



España

Informe del país sobre drogas 2017



Contenido: Panorama general | Estrategia Nacional sobre Drogas y coordinación (p. 2) | Gasto público (p. 3) | Legislación sobre drogas y delitos relacionados con las drogas (p. 4) | Consumo de drogas (p. 5) | Daños por drogas (p. 8) | Prevención (p. 10) | Reducción de daños (p. 11) | Tratamiento (p. 12) | Consumo de drogas y respuestas en el ámbito penitenciario (p. 14) | Criterios de calidad (p. 15) | Investigación sobre drogas (p. 15) | Mercados de la droga (p. 16) | España: Estadísticas clave en materia de drogas (p. 18) | Cuadro de la Unión Europea (p. 20)

PANORAMA GENERAL DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN ESPAÑA

Consumo de drogas

en adultos jóvenes (15-34 años) en los últimos 12 meses

Cannabis

17.1 %



11 % 23.1 %

Otras drogas

Cocaína	3 %
Anfetaminas	1 %
MDMA	1.3 %

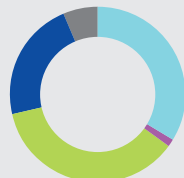
Consumidores de opioides de alto riesgo

65 322

(48 991 - 81 652)

Admisiones a tratamiento

por droga principal



- Cannabis, 34 %
- Anfetaminas, 1 %
- Cocaína, 37 %
- Heroína, 22 %
- Otras, 6 %

Pacientes en tratamiento de sustitución de opioides

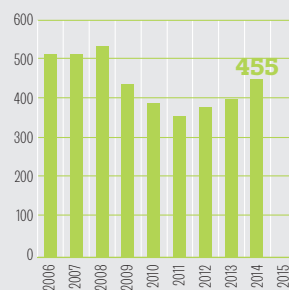
61 859

Jeringuillas distribuidas

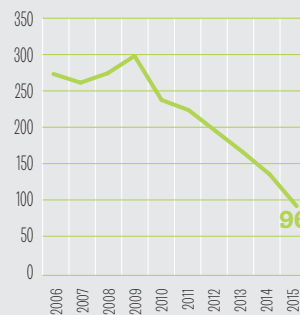
a través de programas especializados

1 483 399

Muertes por sobredosis



Diagnósticos de VIH atribuidos a la vía parenteral



Fuente: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC).

Infractores de la legislación sobre drogas

411 157

Principales 5 drogas

incautadas por cantidad en kilogramos

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

Población

(15-64 años)

30 808 472

Fuente: Eurostat.
Fecha: 26.3.2017

N. B.: Los datos presentados corresponden a las estimaciones nacionales (prevalencia de consumo, consumidores de opioides) o a las cifras facilitadas por medio de los indicadores del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) (pacientes en tratamiento, jeringuillas, defunciones y diagnósticos de VIH, delitos relacionados con las drogas y decomisos). En el Boletín estadístico del EMCDDA, puede consultarse la información detallada sobre la metodología, así como las advertencias y las observaciones formuladas a las limitaciones que plantean los datos disponibles.

La Conferencia Sectorial de Drogas sirve de cauce de colaboración entre la Administración del Estado y las comunidades y ciudades autónomas. Presidida por la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, está formada por los representantes de la Administración General del Estado y los consejeros competentes en el ámbito autonómico. Bajo la presidencia del delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la Comisión Interautonómica de Drogas, de la que forma parte el personal directivo de la Delegación del Gobierno y los responsables de los planes autonómicos sobre drogas (conocidos generalmente como «comisionados autonómicos de drogas»), informa a la Conferencia Sectorial. En cada una de las diecisiete comunidades autónomas y en las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla existe un comisionado de drogas que se comunica con la Delegación del Gobierno por medio de su participación en la Comisión Interautonómica y la Conferencia Sectorial.

En la actualidad se está formulando una nueva Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2017-2024 que englobará las drogas ilegales y legales, como el alcohol.

| Gasto público

Conocer los costes de las actuaciones en materia de drogas es un aspecto importante de estas políticas. Una parte de los fondos que las administraciones públicas asignan a los gastos correspondientes a tareas asociadas a las drogas se consignan como tales en el presupuesto («finalistas/labelled»). Con frecuencia, sin embargo, la mayor parte de ellos no se consignan («unlabelled») y deben estimarse por medio de modelizaciones.

