tejido asociativo. Curiosamente, las entidades que tienen una actividad reivindicativa más "beligerante" en lo social aspiran a que se institucionalice en manos del Ayuntamiento algunas de sus propuestas, mientras que otras más preocupadas por la defensa corporativa de sus intereses, demandan menos intervencionismo desde el PICH y del Ayuntamiento. Da la impresión que hay una tendencia a ver el PICH desde perspectivas previas, como si hubiera ya un pre-juicio y una valoración antes de considerar los resultados, lo cual indica una inercia a la polarización y politización de las perspectivas. Si esto sigue así, será cada vez más necesario el diálogo de mediación que promueve mecanismos de escucha más allá de los reproches, busca consensos y se hace flexible a las diferencias, muestra información y datos claros para no alimentar rumores y tensiones.

Algunas críticas formuladas desde el terreno de la inserción social enfatizan que "El PICH es la calderilla del Ayuntamiento para el barrio, hasta que no se atiendan a las necesidades reales esto no cambiará. De nada sirve poner el barrio bonito, si la gente tiene hambre, no tiene casa, la gente tiene que sobrevivir por eso muchos se dedican a la delincuencia, a vender drogas, a prostituirse, a robar. Es su modo de subsistencia". Pero, a pesar de las críticas, entre las entidades sociales que se han sumado a las actuaciones incluidas en el PICH la valoración es positiva. Tienen sus matices, sus "peros" y dudas, sin embargo no lo desprecian radicalmente. La coordinación y divulgación se ve como algo esencial, que vaya más allá de los edificios y el urbanismo que no consideran tan fundamental.

La percepción profesional

Entre los profesionales ligados al urbanismo y a la reflexión sobre la escena urbana el PICH se conoce de manera desigual. Un elemento es la propia historia del PICH, da la impresión que en su primera fase fue objeto de más atención colectiva y, a medida que el Plan ha entrado en programas más sociales y menos arquitectónicos o urbanísticos atrae menos a este colectivo. Otro elemento es la separación técnica de los campos, el PICH con visión integral va más allá de la planeación urbana que está definida en el Plan General de Ordenación Urbana, por eso mismo tiende a interesar más la parte que tiene que ver con "las actuaciones e instrucción y rehabilitación que hacía la Sociedad Municipal de la Vivienda. La sensación que yo tengo es que el PICH se dedicaba más a acciones de tipo de integración social".

Se reconoce que las intervenciones en la escena urbana,



la creación de equipamientos para usos públicos y sociales, el estímulo a la rehabilitación de viviendas ha producido mejoras evidentes en el CH. Pero "no consiste únicamente en urbanización, limpiar calles, sino en tal…, revitalizar el Casco Histórico requiere en este sentido algo más". Y con un cierto tono de humor se recuerda que éstas mejoras son "unos proyectos del siglo pasado de rehabilitación… eso es antiquísimo". Queda una cierta nostalgia entre los profesionales de más edad y una cierta nebulosa entre los más jóvenes y recién llegados: "¡Bueno del PICH puedes colgar todo lo que quieras!".

El CH se percibe fragmentado, extenso y diverso. Son claras las zonas, las separaciones simbólicas y algunas físicas por la estructura de calles y edificios. Pero se reconoce que se ha producido un cambio radical que, especialmente, valoran quienes viven en él. La Magdalena parece haberse transformado y consolidado como un barrio con atractivo para jóvenes profesionales y con ideas progresistas, mientras en San Pablo ha mejorado pero sin conseguir un cambio social tan destacado. La actual crisis, no obstante, también golpea a toda la población y a la economía de quienes viven en el territorio.

Los equipamientos como el Centro de Historia o el más reciente de la calle Las Armas se consideran "atractores" de actividad que, en la medida que facilitan recursos y espacios, dinamizan el movimiento de gentes. Sobre todo jóvenes, activistas culturales, creadores que buscan espacios y lugares para desarrollar sus actividades. Cuando uno de estos equipamientos municipales facilita recursos, se incentiva ese dinamismo integral. Y esto tiene su lado positivo, que es evidente, pero también se muestra un lado negativo en tanto que dependencia de las inversiones y decisiones de la Administración y política municipal.

En este sentido dicen "Aquí lo que hace falta es una presión continua. En el momento que la Administración afloja la presión, y aflojar la presión significa dejar de poner pasta eh, entonces la cosa se para. Tiene impulso, ¡Claro que tiene impulso el Casco! Pero tiene impulso y tendrá impulso mientras le estén inyectando iniciativas, que las podemos traducir en dinero o en algo parecido. Por ejemplo en las Armas. Las Armas está muy bien, están funcionando bastante bien los locales. Pero ¿Por qué está funcionando?, porque el precio del alquiler del metro cuadro es ridículo y cuesta dinero… Nos cuesta dinero a todos ¿No? Cuidado que estoy de acuerdo, que me parece a mí que para eso está la administración y es lo que tiene que hacer". Pero no necesariamente este apoyo a las actividades privadas con fondos públicos se valora de la misma manera por toda la ciudadanía. El papel de promoción, de financiación, de inyección de iniciativas y recursos es un asunto discutible que produce posicionamientos encontrados en función de qué posición ideológica de partida se tiene. El abanico de opciones es conocido y, se puede decir también, recurrente.

Se percibe con cierto temor el destino de los equipamientos, de los programas, de las actividades más o menos "consolidadas" porque hay una clara relación de dependencia respecto de los presupuestos municipales: "en el momento en que se afloje y me que temo con los presupuestos actuales va a pasar. En cuanto se afloje esa tensión e interés, es muy fácil que esto vuelva a decaer, pues porque no ha generado una actividad económica autosuficiente en todas estas zonas. Funcionan porque están subvencionadas". Esta dependencia institucional preocupa en un tiempo de crisis que transforma la inercia institucional y la capacidad de las administraciones, especialmente la municipal. Las entidades sociales que han participado del PICH se ven como piezas clave en los procesos de integración, de dinamización, pero son organizaciones frágiles y sin autonomía económica suficiente como para sobrevivir a la falta de ayuda institucional. Los profesionales lo resumen con una metáfora: "cuando les sueltan… en cuanto sueltas al niño que va solo en la bici… sin las ruedecitas, pues bueno se cae". Si esto es así, hay un problema de continuidad y de sostenibilidad.

Sin embargo, también se percibe que las cosas han cambiado radicalmente respecto de hace diez o quince años. Afortunadamente, se han dado pasos que han consolidado las transformaciones introducidas. Por ejemplo, se ha conseguido frenar la degradación física de las zonas e incluso provocar un cambio en la dirección contraria. Siguen quedando pequeños focos reducidos y solares vacíos, pero no es la situación de expulsión y ruina sistemática inicial.

Más allá de la dimensión física del espacio urbano, en la dimensión simbólica se atribuye una visión de ciudad dual,

en la que el "casco romano" tiende a la gentrificación, incorporando gente con recursos, más joven, con iniciativas, mientras en la parte de San Pablo se produce una "sustitución étnica" en el sentido de concentración de población inmigrante —"que ahora es un barrio étnico, que empieza a partir del mercado. Esa es la percepción que yo tengo, el Magreb empieza a partir del mercado, antes no era tan Magreb. Incluso hasta en Conde Aranda aparecen carnicerías musulmanas y tal"—, en la Magdalena se mantiene la etiqueta de "reducto gitano".

Ambas zonas se perciben como lugares "utilizados por personas de bajos recursos y ahora por grupos étnicos muy claros. Sigue siendo una segunda ciudad". En todo esto, el PICH ha servido para construir y reconducir esta parte de la ciudad. Las opiniones, a pesar de las diferencias, tienden a considerar que sí que ha tenido efecto. Otra cosa es la valoración de las conquistas y de las cuestiones pendientes.

La percepción política

Otra mirada destacada a la hora de considerar los resultados obtenidos con el PICH es la de los grupos políticos que están actualmente representados en la esfera municipal. En buena medida, estos grupos, en tanto que partidos políticos que aspiran a gestionar las cosas comunes, aportan una perspectiva relevante sobre los elementos que están implicados en el PICH. Pero su posición ante el Plan viene marcada por la lucha directa por el poder municipal. Ésta es la primera impresión que produce tanto la lectura de las actas del consejo sectorial de seguimiento del PICH, como de las declaraciones, noticias y apariciones en prensa así como de las conversaciones directas[15].
Esa posición delimita todas las valoraciones y resultados. Cada grupo tiene su particular opinión que suele mantenerse invariante frente a cualquier otra consideración. Parece que se haya aceptado una distribución de roles de tal modo que el papel de quien gobierna es imponer su voluntad y el de quien está en la oposición, negarse a ello. Esta forma de entender la vida política municipal lleva a consolidar enfrentamientos y reproches. Si cualquier estudio de fenómenos sociales está marcado por la perspectiva que se adopte, por la imposible objetividad plena de los observadores, esto parece multiplicarse cuando lo que está en juego es objeto de disputa política. El PICH está sometido a esa tensión. La búsqueda de consensos parece que está en función de la aritmética de votos posibles. Quien tiene la mayoría decide y con eso se acaba casi todo.
Las posiciones ideológicas y de partido pesan más que la búsqueda de argumentos y la construcción de una racionalidad colectiva que deje la tendencia al sectarismo a un lado. Las valoraciones tienden a ser obvias y se pueden clasificar en tres tendencias: las que se muestran favorables y optimistas; las que se muestran críticas y pesimistas; y las que podrían clasificarse como intermedias, esto es, respaldan algunas actuaciones y rechazan otras.
En la mirada política, si se intenta escudriñar más allá de las posiciones obvias a través de los discursos de los partidos, se encuentran tres acentos: uno, el de quienes enfatizan en control presupuestario por encima de cualquier otra consideración; dos, el de quienes consideran que la prioridad del PICH tiene que concentrarse en los programas de intervención en pro de la integración social frente a la dimensión cultural; tres, el acento en la selección y primacía de algunos barrios sobre otros dentro del "territorio PICH".
Si se considera el primero de los acentos, el enfoque lleva la mirada política al control de gasto, a la vigilancia sobre los presupuestos, a la no desviación ni innovación respecto de lo planificado.
En este sentido, el PICH se valora positivamente cuando se ajusta a lo definido y de manera negativa o crítica cuando se dejan partidas sin ejecutar o se pasan "a otros sitios que no sepamos luego el Consejo donde se han destinado y cómo se han destinado". No obstante, esta argumentación se encuentra en el lado de la oposición y preocupa mucho menos en el lado de quienes lideran y gobiernan el PICH.

En el segundo de los acentos, la visión integral del PICH debe girar en torno al foco de la intervención social y comunitaria. Para los más críticos en este punto, la ges-

[15]A todos los representantes de los grupos políticos municipales se les contactó por correo electrónico y con llamadas telefónicas para fijar las correspondientes entrevistas. Las respuestas fueron desiguales.

tión de estos últimos años "ha brillado por su ausencia. Entre otras cosas porque tiene mucho que ver con la coordinación de políticas de intervención social con el Gobierno de Aragón. El PICH tiene más en este momento un contenido cultural y de intervención cultural que de intervención social".
Desde esta posición, las intervenciones en la escena urbana, en las infraestructuras y en las edificaciones que han servido para transformar la degradación que tenía el CH al comienzo del primer PICH, han de pasar a un segundo plano para atender las cuestiones sociales, primando éstas por encima de las artísticas o culturales.
Esto, además, en un contexto de crisis económica como la actual, pero siendo conscientes que las políticas sociales y de intervención dependen del gobierno de Aragón y cualquier plan municipal ha de considerar esa dimensión de coordinación de políticas institucionales.
Desde esta valoración cualquier propuesta futura tiene que pensar e incluir "mecanismos de coordinación entre las administraciones públicas, independientemente del partido político".
Lo cual también se ha de vincular con el tercer acento señalado: se plantea como necesidad pasar una visión de ciudad que también piense los problemas del conjunto de la ciudad, no tanto por sectores o barrios. En el caso concreto del PICH, las actuaciones se han concentrado en la zona de San Pablo y de la Magdalena, pero también hay más "barrios" y sectores.

De hecho, algunas juntas de distrito y sectores incluidos en el PICH se sienten fuera de la oficina del PICH porque no están en el foco de atención. La noción de plan integral que tuvo su sentido y se valora como algo positivo en su concepción, parece reclamar que haya una coordinación entre las políticas municipales y con una visión más integral de la ciudad.

Para algunos este modelo de plan integral es un modelo agotado: "entre otras cosas porque ha tenido durante estos años un éxito evidente, desde el año 98 y 99, que se puso en marcha con Luisa Fernanda Rudi a pesar de ella misma, ha tenido éxitos más que evidentes".
El PICH ha cambiado el CH y a la ciudad, pero también la ciudad ha cambiado y eso parece ser un requisito a considerar. La economía y gestión eficiente de los recursos públicos obliga más si cabe a ello: "No puede ser es que generemos recursos e infraestructuras, en situaciones análogas, solamente para una zona de la ciudad".

Una dimensión que preocupa a todos los partidos es la gestión de los recursos públicos que se han hecho más escasos que en el origen del PICH. Lo que algunos llaman la "filosofía del PICH", en estos tiempos de falta de fondos públicos para la financiación de actuaciones, requiere pensar e intervenir con un criterio riguroso y, a poder ser, consensuado.
El problema que se detecta es el apuntado al comienzo de este epígrafe: las posiciones están muy establecidas y con poca disposición para la flexibilidad y las concesiones en todos los sentidos.

La ciudadanía no organizada

Más allá de las percepciones que se encuentran en las organizaciones sociales que se pueden agrupar en la parte de actores que forman la sociedad civil organizada también se ha de atender la mirada desde la ciudadanía no organizada. En su "caos", hay unas cuantas claves que se pueden sintetizar en nueve puntos.
En primer lugar, las siglas PICH son prácticamente desconocidas. Sólo, de forma esporádica, se acuerdan de las siglas de alguna publicidad. En especial la gran lona que ha estado colgada en un edificio frente a las murallas romanas. Pero no pueden decir nada más sobre qué es y qué ha supuesto el Plan integral. Las personas más atentas lo identifican con carteles y algunas referencias en la prensa, pero no más.
En segundo lugar, continuando con el punto anterior, se puede decir que no hay conciencia sobre que haya un plan integral del Ayuntamiento, ni saben qué significa esa idea de "plan integral". Da la sensación que se vive en la ciudad, se sufre o se disfruta sin mucha más atención a porqué se hacen las cosas y porqué cambian. Posiblemente, es una condición social que transciende la dimensión municipal y lleva a pensar sobre la desafección ciudadana a la hora de intervenir en los asuntos comunes, en la cosa pública.
En tercer lugar, si se pregunta por el CH y por la ciudad, la opinión general es que ha cambiado mucho. La tendencia

principal en las conversaciones es la de "a mejor", al menos en lo que afecta a las calles y espacios públicos. La mayoría coinciden en que la Expo ha dejado mejor la ciudad y la zona de las riveras, pero que en el CH se ha notado menos. En casi ningún caso suele ponerse en relación la mejora del CH con la existencia de un plan específico.

En cuarto lugar, se considera que las calles están mejor, que suelen estar más limpias. Aunque esto depende mucho de por dónde se mueven, de las horas y días. Se quejan en especial de las diferencias entre las calles más turísticas y céntricas respecto de las que no lo son. En las primeras, el Ayuntamiento limpia más a menudo, en las otras dicen que no es así.

En quinto lugar, ahora da "menos miedo" pasear por las zonas del mercado central y el CH en general. Pero siguen considerando que hay lugares peligrosos en el entorno de la calle San Pablo y San Blas, especialmente en algunas horas de la noche. Siguen viéndose "esquineros", gentes que se intuye que trafican con drogas, con temas que se atribuyen a la delincuencia y a temas de marginación.

En sexto lugar, la intervención reciente más importante que ha transformado el CH es el tranvía. En esto hay división de opiniones: quienes no ven ninguna ventaja porque no les viene bien y quienes, por el contrario, están contentas porque les viene de maravilla para desplazarse a su trabajo. En todo caso prevalecen las expectativas porque, afirman, aun es pronto saber el impacto que tendrá en los próximos años.

En séptimo lugar, el tema del coche y de los aparcamientos, enoja —por no usar la palabra textual, "cabrea"— bastante a un sector de las personas que viven y se mueven por el CH. Uno de los entrevistados tenía un comercio en el centro y lo ve como una dificultad, ahora lo tiene fuera del CH y piensa que al eliminar el tráfico privado se ha hecho más inaccesible el centro. Sin embargo, esto no lo ven todos por igual. El centro ahora está mejor que antes, porque es más agradable para pasear y moverse. Los más favorables, consideran que el tranvía será mucho más visible.

En octavo lugar, no hay conocimiento ni se establecen relaciones de causalidad respecto de políticas municipales que hayan intervenido en el CH y en su evolución. Salvo "Esto no es un solar" que también aparece como un asunto positivo. Aunque no para todos, porque no saben si eso es una manera de favorecer a los propietarios de los solares o si son espacios que ha expropiado el Ayuntamiento.

Por último, noveno lugar, hay una fuerte vivencia de barrio y de pertenencia, que ha ido evolucionando de distintas maneras, tendiendo a la disolución en el conjunto de la ciudad. Más entre los jóvenes, en menor medida entre las personas mayores que (como suele ser habitual) recuerdan que "antes las cosas eran distintas". Tanto la Magdalena como El Gancho tienen señas de identidad propias que les gusta destacar.

3.4. A modo de recapitulación

El balance final de la ejecución del PICH 2005-2012 ofrece un resultado positivo, pero ambivalente puesto que dependiendo de los casos y de las entidades, las valoraciones realizadas no terminan de ser igual de satisfacto-



rias para todos los actores. El PICH ha supuesto una intervención consciente y organizada que ha transformado la ciudad y ha cumplido de manera satisfactoria —aunque no sobresaliente— los objetivos propuestos en los cuatro programas que lo formaban, más si se consideran todas las circunstancias que han rodeado esta política pública.

Si la "calificación final" dependiese de las cifras correspondientes a la ejecución presupuestaria se estaría en un 85.06% de lo planificado. Esta tasa de ejecución, dadas las circunstancias no es la mejor posible, pero se acerca bastante a un resultado bueno o muy bueno. Como hemos indicado en el apartado correspondiente, hay importantes diferencias en la distribución del gasto por programas y subprograma. Se han producido desviaciones respecto de lo planificado. De los cuatro programas el que más se ha ceñido al plan es el programa Sociocultural, con un 82.07% de tasa de ejecución. En el caso de los programas Puesta en valor del Casco Histórico y Medioambiente y Paisajístico se ha producido un gasto que ronda el 50% del fijado inicialmente.

Por el contrario, el gasto en le programa de Revitalización se ha ido al doble de lo establecido.

En la gestión de los programas, se ha mejorado en el reto de coordinación de servicios municipales y la colaboración con entidades sociales, pero es un camino desigual y muy heterogéneo donde se necesita seguir progresando e introduciendo mecanismos de revisión permanente de las actuaciones. Considerando el punto de partida y la situación actual el resultado es positivo, pero dista de ser perfecto.

De los cuatro programas del PICH, parece que en el de Revitalización los pasos dados han transformado positivamente el CH, no se ha de perder lo alcanzado, pero ahora se hace más evidente que en el programa Sociocultural queda mucho por hacer. Este campo ha sido un lugar de intervención y diálogo con las organizaciones sociales donde la heterogeneidad de discursos y percepciones hace más difícil ofrecer un resultado de impacto global. Sin embargo, más allá de esto, el PICH ha cambiado el panorama del CH para bien. Para sustentar esta afirmación se puede recurrir a la visión de la ciudadanía no organizada que, sin saber ni conocer en qué consiste el PICH, si que percibe que la ciudad y, en especial, el CH ha mejorado.





4. DIAGNÓSTICO DEL BARRIO

4. DIAGNÓSTICO DEL BARRIO

4.1. Valoraciones previas: permanencia, evolución y cambio

Con anterioridad a la evaluación del Plan Integral que aquí se presenta, se desarrollaron algunos estudios durante el periodo de ejecución del PICH que aportan información sobre los problemas y las necesidades del barrio. En el año 2005, Cáritas Diocesana de Zaragoza elaboró un informe sobre la situación de la infravivienda en el Casco Histórico de Zaragoza (Yagüe y Boira, 2005). En el año 2010, en el contexto de una investigación más amplia, se publicó un estudio cuyo objetivo fue el análisis de la convivencia social e intercultural en territorios de alta diversidad, uno de los territorios que se analizaron fue el Casco Histórico de Zaragoza (Giménez, 2012). Por último, en el año 2012 el Heraldo de Aragón publicó los resultados de una encuesta en la que se repasan las necesidades y de los problemas en los diferentes barrios de Zaragoza (Barriómetro) (Heraldo de Aragón, 2012).