En España, la Estrategia Nacional sobre Drogas y los planes de acción están dotados de un presupuesto adscrito, pero el gasto real no se revisa. En 2002, se analizó el coste social del consumo de drogas en un estudio que recogía, asimismo, una estimación del gasto relacionado con estas sustancias. No obstante, no distinguía entre el gasto público y privado.

Todos los años, las autoridades españolas ofrecen estimaciones parciales del gasto público relacionado con las drogas efectuadas por la Administración General del Estado, las comunidades y las ciudades autónomas. Sin embargo, no engloban todos los sectores y recogen tanto los que figuran como finalistas como los que no. Así, la comparabilidad a lo largo del tiempo es limitada, pues las entidades que presentan la información y los métodos de recogida de datos cambian.

En 2013 y 2014, se estima que el gasto público relacionado con las drogas supuso el 0,03 % del producto interior bruto (PIB). La mayor parte del gasto total de 333 millones de euros corresponde a las comunidades y ciudades autónomas, en concreto el 65 % aproximadamente, y el 35 % restante, a la Administración del Estado. En 2012, las comunidades autónomas dedicaron más de cuatro quintas partes del gasto a tratamiento y reservaron el resto a la prevención, la investigación y la cooperación institucional. Las estimaciones del gasto total de las Administraciones locales no son accesibles y la información disponible no permite conocer el importe total y las tendencias del gasto público relacionado con las drogas.

En 2014, el gasto público relacionado con las drogas supuso el 0,03 % del PIB.

Legislación sobre drogas y delitos relacionados con las drogas

Legislación nacional sobre drogas

En España, el consumo o la tenencia mínima personal en espacios públicos se considera una infracción grave, sancionable por vía administrativa (figura 2) con multa de 601 a 30 000 euros [artículo 36 de la Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana]. En el caso de los menores, se prevé la suspensión de la sanción si aquellos acceden a someterse a tratamiento, rehabilitación o actividades reeducativas.

Los delitos de tráfico de drogas y las sanciones están tipificados en los artículos 368-378 del Código Penal. La pena dependerá de la gravedad del daño a la salud que se asocie a cada droga, así como de las circunstancias agravantes y atenuantes que puedan concurrir, tales como la venta a menores o de grandes cantidades. Podrán ser castigados con penas de prisión de uno a tres años si se tratare de sustancias o productos que no causen grave daño a la salud y de hasta seis si lo hicieren. Si concurrieren agravantes, las penas podrán ascender a un máximo de veintiún años de prisión. Todos los casos comportan, asimismo, la sanción con multa y serán objeto de decomiso las sustancias, los instrumentos vinculados al delito y las ganancias. Asimismo, cabe la posibilidad de decretar la inhabilitación para la profesión y podrán ser castigadas tanto las personas físicas como jurídicas. De conformidad con el artículo 376, las penas de hasta cinco años podrán rebajarse si el reo, siendo drogodependiente en el momento de la comisión de los hechos, acredita suficientemente que ha finalizado con éxito un tratamiento de deshabituación.

FIGURA 2

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

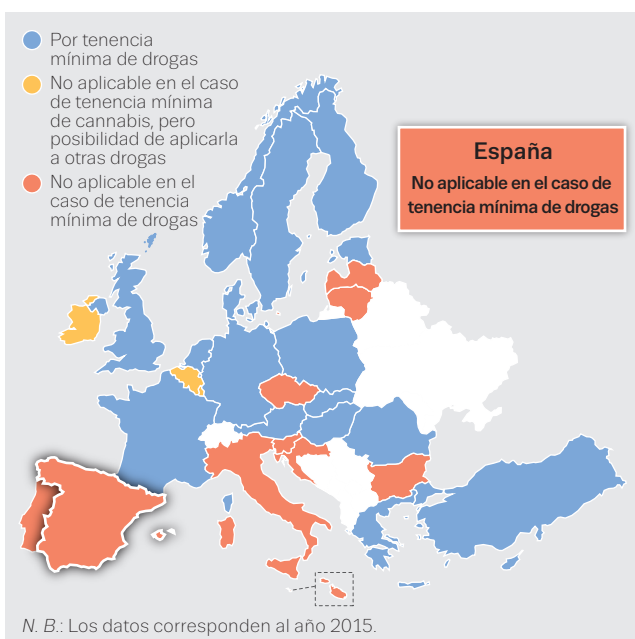
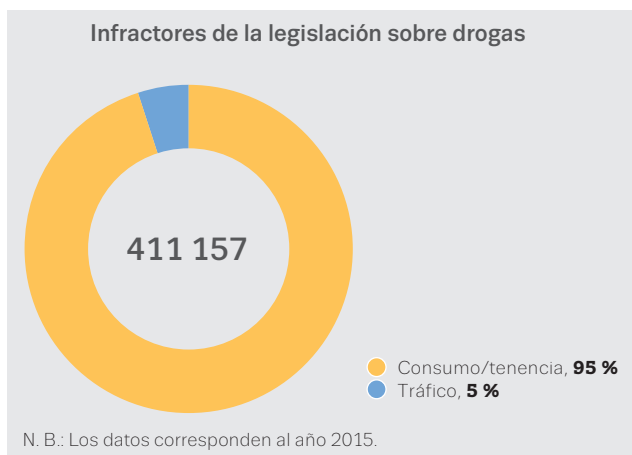


FIGURA 3

Infractores de la legislación sobre drogas denunciados en España



Las nuevas sustancias psicotrópicas se controlan incluyéndolas en las listas de sustancias objeto de la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana y del Código Penal antedichos.

Delitos relacionados con las drogas

Los datos sobre delitos relacionados con las drogas son la base para hacer un seguimiento de la delincuencia asociada a las mismas, además de ser un indicador de la actividad policial y de la dinámica de los mercados de la droga; asimismo, pueden servir para definir las políticas de aplicación de la legislación sobre drogas y mejorar las estrategias.

En España, a la inmensa mayoría de los infractores se les imputan faltas administrativas por posesión de drogas según la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana, mientras que solo una minoría de las denuncias son constitutivas de delito (figura 3). Ocho de cada diez casos están asociados al cannabis.

Consumo de drogas

Prevalencia y tendencias

En España, la prevalencia del consumo de sustancias ilegales se ha mantenido relativamente estable en los últimos años: aproximadamente un tercio de los adultos admite haber consumido en algún momento de su vida alguna sustancia ilegal. El cannabis, seguido de la cocaína, es la droga más habitual, cuyo consumo se concentra principalmente entre los adolescentes y los adultos menores de 35 años. Aunque los últimos datos disponibles de la encuesta de 2015 en población general confirman que la prevalencia del consumo de ambas sustancias se ha reducido en los últimos diez años, los niveles asociados al cannabis y la cocaína en España siguen siendo superiores a otros países de la Unión Europea.

Los datos disponibles ponen de relieve que la «experimentación» con el cannabis es más «habitual» entre la generación actual de jóvenes españoles; sin embargo, aunque el consumo persistente sigue siendo