En relación con la visión del Casco Histórico que sus habitantes poseían con anterioridad a la puesta en marcha del actual PICH, se destaca el impacto que el primer Plan Integral (1997-2004) tuvo en las actuaciones emprendidas en las grandes vías como el paseo de la Independencia o Conde Aranda y en la rehabilitación de algunos edificios históricos representativos. Sin embargo, y pese la actuación del primer Plan Integral se constataban muchas lagunas que entre otros problemas ponían de manifiesto "la existencia todavía de un buen número de solares en situación de insalubridad o de edificios en estado de conservación pésimo, sobre todo en las calles interiores del barrio" (Yagüe y Boira, 2005).

Respecto a las infraestructuras, en aquel momento se identificaban claramente algunas áreas con un alto grado de degradación en las que era necesaria la intervención en suelos, aceras, tendido eléctrico o iluminación (c/ San Pablo, parque Tenerías, c/ Casta Álvarez, c/ Sacramento, c/ Armas, c/ Cerezo, c/ Agustina de Aragón o c/ Zamoray). Asimismo, se manifestaba una enorme preocupación ante la presencia de conductas marginales relacionadas con la pobreza y la exclusión social. Se subrayan algunas zonas de mayor deterioro en las que se concentran las actividades ilegales como el tráfico de drogas o la prostitución. En el área de San Pablo se mencionan calles como Casta Álvarez, Las Armas y el triángulo entre Boggiero y Cerezo. En el sector de La Magdalena eran citadas áreas como la plaza de las Tenerías, las calles Barrioverde o Luzán o las calles adyacentes a la calle de San Agustín. Por último, también se nombraba el entorno de la c/ Pignatelli y de la c/ Agustina de Aragón.

En otro informe (Giménez, 2010) se abordan aspectos como las relaciones entre los vecinos y las actitudes y valores frente a la diversificación. Respecto a la convivencia entre los habitantes del barrio se insiste en diferenciar entre convivencia y coexistencia, entendiendo ésta última como una "relación predominantemente estática entre





los sujetos, en la que hay escasa interacción y predomina el respeto mínimo o la tolerancia pasiva, y en la que la conflictividad latente queda más bien labrada y no llega a manifestarse como hostilidad directa". Va a ser la coexistencia la valorada como predominante en las relaciones establecidas entre la población y particularmente entre las personas autóctonas y extranjeras. Entre los resultados que se aportan, en lo que respecta a las relaciones interculturales, el 59% de los vecinos del Casco histórico valoran que "casi no hay relación, pero la gente deja vivir, se respeta, apenas hay conflicto". Sólo el 1% considera que hay malas relaciones en el barrio. Respecto a los posibles problemas o conflictos personales en la zona, un 7% subrayan este aspecto y citan como principales causas el ruido, el trato recibido y el mal uso del espacio común. Respecto a los valores y actitudes hacia la diversificación se produce una actitud predominantemente asimilacioncita, ya que un 90% está "mucho o bastante" de acuerdo en que se adopten las costumbres de la cultura española.



Sin embargo, el 76% de los vecinos les parece "muy bien o bien" la presencia de inmigrantes en el territorio. Ahora bien, si se disgregan las actitudes con respecto a la presencia de inmigrantes, por ámbitos aparece lo siguiente: en el espacio escolar, el 39% considera que es enriquecedor, siendo la actitud mayoritaria. En el ámbito comercial, sin embargo, se observan actitudes más negativas hacia los comercios regentados por extranjeros, afirmando, que éstos no impulsan al comercio del barrio, 52% de los encuestados; que han hundido el comercio tradicional, un 31%; que no es un servicio necesario para todos, el 37% y, por tanto, que son comercios dirigidos de manera exclusiva para los extranjeros, 45%.

En el "Barriometro" de 2012 realizado por el Heraldo de Aragón se aportan algunos datos relevantes sobre la evolución entre los años 2005 y 2012 en la percepción que los habitantes del Casco tienen de su barrio. Como primera conclusión se observa que, mas de una tercera parte de los vecinos, opina que la calidad de vida en el CH es mejor que en el resto de barrios; no obstante, este sentimiento ha disminuido con respecto al 2005 pasando de un 44% a un 35% de los encuestados. Como se apunta, entre las causas que han podido motivar este descenso se encuentra la persistencia de algunos problemas del barrio. En el balance diagnóstico que se realiza, si bien es cierto que se constata la disminución de algunos de ellos, también queda manifiesta la permanencia de otros y la emergencia de algunos nuevos.

Entre los que se han reducido destacan aquellos problemas que se relacionan con la inmigración, los ruidos en general y la presencia de bares y establecimientos de ocio nocturno, la delincuencia o el deterioro general del barrio. Los problemas que se han incrementado en los últimos años son la suciedad en las calles, la inseguridad ciudadana, la marginación social, el mal estado de los pavimentos, el estado descuidado de las zonas verdes y el cierre de comercios.

Además, hay que tener en cuenta que a pesar de la reducción de los problemas nombrados, el CH sigue destacando sobre los demás distritos por la inseguridad, el vandalismo, las drogas y la preocupación de que sea espacio propicio para la formación de "guetos" (en zonas como c/ Mariano Cerezo o c/ Boggiero).

4.2. Diagnóstico de la situación actual.

Problemas existentes y necesidades emergentes

El apartado de diagnóstico se ha dividido en dos partes. Por una parte, se abordan las visiones particulares de los diferentes actores que han participado en la evaluación. En la segunda parte, se realizará una síntesis de estas aportaciones subrayando tanto aquellos aspectos en los que se ha producido un mayor consenso como aquellos en los que las posturas han sido divergentes.

4.3.Visiones del Casco desde sus protagonistas

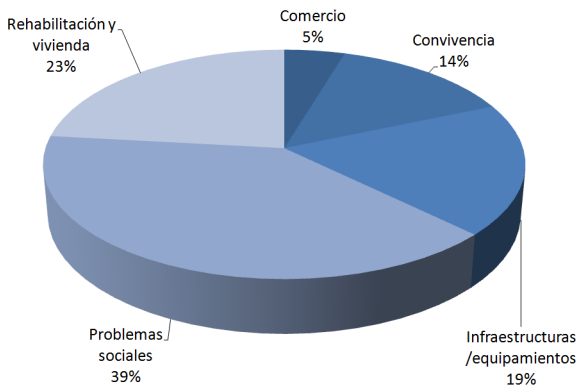
A continuación se repasan las aportaciones de las diferentes entidades presentes en el barrio, de habitantes del mismo no alineados en ninguna entidad, de jóvenes y de los niños. También, desde un punto de vista técnico se recogen algunos elementos aportados por un grupo de arquitectos y urbanistas que también participaron en la investigación.

4.3. Visiones del Casco desde sus protagonista

Evaluación de las entidades presentes en el barrio

El objetivo de la valoración realizada por las entidades participantes en este estudio es tratar de identificar las nuevas necesidades o problemas que han surgido en el Casco Histórico en estos últimos siete años. En términos generales, las áreas en las que se han identificado un mayor número de dificultades son las relacionadas con los problemas sociales y la vivienda. En el siguiente gráfico se muestra los porcentajes obtenidos en las diferentes áreas si se considera la frecuencia en la que han aparecido durante las entrevistas a las entidades:

Gráfico 4.1 Grandes áreas de valoración diagnóstica según entidades sociales



Presencia de problemas sociales

El área referida a los problemas sociales es en la que se han identificado un mayor número de dificultades (39%). Estas dificultades se relacionan con a) la pobreza y la exclusión social, b) el envejecimiento de la población, c) la presencia de comportamientos marginales (venta de drogas, delincuencia, prostitución…), d) inseguridad ciudadana, y e) la progresiva despoblación del barrio.

En estos momentos, se insiste en que la incidencia del desempleo como consecuencia de la crisis económica es muy intensa lo que está provocando que muchas personas y familias no tengan unos ingresos económicos mínimos y, por tanto, no tengan cubiertas sus necesidades básicas. Son muchas las opiniones en las que se constata la dureza de muchas de estas situaciones. En algunos casos, este hecho se relaciona con el rebrote de algunos problemas sociales lo que incide en el aumento de las situaciones relacionadas con la marginación y la delincuencia. Entre estas últimas se alude especialmente a la presencia de prostitución o de " trapicheo" de droga.

En términos generales, se sigue considerando al Casco Histórico como un entorno con "altos niveles de pobreza", aunque su presencia en el barrio no es homogénea. Algunos espacios del barrio aglutinan un mayor número de este tipo de situaciones (concentración de personas sin hogar en los alrededores del Albergue y en la Plaza Tenerías, prostitución en c/ Agustina de Aragón con c/ Miguel de Ara y c/ Madre Rafolls; venta de droga en c/ Aguadores, c/ Casta Álvarez, Esquina de c/ San Blas, Plaza de la Magdalena o calles Cerezo, Bogiero y Pingnatelli). Son muchas las referencias realizadas a la seguridad/inseguridad ciudadana y la existencia de comportamientos delictivos. En este sentido, se es consciente que esta situación en nada ayuda a la imagen del barrio y a sus posibilidades de convertirse en un foco de atracción para el comercio, para la actividad cultural o para la llegada de nuevos pobladores.

Respecto a la llegada de nuevos pobladores, sí se realizan aportaciones considerándolo un aspecto positivo. Algunos informantes los caracterizan como "gente heterogénea, joven y no tan joven, con niños…", que han ocupado las nuevas viviendas. No obstante, se sigue insistiendo en que una de las constantes es la tendencia a la despobla-

ción debido a la muerte de la envejecida población autóctona y a la marcha de vecinos fuera del barrio. Una de las opiniones es tajante en este sentido: "…para que este barrio, siga siendo un barrio, ya que solo es un barrio si vive gente… y no un escaparate de actividades raras o zona turística, se deben recuperar las viviendas vacías, rehabilitar las infraviviendas, luchar contra la especulación". En estos momentos la progresiva despoblación del barrio también se relaciona con el retorno de algunas familias de inmigrantes a sus países de origen ante la falta de trabajo y de perspectivas de futuro.

Rehabilitación y vivienda

Los temas planteados respecto a la rehabilitación y la vivienda representan un 23% del total y son, junto con los del área social, los más resaltados. Los temas planteados en esta materia son numerosos, entre ellos destacan las condiciones de acceso, características y estado de las viviendas, la presencia de solares y pisos vacíos o la permanente sospecha de la existencia de actuaciones sostenidas desde la especulación urbanística. Existe bastante coincidencia en denunciar la existencia de numerosos pisos vacíos que en nada ayudan a la dinamización del barrio. Estas viviendas, tanto de obra nueva como usada, se mantienen a precios altos, lo que provoca que no pueden acceder a ellas ni aquellos vecinos que les hubiera gustado quedarse en el barrio. Los posibles nuevos pobladores que considerasen la opción de instalarse en el barrio se enfrentan a la barrera del precio de la vivienda. Asimismo se denuncia la ausencia de vivienda social que posibilite el acceso a una vivienda de alquiler a precios razonables. Paradójicamente, esta situación parece convivir con un incremento de infraviviendas y de los denominados "pisos patera". Algunas opiniones son muy críticas con esta situación con referencias expresas al modo en que se han invertido los recursos durante estos años. Como ejemplo de ello, un informante llega a manifestar de manera rotunda: "se han lavado las fachadas y qué… si la casa por dentro está fatal o vacía".





Hay que tener en cuenta que en estas infraviviendas como consecuencia de la ausencia de habitabilidad se producen a menudo otros problemas como el hacinamiento o el deterioro de la salud física y psicológica de sus inquilinos. Del mismo modo, también como consecuencia de la crisis y el paro y ante la presión del pago de una mensualidad de alquiler o una hipoteca muchas familias se han visto abocadas a compartir su vivienda, a subalquilar habitaciones o a permitir el empadronamiento en ese domicilio de familiares o amigos que se han quedado sin hogar. Estas nuevas situaciones han aumentado el número de personas en el barrio que no tienen casa o que están ocupando casas que se encuentran vacías.

Infraestructuras y equipamientos

Las infraestructuras y los equipamientos del Casco Histórico representan el 19% de las cuestiones identificadas por los representantes de las entidades del barrio. En este apartado se abordan los equipamientos y los servicios públicos y los temas relacionados con la infraestructura de calles y aceras y el mobiliario urbano. En relación con los equipamientos y servicios públicos se siguen demandando equipamientos básicos como guarderías, un mayor número de espacios para el juego de los niños y más recursos dirigidos a las personas mayores. Se subrayan especialmente este último aspecto, la falta de opciones para la población mayor del barrio considerando, además, el progresivo envejecimiento de la población autóctona. Por otra parte, se denuncia el insuficiente aprovechamiento de algunos recursos públicos como consecuencia, según se señala, de la falta de flexibilidad en los horarios o en las posibles opciones de uso de estos equipamientos. Asimismo, algunas voces manifiestan que el CH sigue olvidado

tanto desde el punto de vista urbanístico como desde el social. Respecto al mobiliario urbano también se insiste en la necesidad de mejora. Entre los elementos que se mencionan se encuentran la falta de bancos, papeleras, contenedores, aparca bicis… también se menciona la insuficiente iluminación de algunas calles que dificultan la movilidad y las convierten en más inseguras. Otro de los aspectos que también se resalta es el deficiente estado en que se encuentran algunas de las aceras, en concreto se menciona con recurrencia el estado de los adoquines. No obstante, otras voces señalan que sí ha habido una mejora urbanística y de algunos aspectos sociales aunque en este caso los informantes no suelen referirse al barrio en su conjunto sino a algunas zonas específicas. Este tipo de opiniones indican que la evolución sufrida por el barrio tanto en el ámbito urbanístico como el social ha sido desigual existiendo zonas donde el esfuerzo inversor y el desarrollo han sido mayores.

Respecto a las comunicaciones y a la movilidad, la principal dificultad identificada está relacionada con la ausencia de zonas de aparcamiento. También se señala que la movilidad dentro del barrio ha mejorado en estos últimos años. Por último, se menciona el impacto que el tranvía puede tener en el futuro. En este tema las opiniones que se plantean en estos momentos son divergentes respecto a los posibles beneficios futuros.

Mapa 4.1. Areas de influencia de los centros cívicos. Casco Histórico y entorno



Fuente: Ebrópolis y GEOT

Convivencia

Respecto a la convivencia se han comentado diferentes aspectos relacionados con las actitudes cívicas y el comportamiento ciudadano.
Aunque algunas opiniones valoran una cierta mejora en temas relacionados con la limpieza del barrio, esta es una de las cuestiones planteadas con insistencia: la despreocupación por parte de muchos de los habitantes o personas que transitan por el barrio en relación con comportamientos básicos relacionados con la presencia de basura, pintadas, excrementos de perros.

Aunque no se señala de forma generalizada y grave, si se hace referencia a la existencia de tensiones en la convivencia tanto entre los habitantes del barrio frente a personas que no viven en él y también entre los diferentes grupos que lo habitan. Las causas que parecen estar detrás y que pueden provocar este tipo de situaciones se relacionan con las deterioradas condiciones de vida en la que están inmersos muchos de los habitantes del barrio. Uno de los informantes comenta: "El conflicto se da entre vecinos por muchos motivos, algunos vinculados a temas marginales, a la suciedad, al propio malestar en determinadas zonas calientes, al pequeño tráfico de drogas y que a pesar de que va la policía, no se resuelve nada...".

Por otro lado, y aparte de los temas apuntados como causas de esta conflictividad, se apuntan también otras causas como la presencia de actitudes racistas y sectarias y, la ausencia de motivación de las personas. Se llega a afirmar que cuando "no hay futuro" es más fácil desarrollar este tipo de comportamientos y actitudes.
En este sentido, algunas opiniones afirman que sigue habiendo dificultades para la cohesión social entre los diferentes grupos y colectivos que pueblan el Casco Histórico.

Comercio

Por último, en cuanto al comercio se hace referencia al cierre de muchos pequeños establecimientos, al envejecimiento de los comerciantes tradicionales y a la falta de implicación de algunos comerciantes en la promoción de la ciudad. También se plantea que la mayoría de los actuales comerciantes están muy cerca de la jubilación, son mayores y, la consecuencia, es la pérdida de muchos negocios tradicionales. Para concluir este apartado dedicado a comentar los diferentes aspectos planteados por las entidades, se muestra una nube de palabras que recoge las principales expresiones volcadas por el conjunto de participantes (Figura 1).

Figura 4.1. Valoración de las entidades. Nube de palabras



En ella se ve que en torno a la idea de barrio aparecen algunas asuntos cuya frecuencia en el material analizado ha sido muy significativa: "personas", "vivienda" o "importante", "problema", "social", "servicios"…

La valoración de los profesionales

Desde la perspectiva que aporta el grupo de arquitectos y urbanistas que han participado en esta investigación, se insiste mucho en el impacto, tanto para el mantenimiento y atracción de la población en el barrio como para fomentar este espacio como lugar de tránsito, la marcha de algunos servicios públicos como los juzgados a otras zonas de la ciudad. También, y considerando la evolución del Casco Histórico en los últimos años, se comenta el impacto negativo que ha podido tener la no ejecución de algunos equipamientos (Pontoneros o Palacio de Fuenclara) o, del mismo modo, del poco uso que se les ha dado a otros que sí se han realizado.

Otro punto importante en su valoración es la referencia sobre las consecuencias que para la zona va a tener el tranvía, en la medida en que va a acercar al centro histórico a algunas importantes zonas de la periferia y, por tanto, puede favorecer la recuperación del Casco como un lugar de atracción frente a otras áreas comerciales y de consumo de la ciudad. Desde este punto de vista, el CH no ha podido competir, al menos hasta el momento, con los nuevos escenarios de consumo creados por las superficies comerciales.

Por otra parte, aunque en parte se percibe un territorio con una pérdida progresiva actividad económica en el que se han cerrado pequeños comercios tradicionales y con un problema de envejecimiento de la población autóctona, sí se valora la llegada de nuevos pobladores: población inmigrante, más joven y dinámica, y de otros pobladores que buscan un estilo de vida diferente que "les apetece vivir en el centro de la ciudad, ir caminando a todos sitios, ir en bici, no tener coche (…) [un modo de vivir] más ligado a un cambio de actitud ante la vida, a un cambio generacional". Asimismo, también se valoran algunos cambios significativos como consecuencia del PICH y de la voluntad política que supone. Se nombran actuaciones como la realizada en la calle Las Armas, los esponjamientos o la mejora de los edificios. Se señalan algunos hitos en este proceso como la "operación Plazas" que pudo suponer para los zaragozanos el descubrimiento del casco, luego "la peatonalización de la Calle Alfonso, la ampliación de Carriles de Don Jaime, una pacificación del tráfico, la recuperación de monumentos, de la Catedral de la Seo, de numerosas iglesias y palacios, etc.".

Sin embargo, se plantea que estas actuaciones no han tenido como consecuencia un desarrollo homogéneo del barrio, se percibe un barrio segmentado en el que algunas áreas como el entorno de Don Jaime mantiene una dinámica comercial y de turismo, frente a otras áreas con problemas endémicos relacionados con la marginación y la pobreza.



Aportaciones de la sociedad no organizada

En relación con los informantes pertenecientes a la ciudadanía no organizada ha sido difícil separar el diagnóstico de la situación del barrio de su evaluación de algunos aspectos del PICH.

Uno de los temas que con más fuerza emerge en los discursos es la vivienda. Este asunto se considera un aspecto clave para mantener la población en el barrio y facilitar la llegada de nuevos pobladores. Sin embargo, se pone de manifiesto la existencia de diferentes problemas respecto a la vivienda. Se insiste en la necesidad de una oferta de vivienda de alquiler a precios razonables. Por otra parte, se acentúa el hecho de que muchas de las viviendas disponibles siguen estando en mal estado.

También se hace referencia a las mejoras en el espacio urbano junto con algunas nuevas edificaciones y rehabili-

taciones en áreas específicas. Parece que hay un sector joven que le gusta el Casco Histórico y parejas jóvenes que lo consideran como un lugar adecuado para instalarse. Esto lleva a pensar en una modificación del perfil ciudadano en función de la capacidad adquisitiva del entorno. A mayor degradación menor interés por la zona. Se afirma que siguen existiendo áreas "guetos" dentro del barrio muy deprimidas. Parece existir la sensación, según se manifiesta, que se priorizan "las calles y avenidas principales" frente a otras. En este mismo sentido, una opinión compartida es que la gente mayor que vive en las casas más viejas del CH no se ha visto favorecida por los cambios en el barrio. Que resulta muy difícil atenderles y quizá no se ha realizado un esfuerzo suficiente en este sentido.

Respecto a las condiciones de habitabilidad del barrio se identifican recurrentemente algunas circunstancias: la suciedad de algunas zonas, la ausencia de contenedores o la falta de iluminación. Asimismo, aunque no de forma explícita, se hace referencia a algunas actitudes poco cívicas de las personas que habitan o transitan por el barrio.

La movilidad es otro asunto que preocupa. El tranvía acaba de llegar y no tienen claro cómo va a quedar el barrio con los cambios en las líneas de autobuses a lo que hay que añadir las progresivas dificultades para el uso del vehículo privado.

Respecto a las dos zonas tradicionales del barrio, la percepción de la Magdalena parece haber mejorado frente al área de San Pablo, que parece haberse quedado con la etiqueta de "zona colonizada por la inmigración" y en la que además se asienta con más fuerza la marginación. Así, la c/ Conde de Aranda se percibe como un lugar de asentamiento de personas no españolas y en la que "cada vez quedan menos comerciantes locales" (sic). En la Madalena la presencia gitana sigue nombrándose pero de forma distinta la de tiempos pasados, se percibe de forma menos relevante.

También se hace referencia al aumento de la percepción de inseguridad sobre todo en horario nocturno, en algunas zonas concretas como Conde Aranda y sus calles adyacentes. El tema de trapicheo de drogas y de la presencia de prostitución lo relacionan con la zona de la c/ Agustina de Aragón, c/ Pignatelli, c/ Cerezo, c/ Boggiero y entorno. Las zonas de bares de la c/ Heroísmo, del entorno de San Miguel, o de la parte de San Felipe, muestran distintas valoraciones. Para la gente de San Pablo, echan de menos que haya más animación en su barrio. Mientras quienes viven en las otras zonas y sufren el ruido nocturno, siguen recordando el lema de los 90 de "casco histérico".

Algunos que tienen cerca edificios municipales sin utilizar se sienten relativamente indignados por la falta de uso de instalaciones como el antiguo conservatorio, el palacio de Fuenclara, la imprenta Blasco, etc. Asimismo, existe preocupación por la nueva ubicación en otras zonas de la ciudad de muchos servicios municipales (por ejemplo, en el edificio Seminario de la Romareda) o la salida de los juzgados hacía las instalaciones de la EXPO.

El punto de vista de los más pequeños

El punto de vista del "diagnóstico" que realizan los niños identifica necesidades que complementan las aportadas por los habitantes adultos. Los menores consideran que existen pocas zonas verdes, incluyendo como tales la ausencia de jardines, vegetación y parques. Los valores que identifican en la categoría de "convivencia y valores" son la felicidad (identificada como una sonrisa), la libertad, la expansión, la belleza, el bienestar, la comodidad y la posibilidad de cambio. No obstante, respecto a los comportamientos de civismo consideran que en el barrio existe suciedad, malos olores y excrementos de perros. Los niños creen, además, que el barrio es inseguro debido a las peleas y a las discusiones. Los niños sienten temor hacia la existencia de una cierta marginación social, en cuanto a la presencia en las calles de personas vagabundas y bebedores habituales. Los niños se encuentran familiarizados con los equipamientos y servicios del barrio (centro de salud, colegio, "Cadeneta", "Gusantina" y espacios como "Esto no es un solar"). Creen que podría haber más oferta respecto a las actividades de ocio y tiempo libre. Se quejan de la falta de mobiliario urbano, en concreto se refieren a la ausencia de farolas para alumbrar algunas zonas. Asimismo, se subraya el exceso de tráfico en algunas zonas del barrio que son percibidas por los niños como peligrosas para los peatones.

Por último, los menores expresan poco interés por conocer la historia del barrio, lo consideran viejo y con una connotación negativa.

La perspectiva de los jóvenes

En relación con las opiniones de los jóvenes, en este apartado se expondrán las principales conclusiones sobre la valoración y el diagnóstico que realizan un grupo de estudiantes de los institutos Pedro de Luna y Ramón y Cajal de Zaragoza. Como ya se explicó en el apartado de metodología, se partió de las respuestas individuales de cada estudiante respecto a los aspectos que consideraban "lo mejor" y "lo peor" del barrio para posteriormente elaborar categorías y metacategorías que engloben dicha respuestas.
Respecto a los aspectos valorados más positivamente son los siguientes:

Lo mejor valorado es la arquitectura urbana con un 83.44% de las respuestas. Se trata de un porcentaje muy representativo, lo que indica que la arquitectura del barrio, sus monumentos, los puentes y los edificios históricos, se perciben como lo más relevante y atractivo del barrio.

En segundo lugar, con un 38,89% de las respuestas, los adolescentes perciben que el Casco Histórico posee buena comunicación y movilidad con respecto al resto de la ciudad, debido a que existen diferentes opciones de transporte, como lo es el tranvía, las líneas de autobuses y el carril bici.

Las zonas verdes, en especial la Ribera y el parque Bruil son muy bien valorados, con un 29.17% de las respuestas.

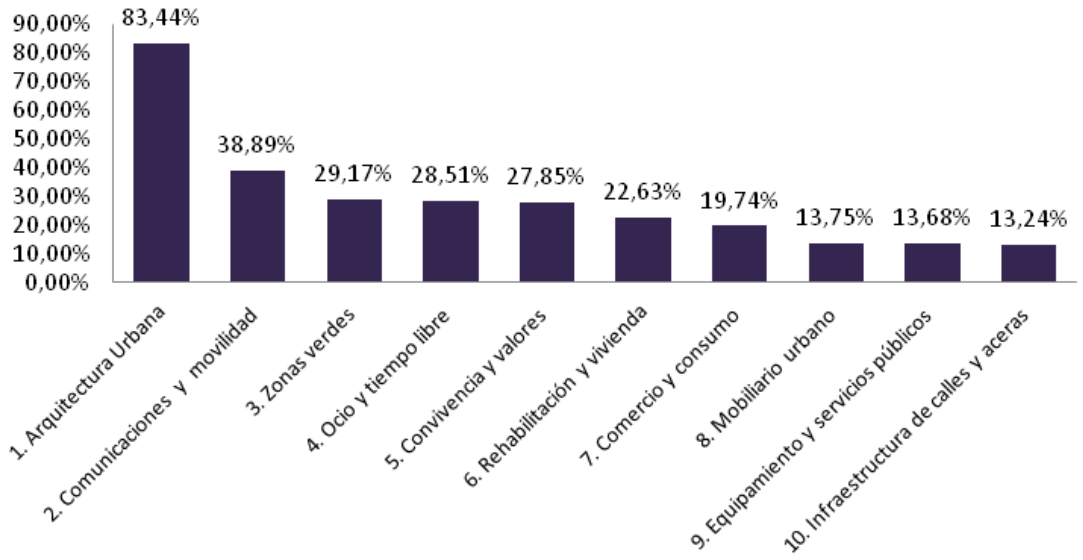
El ocio en el barrio también se aprecia en el colectivo juvenil. La zona de bares, las actividades de tiempo libre, las fiestas del barrio obtienen un 28.51 % de las respuestas dentro de lo mejor del barrio.

A pesar de que también aparece como un elemento negativo, muchos jóvenes valoran como un aspecto positivo la convivencia en el barrio, la multiculturalidad, la solidaridad y el ambiente vecinal.



En el siguiente gráfico se muestra la valoración de las principales categorías analizadas.

Gráfico 4.2. Valoración de los jóvenes. "Lo mejor del barrio"



Por otra parte, los aspectos peor valorados son los siguientes:

Un 68.05% de las respuestas de los jóvenes afirman que lo peor del barrio es la presencia de marginación social. La presencia de toxicómanos, vagabundos y prostitución son situaciones que no gustan a los jóvenes.

Las infraestructuras del barrio, con un 57.35% de las respuestas obtenidas, son la segunda cuestión que peor valoran los jóvenes En especial, los jóvenes destacan el estado de las calles y de algunas aceras, la carencia de limpieza y la excesiva suciedad del barrio o los malos olores.

En cuarto y en quinto lugar se destacan los problemas relacionados con la falta de civismo ciudadano y los problemas relacionados con la convivencia y valores con un 56.03% y un 45.32% respectivamente.

La seguridad ciudadana ocupa el sexto, con un 32.62%. En este punto se producen respuestas contradictorias en las valoraciones que se realizan: algunos jóvenes consideran que hay poca policía y poca vigilancia mientras otros consideran que es todo lo contrario.

La rehabilitación de las viviendas, con un 26.28% ocupa el séptimo en el listado de valoraciones negativas. Los jóvenes creen que deberían rehabilitarse más edificios y fachadas, así como también opinan que deberían darse otros mejores usos a los solares del barrio.

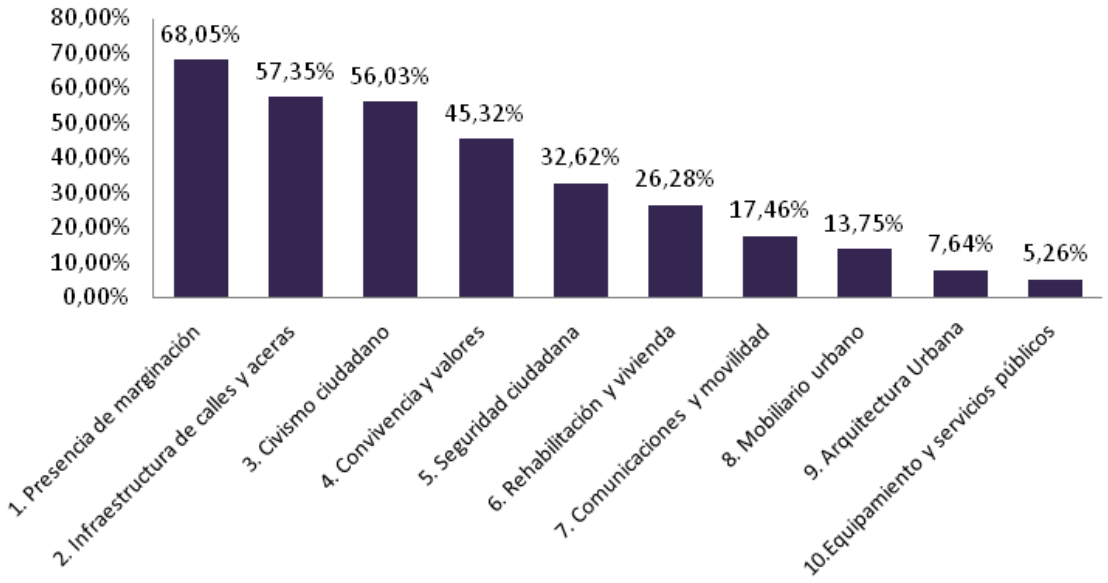
La comunicación y la movilidad ocupan el octavo lugar con un 17.46% de las respuestas obtenidas. Piensan que las líneas de autobús no son suficientes, no hay estaciones de Bicicletas o "Zara bici", el aparcamiento es escaso, y muchas veces molestan los coches en doble fila.

En noveno lugar está el mobiliario urbano. Destacan la mala iluminación de las calles por la noche y la falta de papeleras y contenedores.

Por último, están la arquitectura urbana, el equipamiento y los servicios públicos, con un 7.64% y un 5.26% respectivamente.

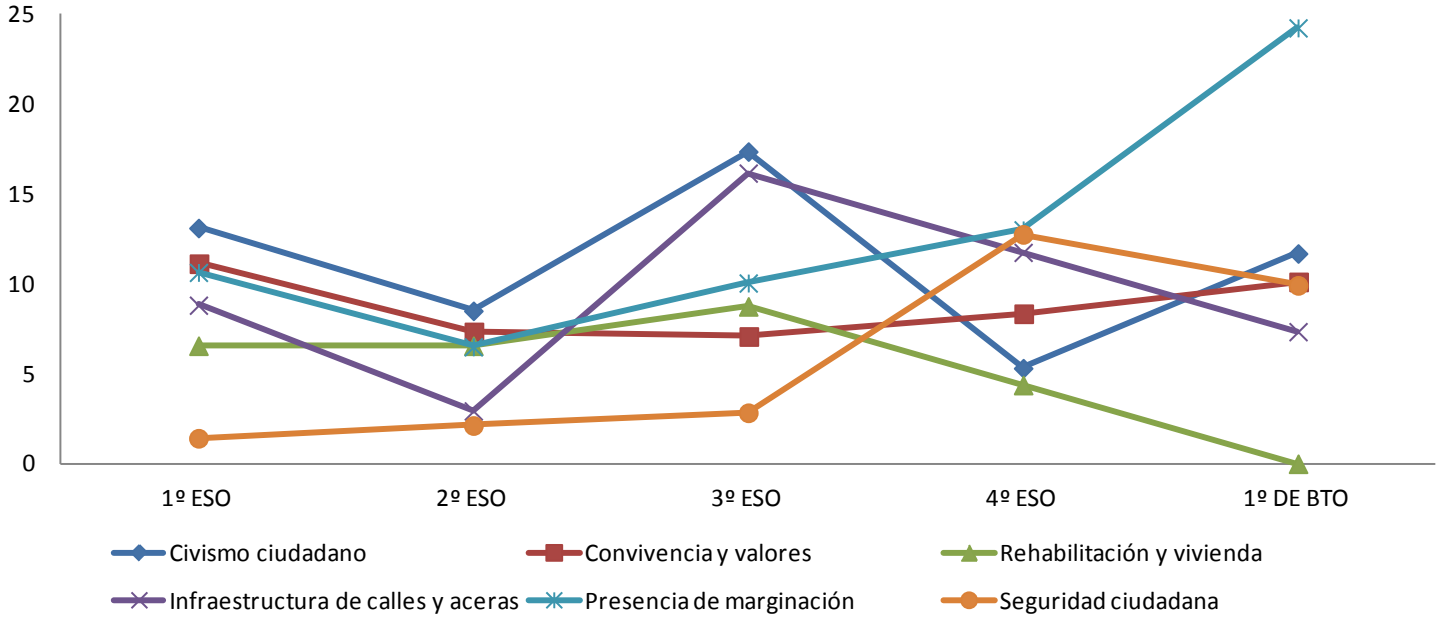
En el siguiente gráfico se muestra la valoración de las principales categorías.

Gráfico 4.3. Valoración de los jóvenes. "Lo peor del barrio"



Por otra parte, si se valoran las distintas categorías dependiendo del nivel educativo, se pueden establecer algunas diferencias según la edad. Como se aprecia en el siguiente gráfico al desagregar algunas de estas categorías, en relación con las cuestiones peor valoradas, se aprecia que la tendencia respecto al porcentaje de respuestas aumenta con la edad en las categorías relacionadas con la presencia de marginación y seguridad ciudadana y disminuye en la categoría de rehabilitación y vivienda. En el resto de las categorías las valoraciiones negativas se mantienen con independencia de la edad de los jóvenes.

Gráfico 4.4. Valoración "lo peor del barrio" según nivel educativo de los adolescentes



Por último, respecto a los problemas concretos nombrados por los jóvenes se ha construido una nube de palabras. Las palabras y expresiones más relacionadas con los problemas identificados y expresados por la población joven son la "mala gente", la presencia de "drogas", los "olores", los "gitanos", las personas "alcohólicas", el "ambiente", las "peleas" y los robos.

Figura 2. Valoración de los jóvenes. Nube de palabras



4.4. Confluencias, divergencias y polaridades

El objetivo de este segundo apartado del capítulo es sintetizar las valoraciones que los participantes han realizado sobre la situación actual del CH de Zaragoza. Para ello, se repasan algunas categorías básicas y se analizan las posibles confluencias, divergencias y polaridades presentes en los discursos.

Rehabilitación y vivienda

El área de rehabilitación y vivienda es un área muy importante para los participantes en esta evaluación. Aunque hay un cierto consenso en que las actuaciones realizadas en esta materia durante los últimos años han mejorado la situación, se sigue constatando la presencia de viviendas en mal estado, de infraviviendas y de pisos y solares vacíos. Una parte de los discursos critican que se ha actuado más sobre la parte más externa y visible de los edificios y no sobre su interior. Además, se insiste en que las actuaciones en esta materia no se han sido homogéneas en las diferentes zonas del barrio lo que ha dificultado un desarrollo equilibrado. Este asunto se plantea más allá de la rehabilitación y de la vivienda, se insiste en subrayar que algunas de las áreas tradicionalmente deprimidas siguen en la misma situación.

Por otra parte, se incide en la dificultad para acceder a una vivienda en el barrio, bien porque no reúnen las condiciones de habitabilidad necesarias, por su alto precio o por la escasez de viviendas de alquiler a precios razonables. Entre otras razones este hecho parece impedir la llegada decidida de nuevos habitantes al barrio.

Infraestructura de calles y aceras y situación del mobiliario urbano

Los temas relacionados con la conservación de calles y aceras y con el mobiliario urbano han sido bastante recurrentes. Hay una preocupación común en este sentido. Se destaca el mal estado de algunas calles y aceras sobre todo en algunas áreas del barrio, la ausencia de iluminación de algunas calles y los problemas con el adoquinado. También se subraya la ausencia de limpieza y de malos





olores. Estas críticas se acompañan de la denuncia de la ausencia de papeleras y de contenedores que pudieran mejorar la situación. Nuevamente, al igual que ocurriera en el área de rehabilitación y vivienda parece que estos problemas se acumulan en zonas específicas del barrio lo que ayudan a incrementar la imagen de un barrio segmentado.

Equipamiento y servicios públicos

Respecto a los equipamientos dirigidos a satisfacer las necesidades de los habitantes del barrio se demandan guarderías, una mayor oferta de servicios dirigida a las personas mayores, más zonas verdes e instalaciones deportivas. Además, se insiste en la poca utilidad dada para algunos equipamientos existentes en el barrio o la falta de flexibilidad en cuanto a sus posibilidades de uso (horarios o días de apertura). Por otra parte, hay una preocupación bastante compartida sobre el impacto que puede tener en la dinámica del barrio el traslado de algunos servicios públicos a otras zonas de la ciudad.

Comunicaciones y movilidad

Aunque sin un acuerdo unánime, en este apartado se destaca la mejora de los aspectos relacionados con las comunicaciones y la movilidad en la zona, sobre todo en comparación con otras áreas de la ciudad. Asimismo, aunque también con diversidad de opiniones, se enfatiza el impacto positivo que puede tener el tranvía en la medida en que puede convertirse en un eje que acerque algunas zonas periféricas de la ciudad al CH. En cuanto a los aspectos negativos, si parece haber un acuerdo bastante unánime en acentuar la ausencia de zonas de aparcamiento.

Los aspectos relacionados con las comunicaciones y movilidad ponen de manifiesto una de las polaridades que surgen en los discursos de los participantes. Por una parte, una de las posturas discursivas subraya la necesidad de mejorar las comunicaciones, la accesibilidad y la permeabilidad social dentro del barrio, de tal manera que se facilite el acceso de las personas, el desarrollo del comercio y, en definitiva, el dinamismo económico. En el otro polo de los discursos, y sin desestimar los aspectos relacionados con las comunicaciones y la movilidad, se subraya la necesidad de fortalecer el barrio desde dentro, desde su propia identidad y teniendo a los pobladores del barrio como protagonistas prioritarios de este proceso.

Convivencia, valores y civismo ciudadano

Pese a que en el discurso de los informantes no se manifiesta una excesiva inquietud sobre problemas que vengan derivados por la convivencia entre los vecinos del barrio, si se hace referencia a la existencia de conflictos asociados a la presencia de situaciones de marginación. Por otra parte, se acepta el hecho multicultural que caracteriza algunas áreas del barrio como Conde Aranda, asumiéndose la coexistencia de los diferentes grupos. En este sentido, al igual que no se destacan aspectos críticos que puedan alterar la convivencia tampoco parece que el hecho multicultural haya implicado una oportunidad que pueda ayudar a la dinamización del territorio.

Por otra parte, sí que se mencionan actitudes relacionadas con la ausencia de comportamientos cívicos que aumentan la suciedad en las calles y en los solares: bolsas de basura abandonadas en la calle, excrementos de perro que no se recogen...,

Empleo, formación y servicios sociales

Un elemento esencial que caracteriza el universo humano del barrio es el impacto agudo que la crisis económica ha tenido en el empleo. No obstante, en general se valoran positivamente las actuaciones desarrolladas por algunas de las entidades sociales que tienen presencia en el barrio y orientadas a la mejora de la formación y la empleabilidad de los colectivos especialmente vulnerables.

No se producen referencias explícitas respecto a la valoración y el funcionamiento de los servicios sociales. Sin embargo, fruto de la experiencia de las entidades y de la convivencia cotidiana entre vecinos, han sido frecuentes las alusiones a la existencia de un número creciente de familias cuyas necesidades básicas no están cubiertas. En este punto el acuerdo es bastante unánime y aunque no se valora específicamente la función de los servicios sociales se indica su importancia en la mejora de estas situaciones.

Presencia de marginación

El aumento de la presencia marginación parece relacionarse con el impacto de la crisis pero también como una situación endémica presente en el barrio. Se produce una preocupación creciente por la presencia de situaciones relacionadas con la pobreza, la marginación y la exclusión social. Como ocurre en otros apartados, este tipo de problemáticas no se manifiestan homogéneamente en todas las áreas del barrio. Su incidencia afecta sobre todo a áreas específicas que además quedan asociadas a comportamientos como el consumo de drogas, la prostitución y la presencia transeúntes.

Seguridad ciudadana

Aunque sin que esta relación se produzca en todos los casos, los comportamientos marginales quedan asociados a la presencia de delincuencia y a la percepción de inseguridad. Nuevamente esta percepción parece referirse a zonas concretas. Cabe destacar tanto la presencia de comportamientos marginales como su posible relación la delincuencia se apuntan como un elemento clave que repercute sobre la imagen negativa asociada al Casco Histórico y, por tanto, sobre las consecuencias que esta imagen tiene para su desarrollo. En este punto aparecen dos discursos polarizados. El primero de ellos insiste en el refuerzo de los programas sociales que redunden en la mejora de la calidad de vida de los habitantes del barrio. Sin embargo, el segundo de los discursos subraya la necesidad de reforzar la seguridad insistiendo además que la sobrerrepresentación de recursos sociales en el CH atrae finalmente a la población con bajos recursos y representa un freno para el desarrollo de la zona.

Comercio y consumo

Aunque la situación del comercio y del consumo también se relaciona con la actual coyuntura de crisis económica, en su valoración se apuntan algunos elementos específicos. En primer lugar, parece que la zona ha perdido posiciones en los últimos años en relación con otras áreas comerciales de la ciudad, concentradas en torno a grandes superficies. Asimismo, parece constatarse el progresivo



cierre de comercios tradicionales instalados en la zona, en parte por la jubilación de sus propietarios. Por otra parte, se valoran positivamente algunos intentos para favorecer la instalación en la zona de pequeños comercios, de artesanos, artesanos, etc.

Cultura, ocio y tiempo libre

Tradicionalmente algunas de las zonas del CH han sido lugares de ocio nocturno. Aunque parece que esta situación ha ido cambiando en los últimos años, en algunas zonas siguen siendo habituales este tipo de establecimientos. Las valoraciones en este área son diversas y en algunos momentos ambivalentes. Por una parte, se manifiesta el dinamismo que implican las zonas de bares y, como en el caso de los jóvenes, se convierten en uno de los aspectos mejor valorados. Por otra, se insiste en las consecuencias respecto a los ruidos, los olores, riñas..., que implica la presencia de este tipo de establecimientos.

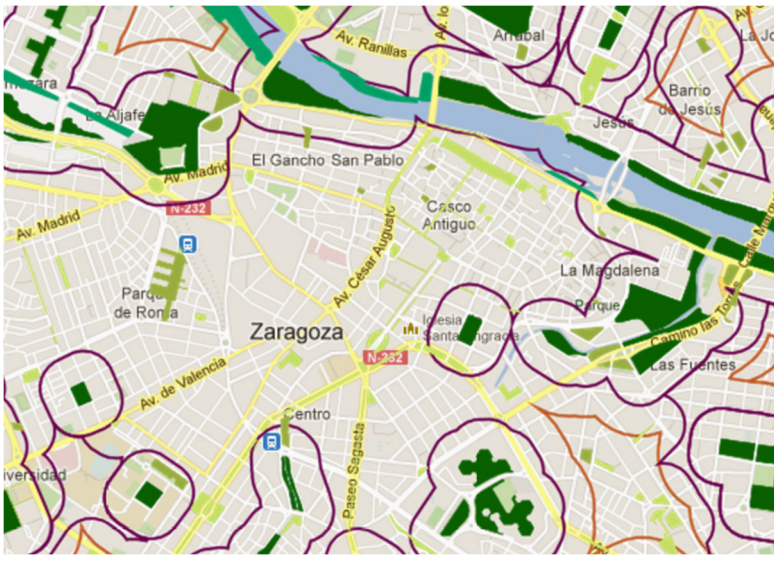
Arquitectura antigua y monumentos históricos

Aunque no han sido muchas las referencias realizadas al patrimonio histórico y artístico del barrio, si se destaca como fortaleza y como un indudable elemento de atracción que es necesario seguir explotando. Se destaca el esfuerzo realizado en los últimos años en la rehabilitación y mantenimiento de parte de este patrimonio. No obstante, aunque elemento destacado, no parece ser un elemento de identidad para sus pobladores. De hecho, cuando algunos participantes se refieren a elementos que caracterizan y marcan la identidad del barrio suelen referirse a otros de carácter negativo.

Por último, y como conclusión a la síntesis presentada, es posible apuntar algunas similitudes entre los diagnósticos previos disponibles a la ejecución del PICH y los resultados que se acaban de presentar en la actual valoración. Entre estas similitudes cabe destacar que el territorio del Casco Histórico sigue sin presentar un desarrollo homogéneo, persisten calles y áreas degradadas junto con otras que han experimentado un mayor desarrollo, en la imagen del barrio siguen pesando aspectos negativos como la situación de la vivienda, la suciedad o la presencia marginación. Aunque se sigue manteniendo por parte de sectores importantes del barrio un sentido de pertenencia al mismo, éste no parece asociado a aspectos positivos y atractivos sino, más bien, a aquellos rasgos más negativos que caracterizan este territorio. También, y sobre todo respecto a los datos más recientes del "barriometro" publicado en 2012, cabe destacar la importancia creciente de algunos problemas emergentes derivados del impacto de la crisis económica y que repercuten de manera muy aguda en este territorio.

Pese a que desde todos los sectores, antes y ahora, se siguen identificando problemas relacionados con la convivencia entre los vecinos, parece que este aspecto ha ido mejorando en los últimos años tanto si se consideran los diagnósticos previos como la actual valoración. En este punto destacan especialmente aquellos aspectos relacionados con la presencia de población inmigrante en el barrio. Si bien es cierto que queda todavía un importante camino por recorrer para la integración de los diferentes grupos, incluido el formado por la población autóctona, no se ha incidido especialmente en los posibles problemas derivados de la convivencia entre unos y otros.

Mapa 4.2. Parques y zonas verdes del Casco Histórico y su entorno



Fuente: Ebrópolis y GEOT



5. PROPUESTAS DE FUTURO

5. PROPUESTAS DE FUTURO

5.1. ¿Por dónde empezar el futuro?

Entre los elementos de futuro que destacan los actores sociales hay una amplia batería de propuestas de actuación y algunas recomendaciones generales sobre las condiciones y orientaciones que debería tener un futuro Plan Integral. En este breve apartado se abordarán las premisas que debería contener el nuevo Plan antes de pasar a ver los ámbitos de actuación, las líneas estratégicas y las actuaciones.

Muchos informantes sugieren que el próximo Plan debería partir de las sinergias existentes entre los actores sociales del barrio. En las actuales circunstancias de escasez de recursos financieros consideran fundamental recurrir a metodologías que permitan la participación activa de los agentes del barrio, tanto públicos como privados, con especial relevancia de los actores de la sociedad civil, de los entes municipales y de las iniciativas empresariales.

Las entrevistas y diversas técnicas de recogida de información han detectado una importante polarización ideológica y política en el barrio. Algunos vecinos creen que la planificación y la gestión de los proyectos en el barrio serían mucho mejor si se contase con algunos consensos mínimos para evitar depender del liderazgo del partido político de turno. En este sentido es fundamental acercar estas posiciones polarizadas para lograr acuerdos mínimos que permitan definir un horizonte común para el barrio. Además, estos acuerdos servirían para que las intervenciones tengan mejores resultados y los procesos de mejora se desarrollen con mayor arraigo entre los habitantes del territorio.

Otra de las claves a considerar sería revisar los mecanismos de relación contractual con las entidades sociales, ya que las contrataciones bilaterales con las organizaciones sociales generan división y recelos en el tejido social del barrio, debido a que hay muchas entidades que se quedan al margen de la gestión de los proyectos o que gestionan muy pocos recursos. Estas formas de relación no promueven la cohesión social del barrio en términos de fortalecimiento del tercer sector. En su lugar se propone buscar fórmulas de acuerdos y convenios a través de redes de organizaciones, plataformas sectoriales o clústeres asociativos para evitar esta división, mejorar la gobernanza del desarrollo local y democratizar la gestión de los recursos económicos.

Otro elemento transversal es la necesaria relación de los ámbitos de actuación. A pesar de que en la planificación sea necesaria la separación de las esferas de intervención para definir acciones, responsables y plazos, no se debe perder la integralidad de la planificación social; esto es, las medidas urbanísticas deben incorporar las socioeconómicas y viceversa.

Igualmente es necesario definir políticas sociales de convivencia, inter-conocimiento e interrelación social entre los distintos agentes del barrio: asociaciones, vecinos, comerciantes, etc. Tanto en la evaluación como en el diagnóstico se ha detectado un déficit de trabajo comunitario que permita mejorar la convivencia, la participación y las actitudes cívicas.

5.2. Ámbitos, líneas estratégicas y actuaciones

Las diferentes actuaciones que se verán a continuación son la suma de las sugerencias y recomendaciones de todos los participantes del presente estudio. Sus autores han organizado dicha información en cinco ámbitos diferenciados que se subdividen en 23 líneas estratégicas.



Ámbito 1. Participación, convivencia y cohesión social

1.1. Apoyo de procesos de autogestión en la inclusión social

Buena parte de los participantes opinan que para mejorar la convivencia se debe evitar la fractura social que se está experimentando en el barrio como fruto de la desigualdad socio-económica y de las diferencias culturales. Ante este panorama sugieren fomentar una línea estratégica que permita desarrollar medidas que promuevan la solidaridad entre vecinos a través de redes de autoayuda y autogestión.

1.1.1. Autogestión en la rehabilitación y mejora de las viviendas. Participación de los usuarios de programas de rehabilitación en sus propios domicilios y mejora de instalaciones de la vivienda.

Al respecto, algunas entidades sociales sugieren que los propios usuarios de determinados programas de rehabilitación de viviendas se beneficien de su propio trabajo a través de acciones de apoyo a la reforma y mejora de instalaciones en la propia vivienda. Estas acciones deberían prevenir la degradación al interior de los domicilios (no trabajar sólo en fachadas) reduciendo la cantidad y gravedad de infraviviendas en el barrio mientras se evita la dependencia hacia las prestaciones económicas.

Algunos creen que ante la falta de recursos económicos es el tiempo de pensar en estrategias que surjan desde la sociedad civil, facilitando que las personas puedan organizarse sacar adelante sus ideas.

Promover iniciativas de intervención comunitaria que busque la corresponsabilidad de los vecinos en la solución a determinadas necesidades del barrio. El sentimiento de pertenencia y corresponsabilidad facilita que los resultados prevalezcan a lo largo del tiempo. En esta dirección animan a promover procesos participativos donde se involucren ciudadanos y asociaciones que hasta ahora no han participado (en especial se refieren a grupos religiosos, deportivos y culturales).

Uno de los logros que podría traer esta medida sería reforzar la identidad de los habitantes del barrio. El aumento del sentido de pertenencia facilitaría el afianzamiento de muchas acciones preventivas (autocuidado, limpieza, etc.) y de intervención social.

1.1.2. Autogestión en la satisfacción de necesidades básicas insatisfechas

Otra medida de autogestión tiene que ver con la forma de atender a las necesidades básicas. Algunas entidades sociales rechazan el reparto de alimentos y sugieren que podría reconducirse ese tipo de acciones de manera que se trabajara la cohesión comunitaria.

1.1.3. Potenciar el banco del tiempo y crear acciones de intercambio de favores y de saberes.

Es fundamental poner en relación a personas que no se conocen entre sí, pero que tienen necesidades comunes. Hace varias décadas el paradigma de las capacidades locales ha ido sustituyendo al paradigma de las necesidades básicas insatisfechas.



1.2. Promoción de la mediación social e intercultural

Seguir promoviendo la mediación social para prevenir y atender los conflictos entre vecinos; así como los problemas de distribución de droga, prostitución y hurtos.

1.2.1. Debería haber un plan de convivencia que conjugue la educación social, la atención a los problemas de convivencia y la respuesta de las fuerzas de seguridad.

1.2.2. Trabajo social intercultural, mejorar y coordinar la oferta de cursos de español y ampliar los servicios de traducción e intérpretes.

1.3. Revitalización socio-demográfica

Existe una polarización frente a los fenómenos de gentrificación (rehabilitación de viviendas y reemplazo por otros vecinos con mejor nivel económico). Algunas organizaciones afirman que el éxito de un plan pasa por la mejora de la calidad de vida de los actuales habitantes del barrio, no por su reemplazo; no obstante, otras organizaciones creen en la necesidad en este modelo.

1.3.1. Barrio universitario y distrito Erasmus
Algunos expertos y representantes políticos insisten en la importancia de promover el flujo de personas en el CH, que genere dinamismo y vida en la calle, especialmente después del traslado de una buena parte del personal del Ayuntamiento al edificio Seminario y del cambio de sede de los juzgados al recinto de la Expo.

De esta forma se sustituiría el uso público, administrativo y judicial por otro uso público, más intensivo, con población joven que mantendría una relación con el territorio de carácter residencial y cultural. En concreto sugieren la creación de cuatro residencias universitarias en los entornos de los juzgados. Las propuestas respecto a la ubicación del distrito universitario son variadas: además de los Juzgados, otros agentes proponen los dos edificios de Madre Rafols, el edificio Luis Buñuel y el convento de San Agustín en la Magdalena.

1.4 Acción conjunta para la limpieza del barrio

Respecto a la suciedad del barrio se deduce que es necesario trabajar diversos frentes.
Algunas organizaciones apuestan por la continuidad del programa "te quiero más limpio", porque sirve para concienciar mientras se limpia el barrio.

1.4.1. Insistir en la sensibilización a los vecinos sobre la limpieza

1.4.2. Aplicación de las ordenanzas municipales a través de sanciones y multas a quienes ensucien

1.4.3. Mejorar dotaciones de papeleras y contenedores en lugares públicos.

1.5. Proyecto de salud comunitaria en la que se atiendan diversos problemas (ruidos, limpieza y movilidad)

1.5.1. Prevención frente al consumo de drogas de los chavales del barrio
Trabajar en la prevención a través de las actividades de ocio y tiempo libre en plazas públicas como la Magdalena; simultáneamente se resta espacio a los vendedores que aprovechan del abandono de determinadas zonas. El 30.80% de los adolescentes aspira a conseguir mayores actividades de ocio y tiempo libre en el barrio.

1.5.2. Adecuar más espacios abiertos para estar con los niños, planificar actividades intergeneracionales en la calle. En los espacios de "esto no es un solar" se deberían hacer más actividades para los niños.

1.6. Seguridad ciudadana

Existe una solicitud expresa por parte de los adolescentes participantes en cuanto a seguridad ciudadana; el 31.21% de ellos denuncia una falta de seguridad y de presencia



policial frente a los atracos, el tráfico de drogas, la violencia en las calles, etc.

1.6.1. Mejorar la intervención policial en relación a las licencias de algunos locales comerciales.

1.6.2. Convivencia con las personas sin hogar Abordar decididamente los conflictos y la suciedad que generan en el barrio algunos usuarios del Albergue Municipal, especialmente en las calles más cercanas a este servicio. Al respecto hay personas que sugieren diseñar proyectos específicos para las personas sin hogar de la zona y preparar a un grupo especial de la policía, con formación en trabajo social, para que pueda intervenir mejor con esta población.

1.6.3. Diseñar rutas seguras dentro del barrio para facilitar la movilidad de los niños para ir al colegio.

Algunas asociaciones de vecinos señalan que en los próximos años resultará prioritario centrarse en la atención a las necesidades básicas insatisfechas de una parte importante de la población del barrio. Una de las líneas estratégicas planteadas anteriormente ha prestado un papel importante a la autogestión comunitaria. No obstante, los participantes dan a entender que esa estrategia es complementaria a las políticas sociales que provienen de la Administración.

1.7. Atención a las necesidades básicas y prevención de la exclusión

Este conjunto de actuaciones requerirá la implicación de todos los Servicios Municipales, en especial, de los Servicios Sociales.

1.7.1. Mejorar la coordinación de los servicios sociales y de otros agentes del barrio. Sugieren que es necesario mejorar la coordinación de los servicios sociales de la zona e implicar a otros agentes del barrio para evitar actuaciones aisladas y ofrecer a los ciudadanos respuestas integrales. La atención de las necesidades básicas frenaría el incremento de la exclusión

1.7.2. Sugieren buscar la complementariedad de las acciones planificadas en el barrio con el Plan Estratégico de Servicios Sociales..

1.7.3. Habría que habilitar zonas de acogida, pisos tutelados y proyectos de inserción para las personas sin hogar. Debido a los desahucios y al aumento de la exclusión, es probable que la demanda de este tipo de servicios aumente en los próximos años.

1.8. Plan de formación e inserción laboral

Entre las actuaciones urgentes reclaman un plan de formación y cualificación profesionales vinculado al empleo.

1.8.1. Fomento del empleo socialmente útil para el barrio: rehabilitación, limpieza y mantenimiento.
Algunas de las actuaciones de empleo deberían ser socialmente útiles, es decir, estar vinculadas a la rehabilitación de viviendas, limpieza de solares y al mantenimiento del mobiliario urbano de la zona.

1.8.2. Planes formativos y proyectos socio-laborales acompañados
Deberían trazarse planes formativos y proyectos socio-laborales con apoyos y acompañamiento para trabajar hábitos y comportamientos laborales que faciliten el futuro acercamiento al mercado laboral. Ampliar los convenios

1.8.3. Apoyar a las mujeres solas con cargas familiares para su inserción laboral.

1.8.4. Apoyo a iniciativas de autoempleo, de formación de cooperativas y de empresas de economía social. Así mismo se podría trabajar desde un modelo que facilite la formación de cooperativas y empresas de economía social que fomenten redes sólidas de cooperación y autoempleo entre las personas del entorno. A pesar de que el Ayuntamiento no cuenta con recursos económicos, se pude dinamizar con la creación de cooperativas de trabajo asociado que surjan de los propios vecinos y actúen sobre solares, fachadas, viviendas y locales. Otros sugieren contratar a personas del barrio para complementar los servicios de limpieza.

1.8.5. Dar continuidad al proyecto de mejora de fachadas. Planificar la continuidad de la actividad y del presupuesto económico por períodos amplios. En los últimos años había que esperar a la aprobación del presupuesto municipal para asegurar la continuidad de la actividad

1.9. Servicios culturales

La oferta cultural actual se caracteriza por una variada oferta de pequeñas actuaciones, descoordinada y a veces dirigida a personas externas al barrio. Habría que diferenciar las actividades dirigidas al turista y las dirigidas a los vecinos.

1.9.1. En el primer aspecto habría que fortalecer la zona como parte de la "ciudad cultural". Se puede "vender" Zaragoza, implicando al sector de la hostelería, como "zona de nieve", combinando un día de nieve y un día de actividades culturales en la ciudad.

1.9.2. En el segundo aspecto es necesario evitar que el barrio se convierta en un "territorio espectáculo". Determinadas actuaciones de turismo, patrimonio y puesta en valor del Casco Histórico deberían incorporar a los propios niños y adolescentes del barrio para fomentar la identidad de barrio y su sentido de pertenencia.

1.9.3. El mantenimiento del Proyecto Música en San Pablo que posibilita enseñar en positivo el Casco y que vecinos de otros barrios vayan a conocer esta parte de la ciudad.

1.9.4. Mejorar las infraestructuras para la programación y proyección del ciclo de cine de verano.

1.9.5. Realizar programación anual y promover actividades culturales variadas en la Escuela de Música y Danza de la calle Las Armas.

1.9.6. Programar equipamientos, instalaciones culturales y universitarias en el Centro Documentación en la calle Las Armas para dinamizar el entorno.

1.9.7. Repetir la actividad "Vamos al Teatro" a lo largo del curso, ya que solo se puede realizar una vez al año.

1.9.8. Realiza más actividades de animación de calle para promover los comercios de proximidad y mejorar la imagen del barrio ante el resto de los ciudadanos.



Ámbito 2. Servicios públicos y equipamientos

2.1. Calidad, coordinación y asequibilidad de los servicios públicos

2.1.1. Proponen mejorar la calidad de los servicios públicos existentes para evitar que la gente se marche a otros barrios en busca de mejores servicios.

2.1.2. Reclaman una mayor coordinación entre la Administración Municipal y la autonómica para evitar duplicidades en las subvenciones a proyectos similares priorizando las necesidades.

2.1.3. Disminuir el valor de las tasas municipales de recogida de basuras y suministro de agua para la zona, ya que, afirman "la normativa no se ajusta a la realidad del barrio".

2.1.4. Solicitan un aumento en la frecuencia de los servicios de limpieza.

2.2. Optimización y ampliación de equipamientos básicos

2.2.1. Flexibilización de horarios de espacios públicos. Mejorar la utilización de espacios e instituciones públicas a través de la flexibilización de horarios para dar un mejor servicio a los ciudadanos. En concreto señalan que la Casa de las Culturas, la Casa de la Mujer y el Centro de Historia tienen espacios infrautilizados y suelen estar cerrados los domingos por la tarde, cuando muchas entidades podrían realizar actividades.

2.2.2. Solicitan, con premura, un centro cívico para el barrio.

2.2.3. Superar la brecha digital existente en el barrio. Reivindican una biblioteca pública con ordenadores conectados a internet para muchos niños, adolescentes (para hacer los deberes) y adultos que no tienen acceso desde sus casas.

2.2.4. Hay que centrarse en un proyecto potente en el Colegio Santo Domingo, teniendo en cuenta que las actuaciones de climatización que se hicieron con este programa no han dado los resultados adecuados por la necesidad de acometer obras de mayor envergadura. Ya existe una memoria encargada por la Oficina del Plan Integral para hacer un edificio eficiente energéticamente.

2.2.5. Proponen la creación de un centro de mayores en la zona del grupo de viviendas Aloy Sala.

Ámbito 3. Infraestructuras, escena urbana y patrimonio

Este es el ámbito de intervención que más proponen los adolescentes del barrio cuando se les preguntó por lo que faltaba (38.75% de las respuestas giraban en torno al mobiliario urbano). La ciudadanía adulta, organizada y no organizada también identificó la necesidad de mejorar la dotación de bancos, contenedores y papeleras en el barrio. Además de ganar en la limpieza, señalan, se brindaría la sensación de orden y seguridad en todo el barrio.

3.1. Mejora de la escena urbana

3.1.1. Aumentar la dotación de bancos, fuentes, papeleras y contenedores.

3.1.2. Mejora de la iluminación. Mejorar la iluminación redundaría en la mejora de la movilidad, ya que anima a caminar con mayor tranquilidad y seguridad en algunas calles. Una buena iluminación disuade a quienes pretendan forzar las cerraduras de los locales.

3.1.3. Mejorar el estado de algunas aceras y cambiar con urgencia los adoquines de algunas calles; cuando llueve generan malestar y aumentan las posibilidades de accidentarse. Algunos expertos sugieren que los adoquines, tal como están, no son funcionales y aumentan la fricción de las ruedas de los coches produciendo mayor contaminación acústica; también sugieren mejorarlos o sustituirlos por asfalto.

3.1.4. Es importante intervenir en algunas zonas del barrio que parece se han quedado olvidadas. Destacan las calles contiguas al museo del Fuego.

3.1.5. Proponen retomar la propuesta de ensanchamiento de la calle Miguel de Ara, que se había planteado como alternativa de amplitud y salida al barrio, pero se desestimó.

3.1.6. Hay que seguir proponiendo zonas de esponjamiento para seguir mejorando la escena urbana y la vida del barrio.

3.2. Uso social y ambiental de solares vacíos

3.2.1. La mayoría de los entrevistados propone que debería continuar el proyecto de "esto no es un solar", pero haciendo mantenimiento e implicando a los vecinos del barrio con el fin de reducir costes, despertar el sentido de pertenencia por el barrio y generar empleo entre los vecinos.

3.2.2. Gestión asociativa de solares. De cara al aprovechamiento de los espacios públicos, algunas asociaciones propusieron la idea de poder designar la utilización de algunos solares por parte de las propias organizaciones de la zona. "En cambio de que esos solares estén infrautilizados, igual a alguna organización se le ocurre que puede utilizar este espacio para alguna actividad o proyecto, el Ayuntamiento debería pensar en estrategias de delegar ya que es imposible que ellos lleguen a todo".

3.2.3. Uso verde de los solares. A pesar de que las zonas verdes existentes en el barrio son muy valoradas, se demandan más. Un 32,92% de las respuestas de los adolescentes expresa el requerimiento de más parques y mejores zonas verdes, también echan de menos más jardines, árboles y flores.

3.2.4. Los niños reivindican el uso del Parque Bruil y del río. En general se reclaman mas parques para niños y ancianos.

3.3. Espacios deportivos

Entre los adolescentes consultados, las instalaciones deportivas son la segunda cuestión que mas necesita el barrio, con un 38.32% de las respuestas planteadas, ya que consideran que las existentes son insuficientes. Las peticiones se centraban en campos de fútbol, polideportivos y piscinas públicas, entre otros.

3.3.1. Faltan muchos espacios deportivos, que no sean solo los solares. Habría que buscar potreros en la zona de La Ribera, en alguno de los espacios vacios que tiene el barrio. Hay mucha gente y no hay suficientes espacios. Seguir vinculado el Casco Histórico a la ribera del rio Ebro

3.3.2. Falta un espacio deportivo en el barrio que tenga pistas variadas y también hace falta que la gente participe mas.

3.3.3. Saben que es difícil conseguir terreno en este barrio, por lo que proponen buscar en barrio cercanos. Concretamente en la margen izquierda en la Calle Alcalde Caballero identifican un solar que podría convertirse en espacio deportivo.

3.4. Patrimonio arquitectónico

3.4.1. Una buena forma de dinamizar la zona, es generar una señalética uniforme, dando publicidad adecuada los recursos culturales, históricos y arquitectónicos del entorno (espacios emblemáticos como el Museo del fuego, Plaza de Toros, Catedral de San Pablo, Aljafería…).

3.4.2. Dinamizar la zona para que sea conocida y visitada por zaragozanos y visitantes, lo que promoverá interés en propietarios que no viven en el barrio para rehabilitar.

3.4.3 Restauración-consolidación de portada de La Seo en calle Pabostría, en mal estado.

3.4.4 Iglesia de las Fecetas: Pendiente orden de ejecución (goteras en el ábside y mal estado fachada lateral recayente a calle Santa Lucía)

3.4.5 En Convento Santo Sepulcro: Representación en puertas de la ciudad romana y medieval. Se han representado en medianerías: Puerta del Sol, Puerta de Valencia y Puerta de Toledo.

3.4.6 En Casa Palafox: rehabilitación del espacio, recuperación-restauración del patio, posible Museo de Los Sitios

3.4.7 En Muralla Cesar Augusto: Vallado de la cara interior de la Muralla (verja) para impedir que suban niños y turistas, deteriorando las murallas

3.4.8 Continuar la recuperación integral del edificio de la Real Maestranza. Se ha redactado Plan Director del edificio para la DGA

3.4.9 Continuar la consolidación de fachadas y cubiertas (poder eliminar los andamios) y salvar los edificios de Madre Rafols.

3.4.10 Recuperar las ayudas a la rehabilitación. Recuperar los presupuestos de Patrimonio para rehabilitación, obras urgentes y ejecuciones subsidiarias.

3.5. Movilidad

3.5.1 Construcción de aparcamientos. Se señala que es un factor que hace que muchos vecinos no quieran residir ni visitar el barrio.

3.5.2 Delimitación de zonas azules.

3.5.3 Continuar abordando los aparcamientos disuasorios.

3.5.4 Construcción de aparca bicis

3.5.5 Algunos vecinos creen que se debería proteger más a los peatones frente a los usuarios de las bicicletas; especialmente las personas mayores sienten temor de sufrir un accidente.

3.5.6 Promoción de la movilidad segura (semáforos y señalización) de los peatones por las calles Coso y Conde Aranda, como resultado de las obras del Tranvía.

3.5.7 Avanzar en la peatonalización blanda, con acceso restringido de los coches.

3.5.8 Promover proyectos como el de los "paseos saludables".

Ámbito 4. Suelo y rehabilitación de vivienda

Proponen mantener económicamente los programas que inciden directamente en la calidad de vida de los vecinos a la vez que mejoran el aspecto y entorno del barrio. Creen que es posible crear sinergias con la inversión privada. La inversión privada se relanza en zonas donde se ve un compromiso público de seguir con la mejora de la escena urbana en el casco. A pesar de la falta de recursos públicos es el mejor momento para adquirir por la bajada de precios.
Seguir planteando actuaciones integrales de revitalización urbana dónde se aúnen esfuerzos no solo en la rehabilitación y construcción de equipamientos sino en la colaboración y movilización de todos los recursos de la zona para mejorar su funcionamiento.
La pérdida de vivienda que está generando un aumento potencial de personas sin techo que se concentran el centro. Plantear el uso de edificios vacios, "habría que hacer algo, lugares de reunión, para dormir los que no tienen casa…" .

4.1. Habitabilidad de la vivienda

Incidir en la mejora urbanística puede modificar de alguna manera la situación, revitalizar las viviendas, para normalizar y dignificar las condiciones de vida de los habitantes del barrio.

Una forma de abordar este problema es la inversión en la rehabilitación de viviendas, con el fin de rejuvenecer la población;"construir viviendas ecológicas atraería a otras personas más jóvenes al barrio".

4.1.1. Estudio o censo actualizado de viviendas que no cuentan con condiciones de habitabilidad apropiadas.

4.1.2. Programa de erradicación de la infravivienda.

4.1.3. Atender los problemas de hacinamiento.

4.2. Rehabilitación de las viviendas

4.2.1. Rehabilitación de las viviendas más antiguas y en peor estado.

4.2.2. La inversión en vivienda, promoviendo la rehabilitación de viviendas y regulando más para evitar la especulación urbanística. "…para que este barrio, siga siendo un barrio, ya que solo es un barrio si vive gente… y no un escaparate de actividades raras o zona turística, se deben recuperar las viviendas vacías, rehabilitar las infraviviendas, luchar contra la especulación".

4.2.3. Sería necesaria una actualización de los edificios calificados pendientes de rehabilitación.

4.2.4. Es necesario seguir rehabilitando edificios y realizando obra nueva (sobre todo en solares sin uso) para la regeneración del barrio y la mejora de la escena urbana en un momento en el que se está empezando a visibilizar otra imagen de barrio y a aunar esfuerzos desde diferentes sectores.
Estas actuaciones pueden cubrir la rehabilitación de edificios no infravivienda y mejorar aquellos que no están en peor estado pero que actualizan el parque inmobiliario.

4.2.5. Urgente la creación de un proyecto de seguimiento posterior a la rehabilitación en los edificios que lo necesiten para fomentar el cuidado y mantenimiento de las obras.

4.3. Facilitar el acceso a viviendas y locales

4.3.1. La necesidad de regular de alguna manera los alquileres y los trámites burocráticos (nominas, documentación, alquiler a extranjeros..) dado que se producen abusos por parte de algunos propietarios, así como establecer mecanismos más ágiles y justos para que las personas puedan acceder a una vivienda digna.

4.3.2. Potenciar las viviendas para alquiler a bajo coste. Regular más, desde la Administración, los alquileres e hipotecas, crear más vivienda de interés social.

4.3.3. Intermediación en el acceso a la vivienda. Buscar gestores o intermediarios entre vecinos y propietarios, con una mayor intervención de la Administración, para facilitar el acceso a la vivienda de alquiler.

4.3.4. Aprovechar los locales de Zaragoza Vivienda y establecer sistemas de intermediación con propietarios privados para alquilar sus locales. Proponen que estas actuaciones deberían proseguir. Se han puesto en funcionamiento siete espacios destinados a gente joven y a la artesanía.

4.4. Regulación sobre la propiedad de los solares

4.4.1. Incrementar la presión sobre los propietarios de los solares que incumplan los plazos de edificación, al menos para el mantenimiento del solar en circunstancias de salubridad y seguridad.

4.4.2. En segundo lugar, impedir el aprovechamiento económico por parte de los propietarios que incumplen los plazos de edificación.

4.4.3. Ejecutar las expropiaciones de los propietarios de solares que incumplen los plazos.



Ámbito 5. Comercio y turismo

Las actividades de verano para jóvenes, colonias y campamentos son importantes, aquí se debe plantear una cuestión. El comercio y consumo ha sido el tercer ámbito de actuación más requerido por los adolescentes del barrio con un 37.31% de las respuestas obtenidas, se demandaban en especial: centros comerciales, más tiendas de ropa, de alimentación, de música, de juegos, de cómics, etc. Este gran número de demandas relacionadas con el consumo pueden deberse a un cambio de patrón en las necesidades de los jóvenes que perciben como prioritarias. Podría pensarse en la nueva concepción del espacio público como un sitio de reunión basado en el consumo juvenil, que se da en los centros comerciales o grandes superficies comerciales.

5.1. Fomentar el apoyo al pequeño comercio

Se propone fomentar el apoyo al pequeño comercio y a las distintas iniciativas que realizan y desarrollan. Aclaran que este tipo de comercio corresponde a las iniciativas que atienden a las necesidades de la población (panaderías, mercerías…) no al "mega comercio" o a grandes franquicias. Proponen un plan de revitalización comercial (en forma de beneficios fiscales, que faciliten las licencias de apertura,…).

5.1.1. Activación de la inversión en locales, mediante incentivos fiscales adecuados, por el numeroso porcentaje de locales vacíos y el consiguiente deterioro de la escena urbana.

5.1.2. Mejora de las infraestructuras del cableado telefónico subterráneo, ya que esto dificulta la dinamización del sector comercial. Una empresa de telefonía difícilmente invertirá en esta zona para mejorar los servicios de conexión a internet, "pero si el Ayuntamiento lo hiciera esto atraería algunos sectores comerciales que en este momento ni se lo plantean por las dificultades que existen en este ámbito", además el cableado subterráneo, también mejoraría la imagen exterior de las fachadas de los edificios".

5.1.3. Creación del barrio de artesanos (pero no con el enfoque de lo realizado en la calle Las Armas), se plantea potenciar el comercio en los locales de las viviendas, el concepto de local de artesanos y vivienda en el mismo edificio sería positivo

5.1.4. Apoyar el proyecto de territorio socialmente responsable. Todos los actores participan, se vinculan estrategias sociales y económicas, hay que relacionar transversalmente economía, medio ambiente y sociedad.

5.2. Dinamización cultural vinculada a la promoción comercial

5.2.1. Resaltar y poner en valor la oferta comercial y cultural de barrio, desde sus tiendas de antaño muy características, hasta los nuevos comercios, con estrategias publicitarias que lleguen a toda la ciudad.

5.2.2. Potenciar las fiestas del barrio con actos tradicionales, "el paloteado" y las procesiones tradicionales.

5.2.3. Continuidad y fortalecimiento de la Carrera del Gancho. Ha sido un proyecto que ha tenido mucha repercusión en el barrio, ha movido a mucha gente a muchas entidades, eso le da mucho valor, ya que dinamiza la vida del barrio.

5.3. Promoción turística

5.3.1. El barrio podría ser un buen foco de turismo. Avanzar en convertirlo en foco turístico y cultural. Las propuestas de "La cultura transforma el centro".

5.3.2. Hacer visitas guiadas empleando a residentes desempleados del barrio. Formar y promover un grupo de guías y azafatas.

Tabla 5.1. Ámbitos y líneas estratégicas

ÁMBITO	1. PARTICIPACIÓN, CONVIVENCIA Y COHESIÓN SOCIAL	2. SERVICIOS PÚBLICOS, EQUIPAMIENTOS	3. INFRAESTRUCTURAS ESCENA URBANA Y PATRIMONIO	4. SUELO Y REHABILITACIÓN DE VIVIENDA	5. COMERCIO Y TURISMO
LÍNEAS ESTRATÉGICAS	1.1. Apoyo de procesos de autogestión en la cohesión social	2.1. Calidad, coordinación y asequibilidad de los servicios públicos	3.1. Mejora de la escena urbana	4.1. Habitabilidad de la vivienda	5.1. Fomentar el apoyo al pequeño comercio
	1.2. Promoción de la mediación social e intercultural	2.2. Optimización y ampliación de equipamientos básicos	3.2. Uso social y ambiental de solares vacíos	4.2. Rehabilitación de las viviendas	5.2. Dinamización cultural vinculada a la promoción comercial
	1.3. Revitalización socio-demográfica		3.3. Espacios deportivos	4.3. Facilitar el acceso a viviendas y locales	5.3. Promoción turística
	1.4. Acción conjunta para la limpieza del barrio		3.4. Patrimonio arquitectónico	4.4. Regulación sobre la propiedad de los solares	
	1.5. Proyecto de salud comunitaria		3.5. Movilidad		
	1.6. Seguridad ciudadana				
	1.7. Atención a las necesidades básicas y prevención de la exclusión				
	1.8. Plan de formación e inserción laboral				
	1.9. Servicios culturales				

7. REFERENCIAS

Alvira, F. (2002) Metodología de la evaluación de programas. Cuadernos metodológicos n.2. CIS Madrid
Arias Goytre, Félix (1998) "Barrios desfavorecidos en las ciudades españolas" Seminario sobre barrios desfavorecidos en España. 16 abril - 11 junio de 1998.
Borja, Jordi y Castells, Manuel. Local y Global, La gestión de las ciudades en la era de la información. Taurus, Madrid, 1997.p. 125.

Burdge, R. J. 1998. A Conceptual Approach to Social Impact Assessment. Middleton, WI: Social Ecology Press.
Ebropolis (2006) Plan Estratégico de Zaragoza y su entorno
Finsterbusch, K. 1980. Understanding Social Impacts: Assessing the Effects of Public Projects. Beverley Hills, CA: Sage Publications.

Freudenburg, W.R. (1986) Social Impact Assessment, en Annual Review of Sociology, August 1986, Vol. 12, pp 451-478
Giménez, C. (2012). Convivencia social e intercultural en territorios de alta diversidad. Encuesta 2010 sobre convivencia intercultural en el ámbito local. Barcelona: Obra Social "la Caixa".

Heraldo de Aragón (2012). "Barriómetro" del Casco histórico de Zaragoza.

Hernandez Aja, Agustín (2007) "Áreas Vulnerables en el centro de Madrid". Cuadernos de Investigación Urbanística, 53. Instituto Juan de Herrera.

Información Comercial Española, (2007): Monografía número 836, Mayo-Junio 2007
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en Internet en: <http://habitat.aq.upm.es/bv/agbd09.html> [consultado el 1.02.13]

Pérez, A. (1998) "Plan Integral Casco Histórico de Zaragoza". Seminario sobre barrios desfavorecidos en España. 16 abril - 11 junio de 1998. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en Internet en: <http://habitat.aq.upm.es/bv/gbd00.html> [consultado el 1.02.13]

Rodriguez Beltrán (2011) Ciudad, Ciudadanía y Cohesión social. Una ciudad para las personas, Documento marco del ámbito social, educativo y relacional de la Estrategia de Zaragoza 2020. Zaragoza: Ebropolis.
Rossi, P.H.; Lipsey, M.W., & Freeman, H.E. (2004). Evaluation: A systematic approach (7th ed.). Thousand Oaks: Sage
Subirats, J & Knoepfel, P., Larrue, C. y Varone, F. (2008) Análisis y gestión de políticas públicas, Ariel, Barcelona.
Torguet, N. y Rubio, J. (2007) La Zaragoza Rehabilitada. En Cámara de Comercio e Industria de Zaragoza. Planes y Proyectos para la ciudad 2000/2015. Zaragoza.

Vanclay, F. (2003) International Principles For Social Impact Assessment, in Impact Assessment and Project Appraisal, volume 21, number 1, March 2003, pages 5–11, Beech Tree Publishing, 10 Watford Close, Guildford, Surrey GU1 2EP, UK Yagüe, F. y Boira, S. (Coords.) (2005). Informe sobre infravivienda en el Casco histórico de Zaragoza. Cáritas Diocesana de Zaragoza. Publicación Electrónica disponible en http://www.caritas-zaragoza.org/biblio/ficheros/06253260011853849 78.pdf

8. ANEXOS

ANEXO 1. GUIÓN DE ENTREVISTA A ENTIDADES SOCIALES DEL BARRIO

Presentación del estudio: La universidad de Zaragoza está realizando un estudio para conocer la opinión de las organizaciones sociales del Casco Histórico en relación a las actuaciones municipales realizadas en los últimos 7 años dentro del barrio.
Para nosotros sería muy valiosa su opinión. Todas las respuestas serán agrupadas y analizadas de tal manera que protegeremos su anonimato y confidencialidad.

<table>
<tr><td colspan="2">Entidad:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Nombre de persona o cargo</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Fecha</td><td>Código interno</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">La entidad ha tenido proyecto subvencionado con partida PICH?</td><td>Si</td><td colspan="2" rowspan="2">Ámbito:</td></tr>
<tr><td>No</td></tr>
</table>

POSICIONAMIENTO DE LA ENTIDAD

1. ¿Qué repercusiones ha tenido para tu entidad el PICH?
2. ¿Qué repercusión ha tenido para el barrio la gestión de tu proyecto?

VALORACION DE LA REPERCUSIÓN DEL PICH EN EL BARRIO

3. ¿Qué incidencia ha tenido para el barrio el desarrollo del PICH durante los últimos los últimos 7 años?
   - •Que actuaciones crees que han sido más significativas
   - •Alguna actuación que consideres no debería haberse realizado
   - •Cuales has echado en falta.
4. ¿Qué valoración general le merece el PICH?

DE CARA AL FUTURO

5. ¿Qué nuevas necesidades o problemas han surgido en los últimos 7 años? Como se podrían resolver?
6. ¿Consideras que sigue siendo necesario elaborar un Plan Integral para el Casco Histórico?
7. Aportes o sugerencias.

Anexo 2. Ficha de valoración de las actuaciones de los servicios municipales

Zaragoza

FICHA DE EVALUACION DE LAS ACTUACIONES
PICH 2005/2012

Cumplimentar una ficha por cada actuación. (Están disponibles en las pestañas de la barra inferic

Nombre del Servicio que responde el cuestionario			
Cargo de la persona que responde			
Fecha		Código	

Actuación Nº:					
Nombre de la actuación:					

1. Valore los siguientes aspectos respecto a la ejecución de esta actuación (X):

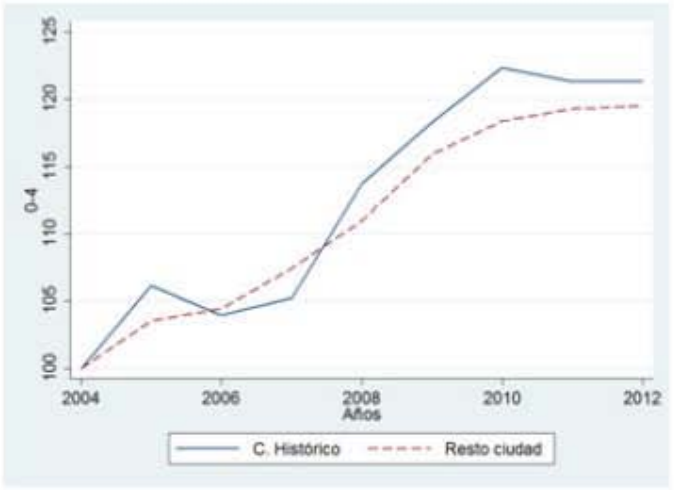
	Deficiente				Excelente
	0	1	2	3	4
Calidad global de actuación ejecutada					
Eficacia de la ejecución en relación a los objetivos previstos					
Eficiencia en relación con los recursos disponibles					
Adecuación de la medida en relación con los objetivos generales del PICH					

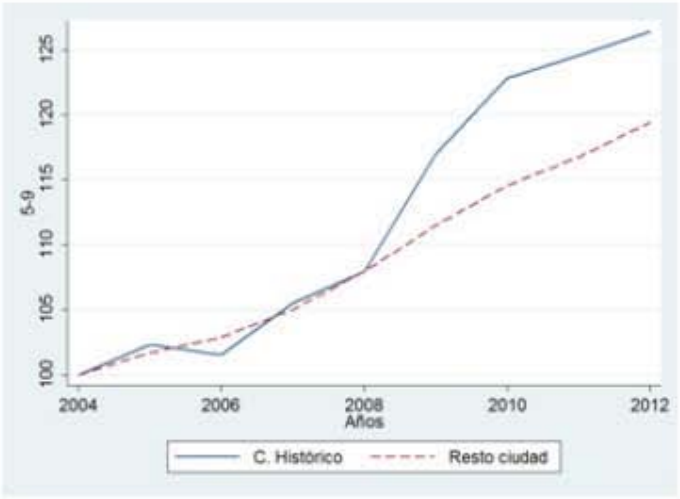
2. ¿Se ha identificado alguna dificultad que haya podido interferir en su ejecución?
[cumplimentación imprescindible en caso de no ejecución]

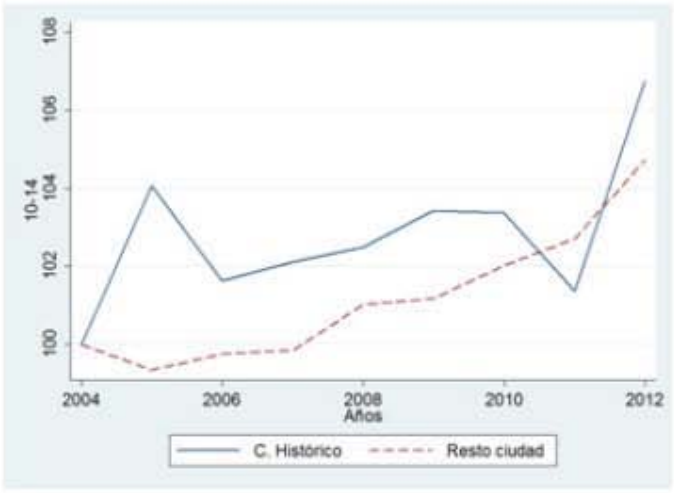
3. ¿Se ha identificado alguna circunstancia (oportunidad) que haya mejorado su ejecución?

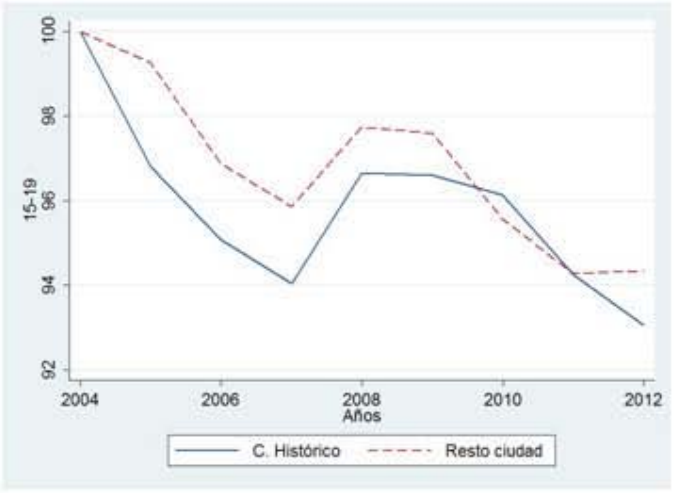
4. Posibles propuestas o sugerencias de cara al futuro que mejoren este tipo de actuaciones

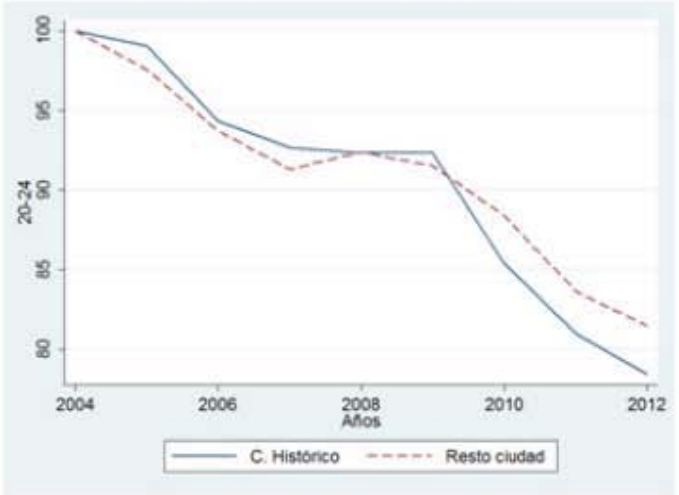
Anexo 3. Gráficos evolución de la población por grupos de edad (2004=100)

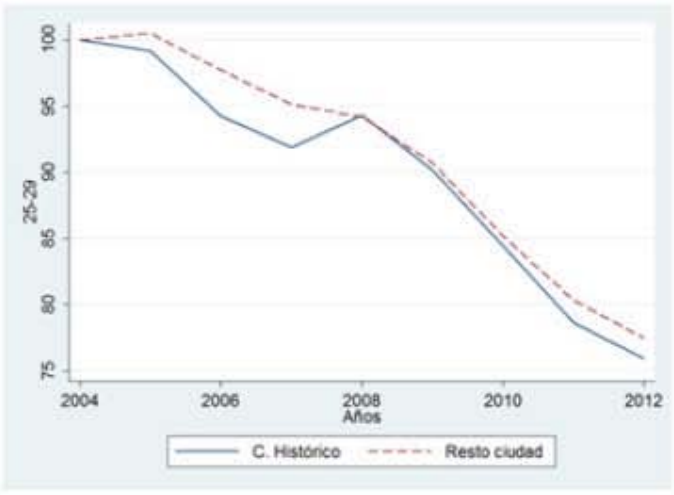


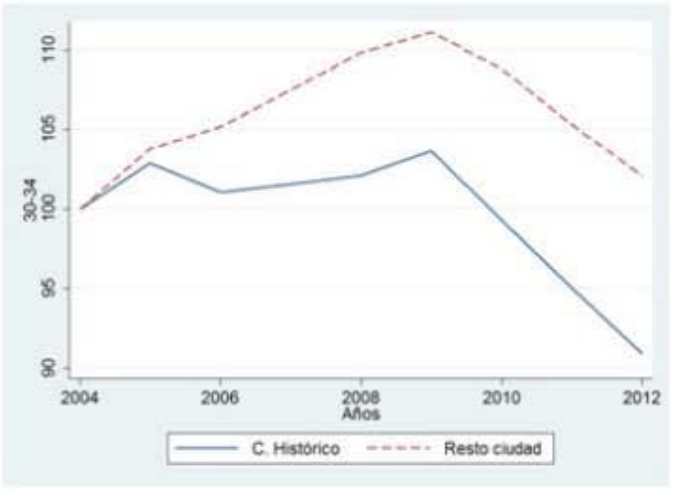


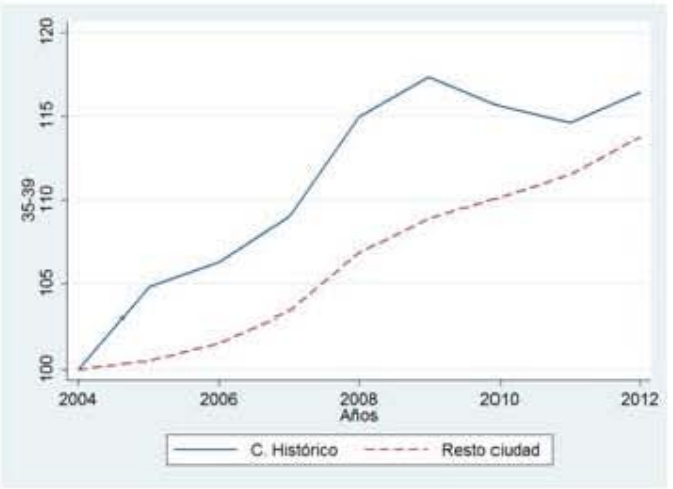


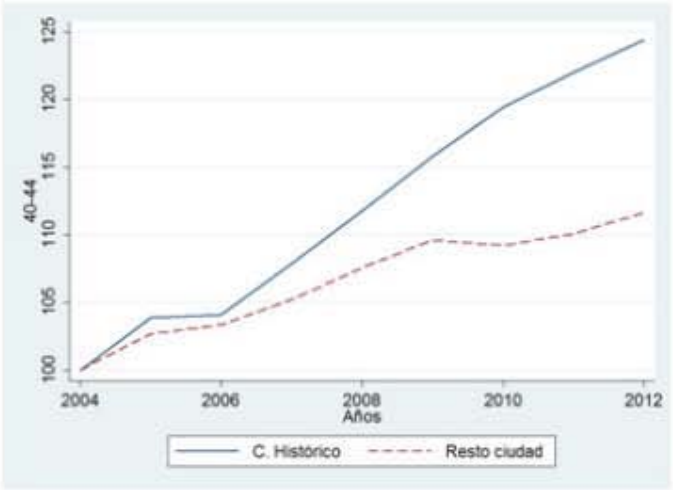


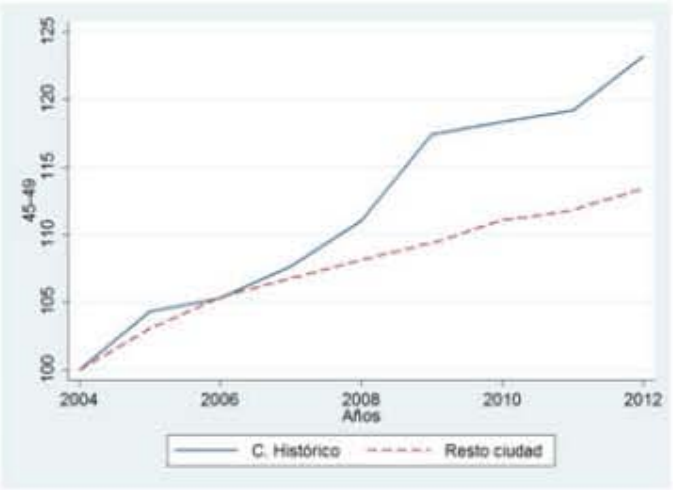


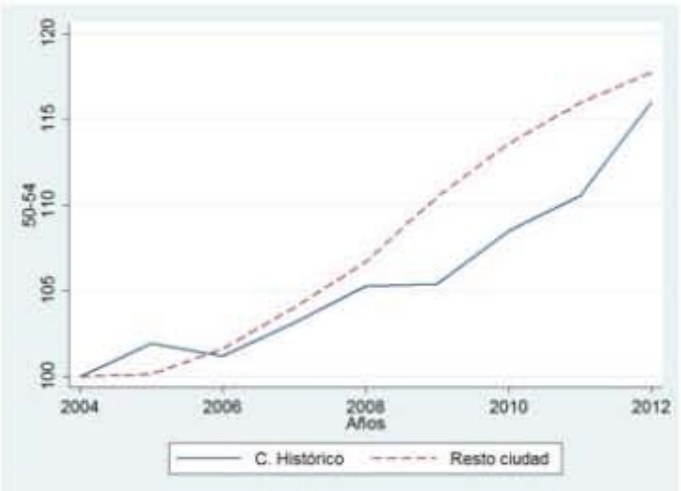


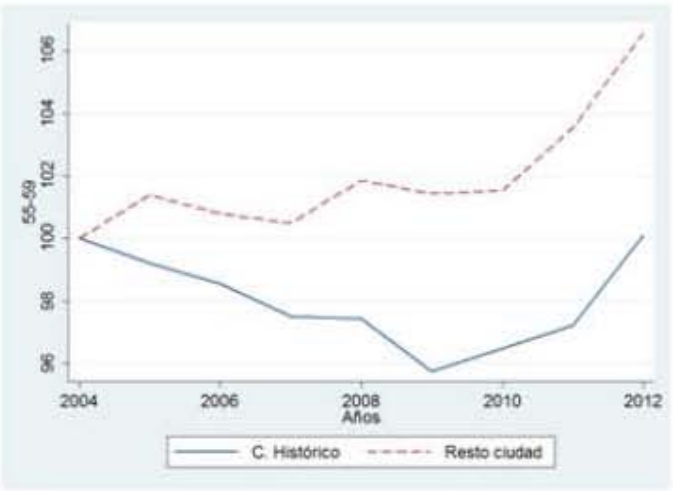

30-34
90
95
100
105
110
2004
2006
2008
2010
2012
Años
C. Histórico
Resto ciudad

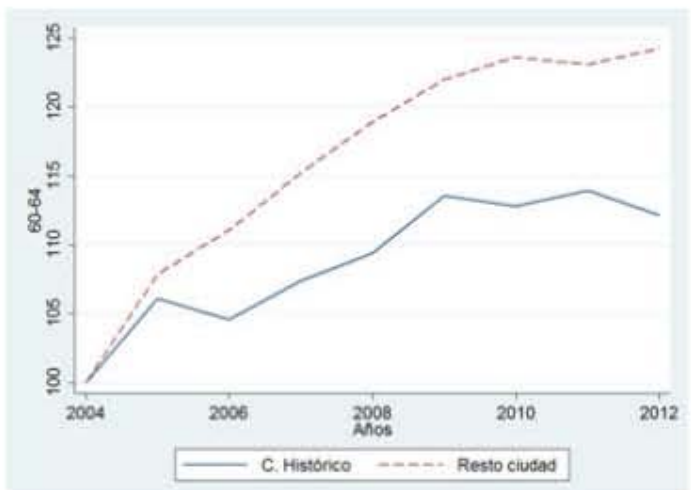

35-39
100
105
110
115
120
2004
2006
2008
2010
2012
Años
C. Histórico
Resto ciudad

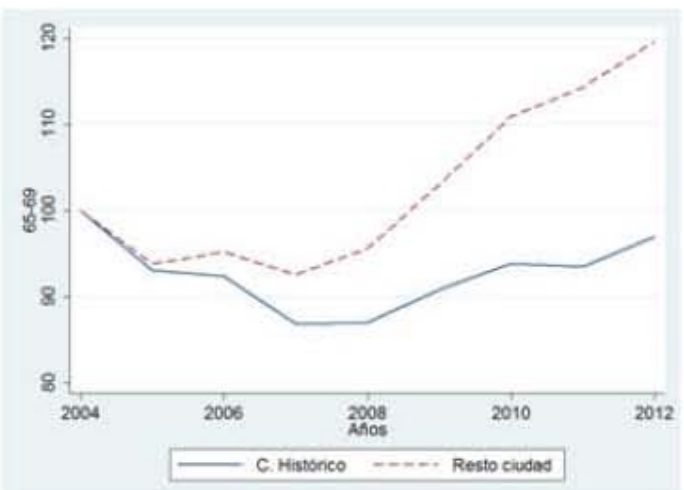

40-44
100
105
110
115
120
125
2004
2006
2008
2010
2012
Años
C. Histórico
Resto ciudad

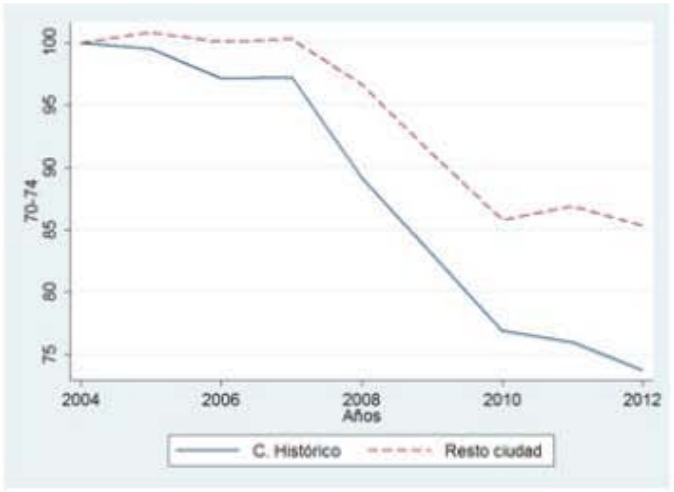

45-49
100
105
110
115
120
125
2004
2006
2008
2010
2012
Años
C. Histórico
Resto ciudad

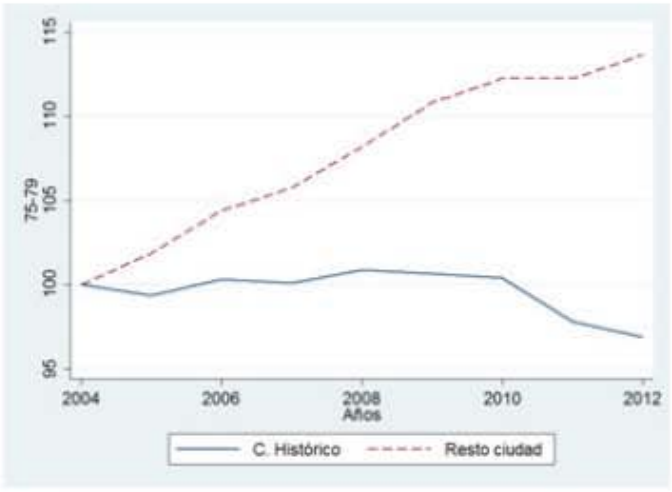

50-54
100
105
110
115
120
2004
2006
2008
2010
2012
Años
C. Histórico
Resto ciudad

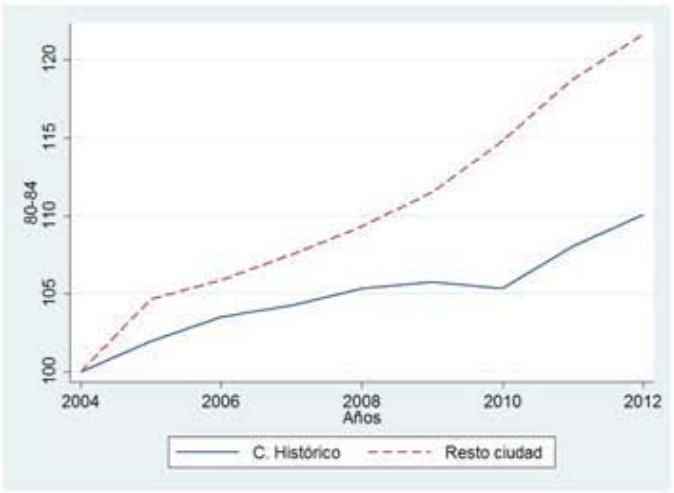

55-59
96
98
100
102
104
106
2004
2006
2008
2010
2012
Años
C. Histórico
Resto ciudad

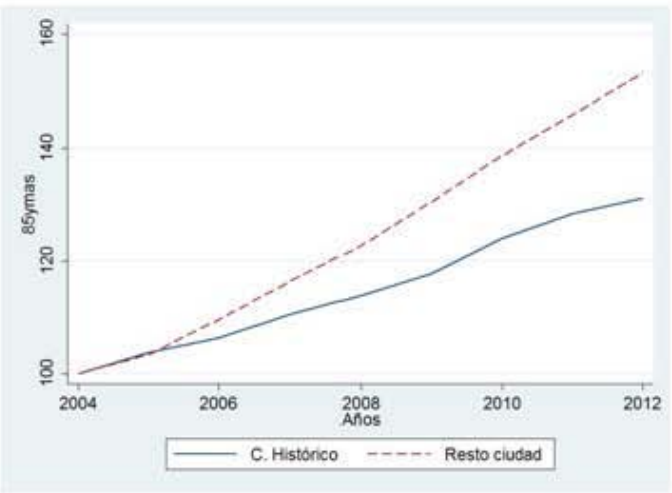

60-64
100
105
110
115
120
125
2004
2006
2008
2010
2012
Años
C. Histórico
Resto ciudad


65-69
80
90
100
110
120
2004
2006
2008
2010
2012
Años
C. Histórico
Resto ciudad

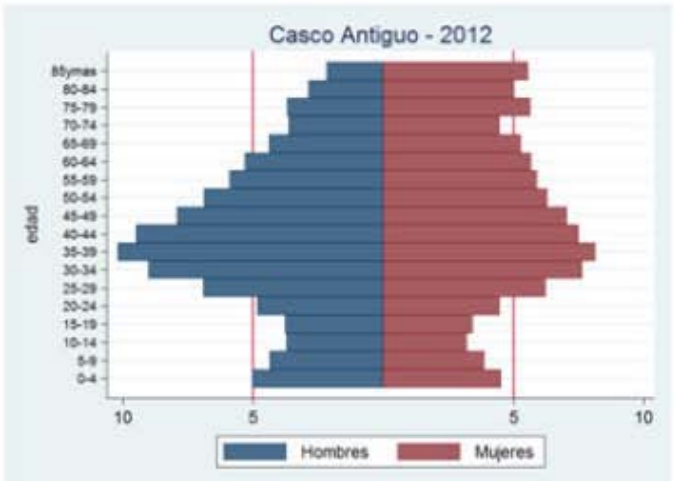






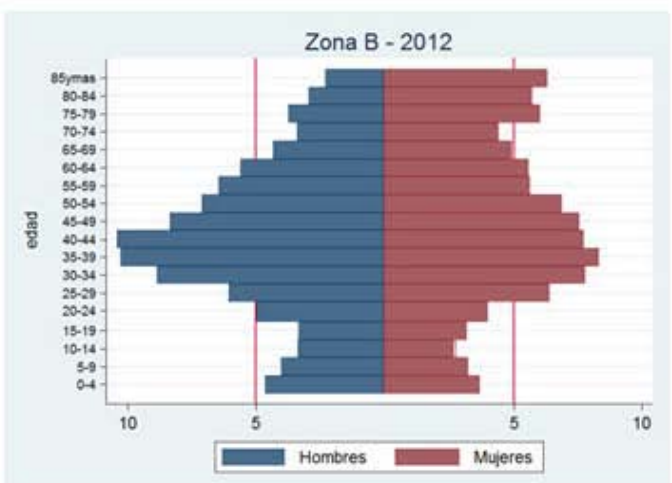


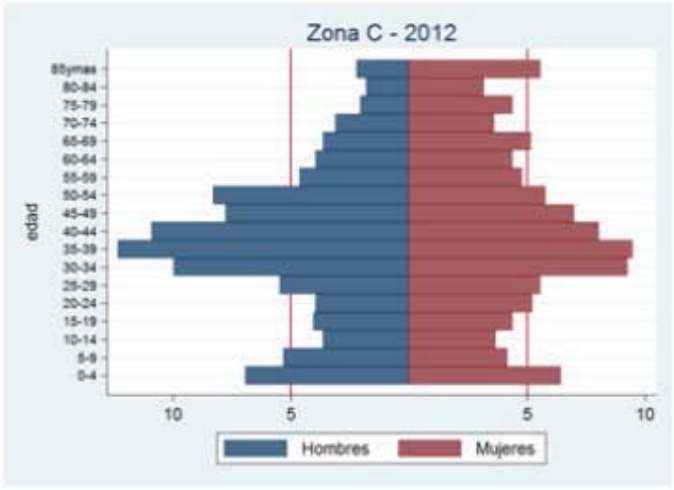
Anexo 4. Pirámides poblacionales año 2012

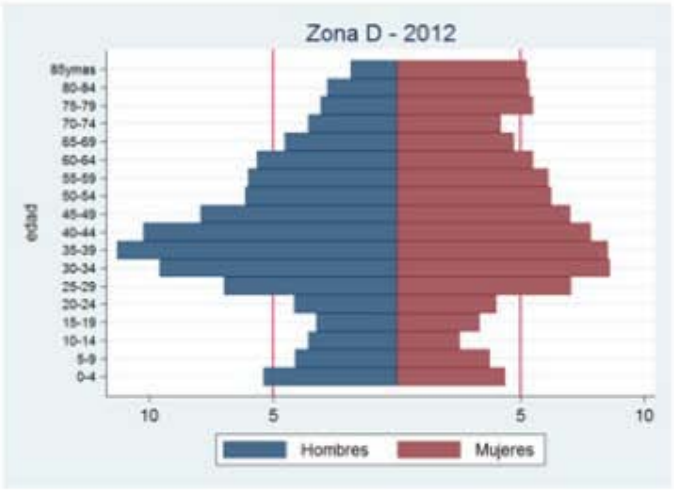


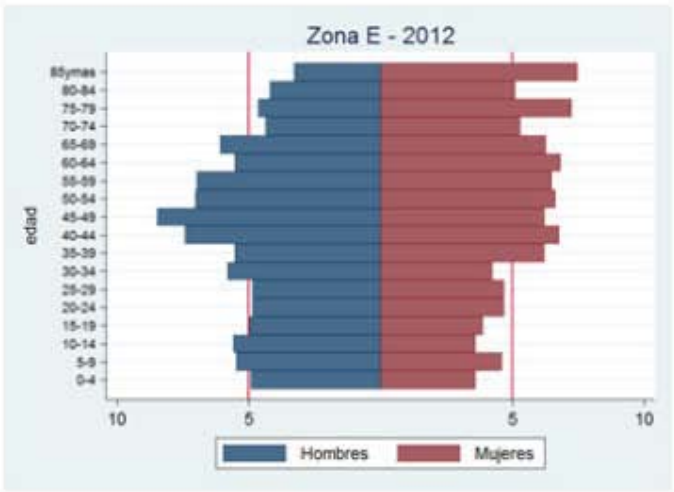




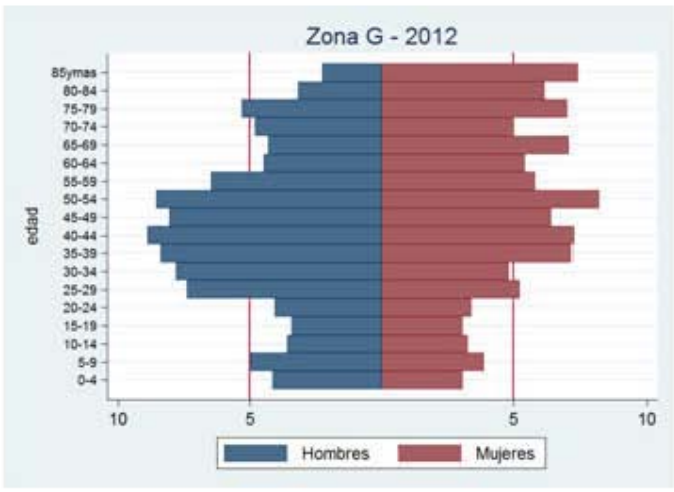


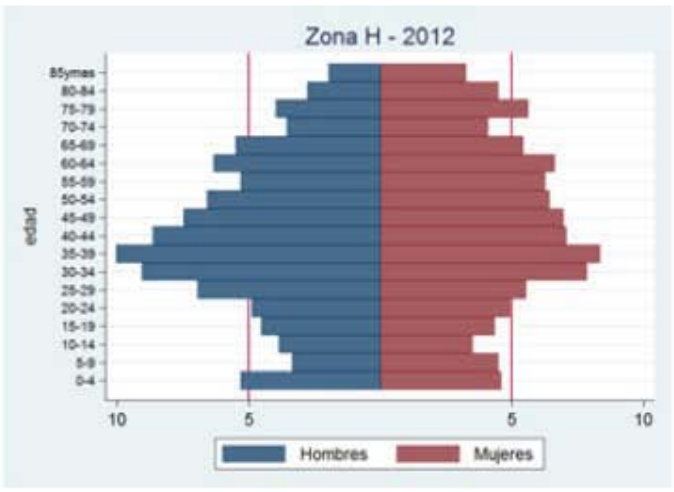




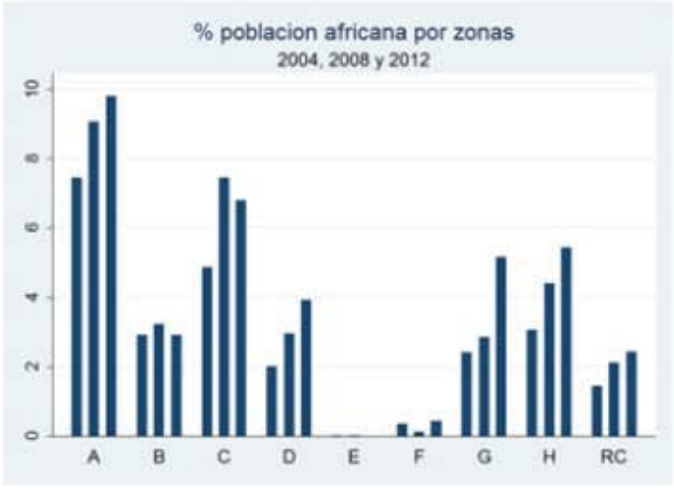








Anexo 5. Evolución de los grupos poblacionales según su origen: 2004, 2008 y 2012









Anexo 6. Importancia relativa de las actividades económicas (por calles)

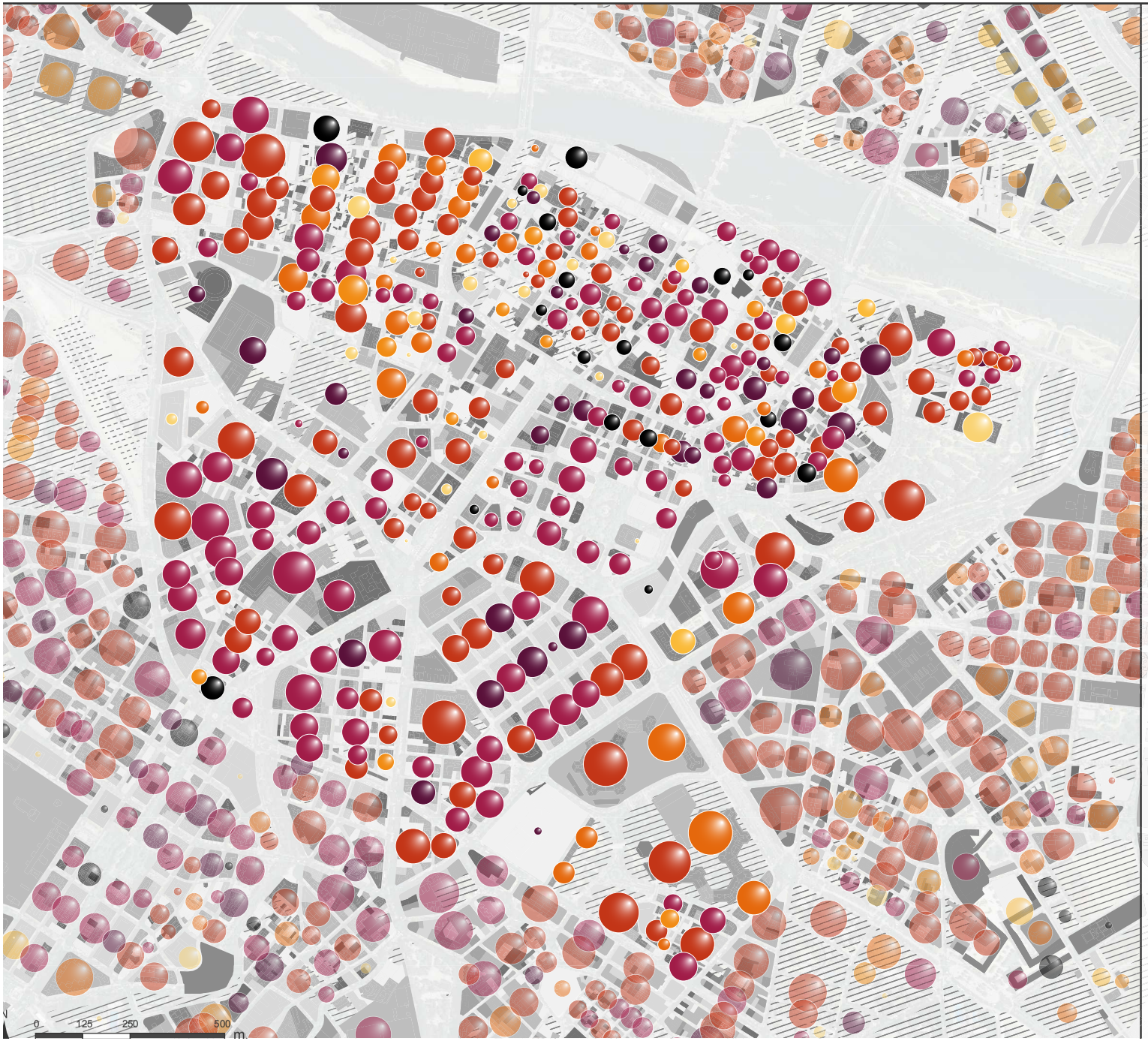
Calle	CNAE	NOM_CNAE	PP
Albareda	68	Actividades inmobiliarias	22,9
	47	Comercio al por menor; excepto de vehícu	14,3
	41	Construcción de edificios	11,4
	69	Actividades jurídicas y de contabilidad	11,4
Alfonso	41	Construcción de edificios	33,9
	47	Comercio al por menor; excepto de vehícu	12,2
	68	Actividades inmobiliarias	12,2
Amar Borbón	41	Construcción de edificios	44,1
	47	Comercio al por menor; excepto de vehícu	11,8
	68	Actividades inmobiliarias	11,8
Bilbao	41	Construcción de edificios	20,6
	96	Otros servicios personales	17,6
	68	Actividades inmobiliarias	11,8
Cadiz	68	Actividades inmobiliarias	15,0
	56	Servicios de comidas y bebidas	12,5
	41	Construcción de edificios	12,5
Cesaraugusta	41	Construcción de edificios	16,7
	68	Actividades inmobiliarias	11,7
Cinco Marzo	68	Actividades inmobiliarias	22,0
	47	Comercio al por menor; excepto de vehícu	12,2
	41	Construcción de edificios	12,2
	69	Actividades jurídicas y de contabilidad	12,2
Conde Aranda	41	Construcción de edificios	29,8
	68	Actividades inmobiliarias	13,5
	47	Comercio al por menor; excepto de vehícu	12,5
Coso	41	Construcción de edificios	25,9
	68	Actividades inmobiliarias	22,0
Costa	87	Asistencia en establecimientos residenci	13,0
	68	Actividades inmobiliarias	12,0
	35	Suministro de energía eléctrica; gas; va	11,1
D. Jaime	47	Comercio al por menor; excepto de vehícu	19,7
	41	Construcción de edificios	15,8
	68	Actividades inmobiliarias	11,8
Echegaray	68	Actividades inmobiliarias	17,4
	46	Comercio al por mayor e intermediarios d	13,0
	56	Servicios de comidas y bebidas	13,0
Independencia	41	Construcción de edificios	25,9
	68	Actividades inmobiliarias	17,4
Madre Rafols	41	Construcción de edificios	25,7
Mayor	56	Servicios de comidas y bebidas	34,6
	41	Construcción de edificios	15,4
Pza Pilar	68	Actividades inmobiliarias	17,2

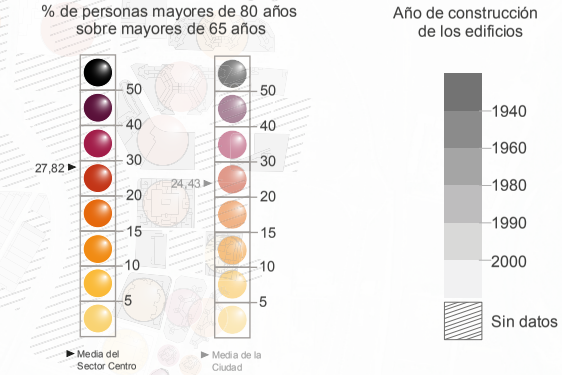
Pza Pilar	68	Actividades inmobiliarias	17,2
	56	Servicios de comidas y bebidas	10,3
	69	Actividades jurídicas y de contabilidad	10,3
	41	Construcción de edificios	10,3
Pza. Aragón-Paraiso	68	Actividades inmobiliarias	30,2
	41	Construcción de edificios	20,8
Pza. Carmen	68	Actividades inmobiliarias	30,8
	41	Construcción de edificios	26,9
Pza. España	41	Construcción de edificios	18,5
Pza. Salamero	41	Construcción de edificios	36,2
	68	Actividades inmobiliarias	24,1
	69	Actividades jurídicas y de contabilidad	10,3
Pza. Sitios	68	Actividades inmobiliarias	20,0
	69	Actividades jurídicas y de contabilidad	20,0
	41	Construcción de edificios	17,8
Ramon y Cajal	68	Actividades inmobiliarias	14,8
	56	Servicios de comidas y bebidas	11,1
San Jorge	41	Construcción de edificios	18,5
	68	Actividades inmobiliarias	18,5
San Miguel	41	Construcción de edificios	20,7
	47	Comercio al por menor; excepto de vehícu	17,2
San V. Paul	46	Comercio al por mayor e intermediarios d	12,9
	47	Comercio al por menor; excepto de vehícu	12,9
Sanclemente	41	Construcción de edificios	25,3
	68	Actividades inmobiliarias	17,5
T.C. Valenzuela	41	Construcción de edificios	31,0
	69	Actividades jurídicas y de contabilidad	16,7
	87	Asistencia en establecimientos residenci	11,9
Zurita	41	Construcción de edificios	20,3
	68	Actividades inmobiliarias	17,4
	47	Comercio al por menor; excepto de vehícu	14,5
Resto Casco Histórico	41	Construcción de edificios	15,6
	56	Servicios de comidas y bebidas	14,3
	68	Actividades inmobiliarias	14,1

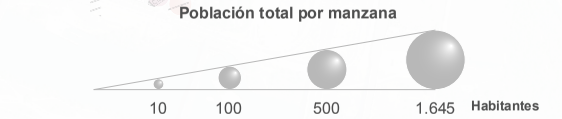
Índice de sobreenvejecimiento en la ciudad de Zaragoza en 2011

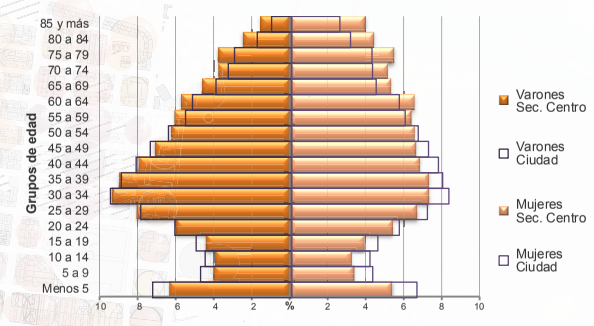
Porcentaje de población mayor de 80 años respecto al total de población mayor de 65 años por manzana

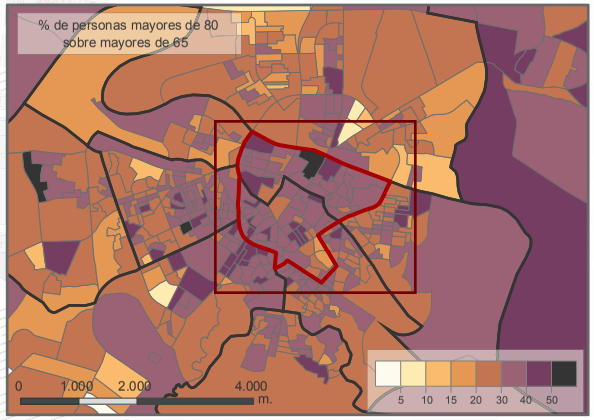
GEOT Universidad de Zaragoza
Departamento de Geografía y Ordenación del Territorio
Universidad Zaragoza
EBRÓPOLIS











Elaboración cartográfica:
GEOT (Grupo de Estudios en Ordenación del Territorio, Universidad de Zaragoza), EBRÓPOLIS. Zaragoza 2012.

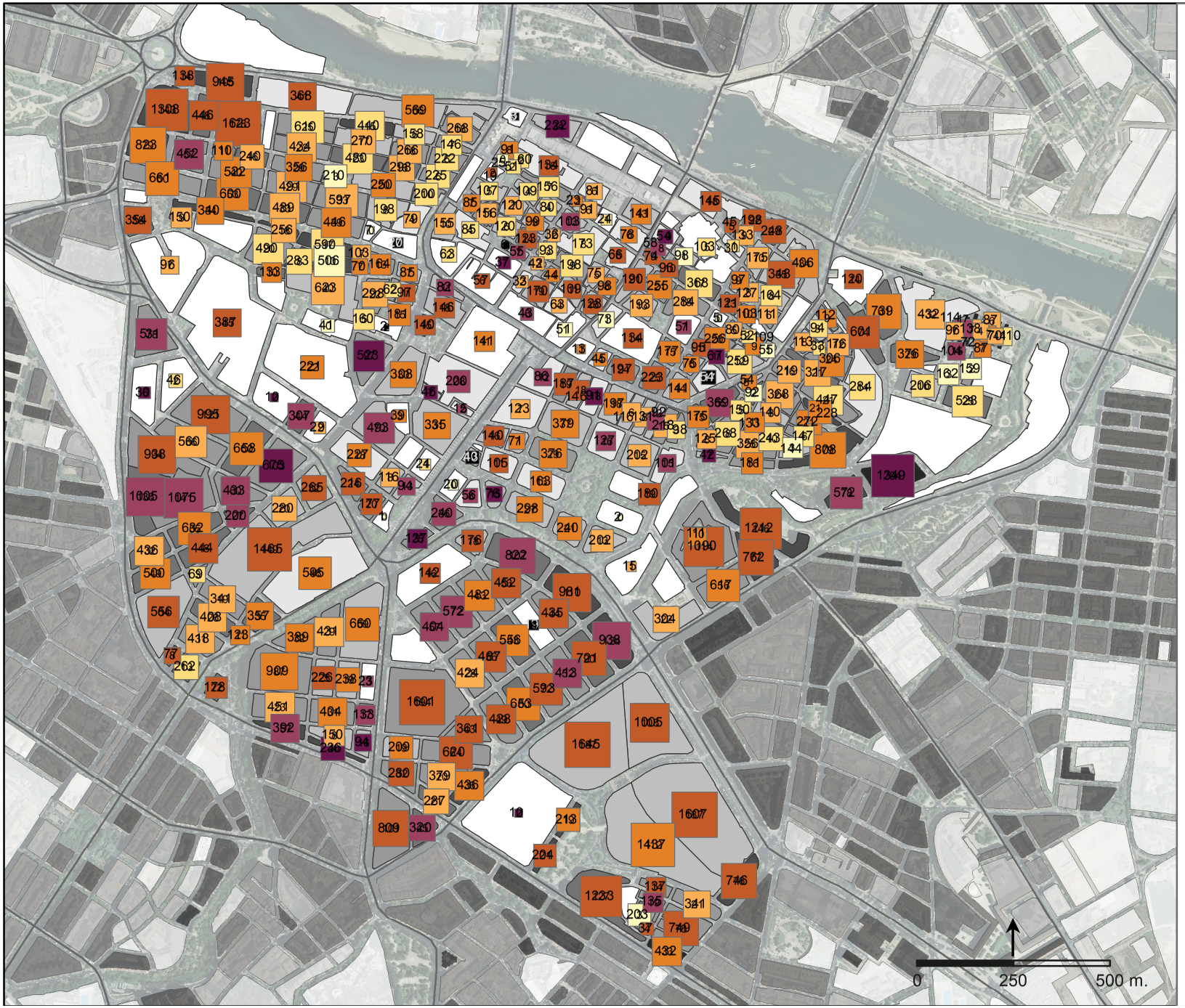
Fuentes de Información:
Servicio de Información Geográfica del Ayto. de Zaragoza.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN ENTRE 65 Y 75 AÑOS EN EL 2011

Información poblacional por manzana en el Sector Centro de la ciudad de Zaragoza

EBRÓPOLIS

GEOT Universidad de Zaragoza



Población entre 65 y 75 años (%)

9,34

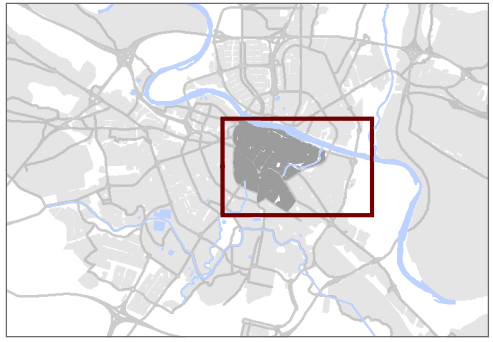
2,5 5 7,5 10 12,5 15 20

Densidad de población (hab./Ha)

605,38

125 250 500 750 1.000 1.500

▼ Media del Sector Centro



Elaboración cartográfica:
GEOT (Grupo de Estudios en Ordenación del Territorio, Universidad de Zaragoza)

Fuentes de Información: EBRÓPOLIS, Ayuntamiento de Zaragoza, Cámara de Comercio de Zaragoza, FABZ, GEOT.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR DE 75 AÑOS EN EL 2011

Información poblacional por manzana en el Sector Centro de la ciudad de Zaragoza

EBRÓPOLIS

GEOT Universidad de Zaragoza



Mayores de 75 años (%)

11,23

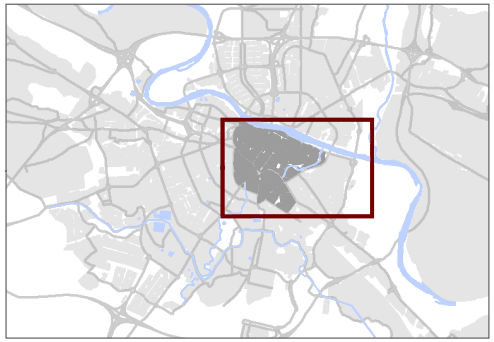
5 10 15 20 25 30 50

Densidad de población (hab./Ha)

605,38

125 250 500 750 1.000 1.500

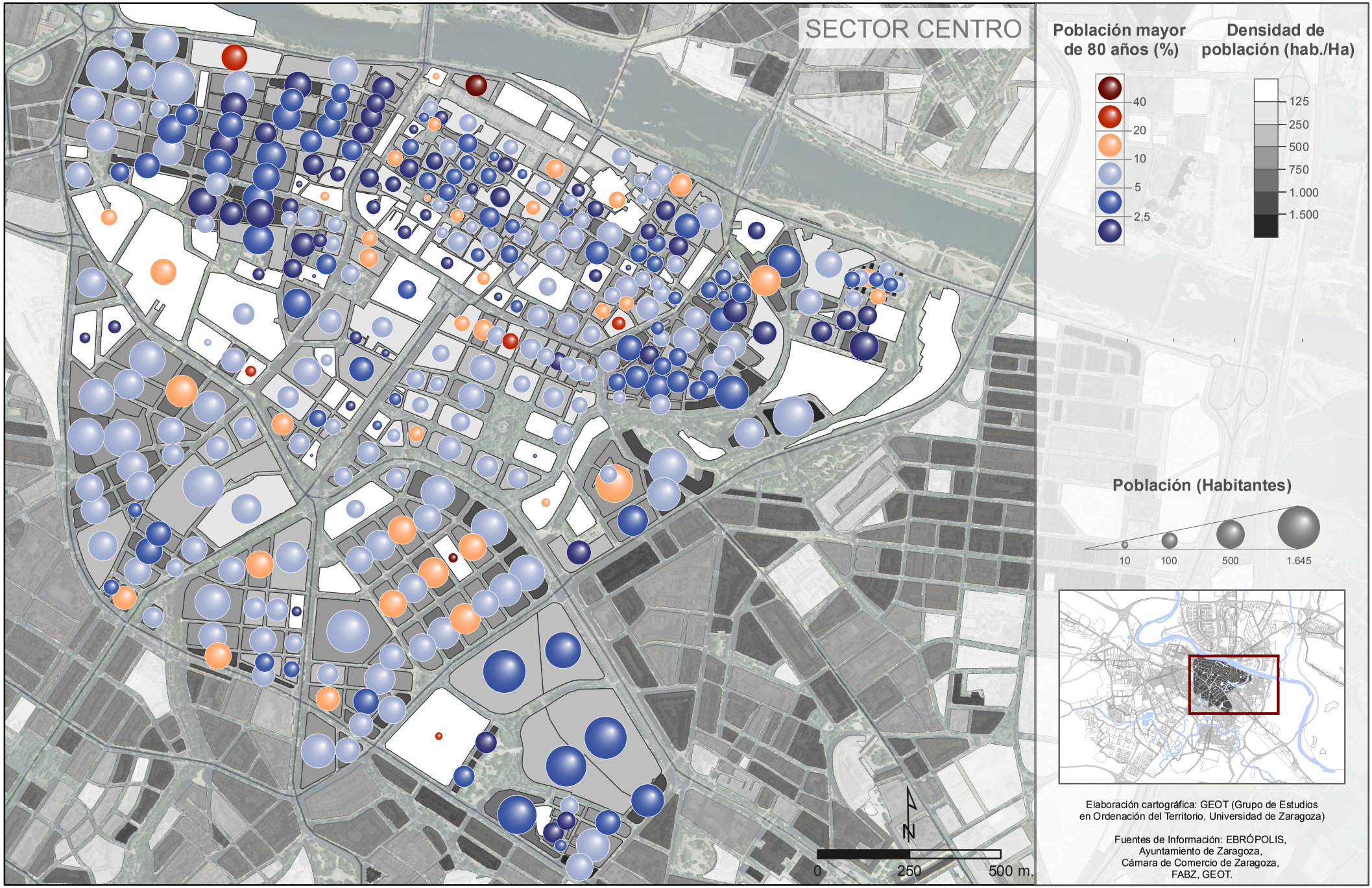
▼ Media del Sector Centro



Elaboración cartográfica:
GEOT (Grupo de Estudios en Ordenación del Territorio, Universidad de Zaragoza)

Fuentes de Información: EBRÓPOLIS, Ayuntamiento de Zaragoza, Cámara de Comercio de Zaragoza, FABZ, GEOT.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE MÁS DE 80 AÑOS EN LA CIUDAD DE ZARAGOZA EN 2011



Elaboración cartográfica: GEOT (Grupo de Estudios en Ordenación del Territorio, Universidad de Zaragoza)

Fuentes de Información: EBRÓPOLIS, Ayuntamiento de Zaragoza, Cámara de Comercio de Zaragoza, FABZ, GEOT.

ANEXO IX

Encuestas a Músicos

1. Edad	1.16
	2. 21
	3. 20
	4. 18
	5. 31
	6. 51
	7. 16
	8. 23
	9. 41
	10. 21
	11. 27
	12.26
	13. 26
	14. 26

2. Profesión	1. Estudiante
	2. Estudiante
	3. Violinista
	4. Estudiante
	5. Profesor Musical
	6. Profesor de Contrabajo
	7. Estudiante de bachillerato
	8. Fisioterapeuta
	9. Profesora de música y maestra
	10. Estudiante
	11. Maestra

	12. Maestra de música y primaria
	13. Maestro de Música y Profesor profesional de piano
	14. Maestra de Música

3. Instrumento de referencia	1. Contrabajo
	2. Viola
	3. Violín
	4. Piano
	5. Canto
	6. Contrabajo
	7. Viola
	8. Guitarra
	9. Piano
	10. Contrabajo/Bajo eléctrico
	11. Clarinete
	12. Piano
	13. Piano
	14. Flauta Travesera

4. ¿Cuánto tiempo llevas en el mundo de la música?	1. 8 años
	2. 11 años
	3. 13 años
	4. 10 años
	5. Desde los 12 años
	6. 35 años
	7. Desde los dos o tres años, aunque realmente empecé de verdad y con la viola a los seis años
	8. 18-20 años
	9. 32 años

	10. 7 años
	11. 18
	12. Desde los 9 años
	13. 19 años
	14. 20 años

5. ¿Volverías a escoger la música como actividad de tu ocio? **¿Por qué?**	1. SI- Porque considero que es una buena manera de expresar tus emociones, conoces a gente nueva, te diviertes y aprendes.
	2. Sí. Es sacrificada pero gratificante.
	3. Sí, porque me parece una actividad de lo más estimulante y divertida. Enseña muchos valores humanos y se conoce personas muy afines a uno mismo.
	4. Si, sin duda. La música es una de mis pasiones y me ha ayudado en mi vida académica y personal.
	5. Sí. Me llena mi vida de alegría en momentos de soledad.
	6. Sí. Me gusta solo y en conjunto. Conocer gente y compartir experiencias.
	7. Por supuesto, porque es una extraescolar con la que primero disfrutas, conoces y haces amigos, gente con la que tienes algo en común, y además es muy útil para todo en la vida.
	8. Si.Porque me ha ayudado en cada etapa de mi vida, y es capaz de expresar lo que las palabras no pueden.
	9. Sí. No me imagino dedicarme a otra actividad.
	10. Sí, porque me ayuda a evadirme y es

	gratificante
	11. Sí
	12. Sí, porque comparto al 100% la idea del "desarrollo integral del individuo"
	13. Sí. A pesar de lo infravalorada que está en el país en el que vivimos, considero que es algo muy importante en el desarrollo físico, emocional y personal de cualquier persona.
	14. Si, porque actualmente mi vida gira en torno a la música y es algo de lo que no me arrepiento.

6. ¿Piensas que la música te ha ayudado en actividades de tu día a día?	Sí	No
	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10. 11.12.13.14.	

7. Señala (x) de las siguientes cual o cuales de estas características consideras que te ha aportado la música:	
3.4.5.6.9.10.11.12.13.14.	Mejora mi atención
1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.	Estimula mi imaginación
1.3.4.5.6.7.8.9.10.12.13.14.	Me ayuda a desarrollar la memoria
1.4.5.6.7.10.12.14.	Estructuro mejor mi tiempo de ocio
4.5.6.7.9.10.11.12.14.	Facilita mi estudio y aprendizaje en otros ámbitos
	No me aporta ninguna de las características anteriores
8.	Otras: 3. Disciplina. 6. En Facilita mi estudio y en relación con la pintura: Impresionismo...

8. ¿Qué importancia le das a la música en tu vida?	1	2	3	4	5
Valora de 1 a 5 siendo 5 mucha importancia y 1 poca importancia				1.4.7. 14.	2.3.5.6.8.9. 10.11.12.13.

9. Si tuvieras la oportunidad de participar de forma voluntaria en un proyecto que enseñara música a adolescentes, ¿te gustaría?	Sí	No
	1.2.3. 4.5. 6.7.9.10. 12.13.	8.11.14.

9.1. Si tu anterior respuesta es afirmativa, ¿Cuánto tiempo dedicarías a estas actividades?	1. 1-2 horas semanales
	2. Unas 4 horas semanales
	3. 3 horas
	4. El tiempo que me permitiera mi carrera y demás ocupaciones.
	5. Toda la semana
	6. 5 horas/sem
	7. Depende de el tiempo que tuviera disponible, ya que entre el instituto, teatro y conservatorio no tengo mucho.
	8. NO
	9. No sé. Si me dedicase a ello, lo necesario.
	10. 2/3 horas a la semana
	11. NO
	12. Depende de mi tiempo libre y situación.
	13. Una tarde a la semana
	14. NO

10. ¿Has realizado alguna actividad como voluntario?	Sí	No
	4.5.10.11.13.	1.2.3.6.7.8.9.12.14.

10.1. Si tu anterior respuesta es afirmativa, indica dónde realizaste la actividad, duración y si te gustó.	4. Estuve durante un año en un voluntariado ayudando a chavales con discapacidad psíquica ligera. Me gustó y aprendí bastante.
	5. En un campamento de verano con niños de 10 años. Fue una experiencia positiva.
	10. Voluntariado en campo de trabajo dos años, voluntaria 9 años en La Linterna mágica, club de cine

	para niños. Todas muy buenas experiencias
	13. En un campamento para discapacitados durante quince días.

11. La música… (5 mucho, 1 nada)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ocupa la mayor parte de mi tiempo de ocio			3.4.8.9.12.	1.7.11.13.	2.5.6.10.14.
Me ayuda a conocer gente nueva	9.		14.	4.8.11.12.13.	1.2.3.5.6.7.10.
Conecta con mi estado de ánimo				1.2.9.14.	3.4.5.6.7.8.10. 11.12.13.
Aumenta mi atención cuando toco en grupo			7.8.	1.4.12.13.	2.3.5.6.9.10.1 1.12.14.
La utilizo como vía de escape a mis preocupaciones		1. 9.		2.7.12.	3.4.5.6.8.10.1 1.13.14.
Me permite organizar mi tiempo	3. 8. 9.	2.	7.11.	1.14.	4.5.6.10.13.