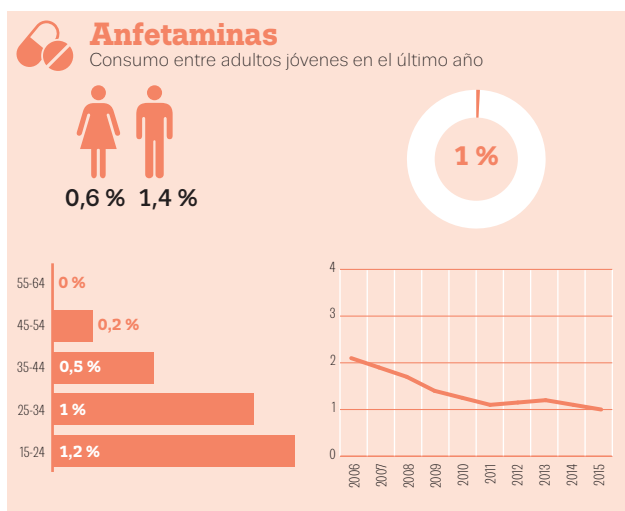
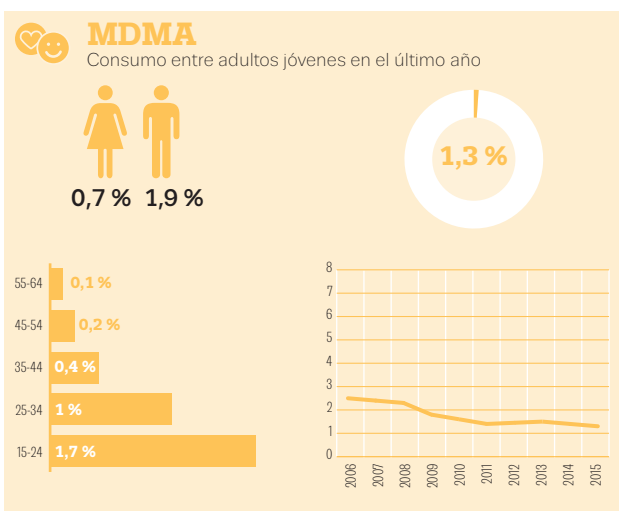
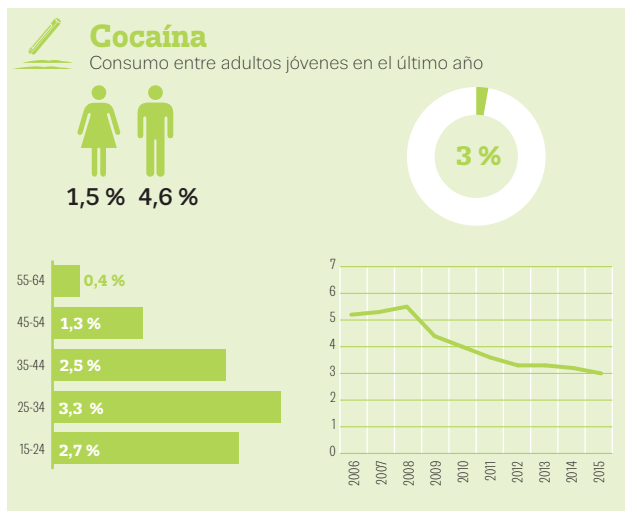
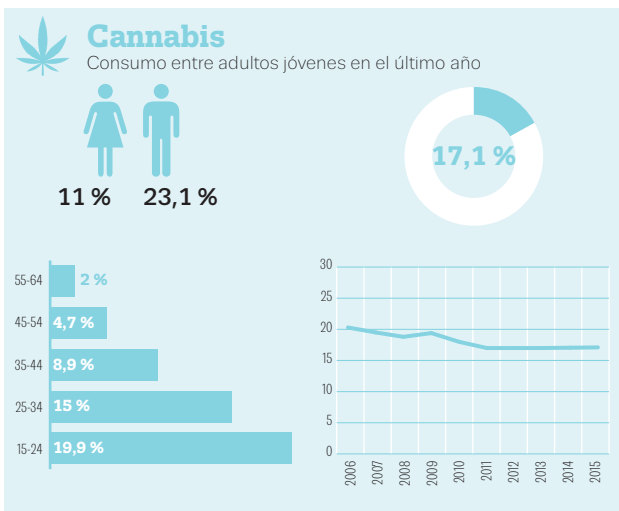
bajo, aquellos que siguen consumiéndolo lo hacen casi a diario. El consumo de sustancias ilegales continúa estando más extendido entre los hombres que entre las mujeres (figura 4).

La prevalencia del consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) permanece estable desde 2011: en la encuesta de 2015, en torno al 3,4 % de los adultos admitió haber probado NSP alguna vez. La mayoría de estos consumidores son hombres jóvenes que presentan patrones de policonsumo experimental. En general, el policonsumo sigue siendo un patrón muy habitual, sobre todo a partir de los 18 años de edad.

Cuatro municipios españoles (Barcelona, Castellón, Molina de Segura y Valencia) participan en las campañas de aguas residuales anuales que Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE) realiza en toda Europa. Este estudio arroja datos sobre el consumo de drogas a escala comunitaria, a partir de los niveles de drogas ilegales y sus metabolitos presentes en las aguas residuales.

FIGURA 4

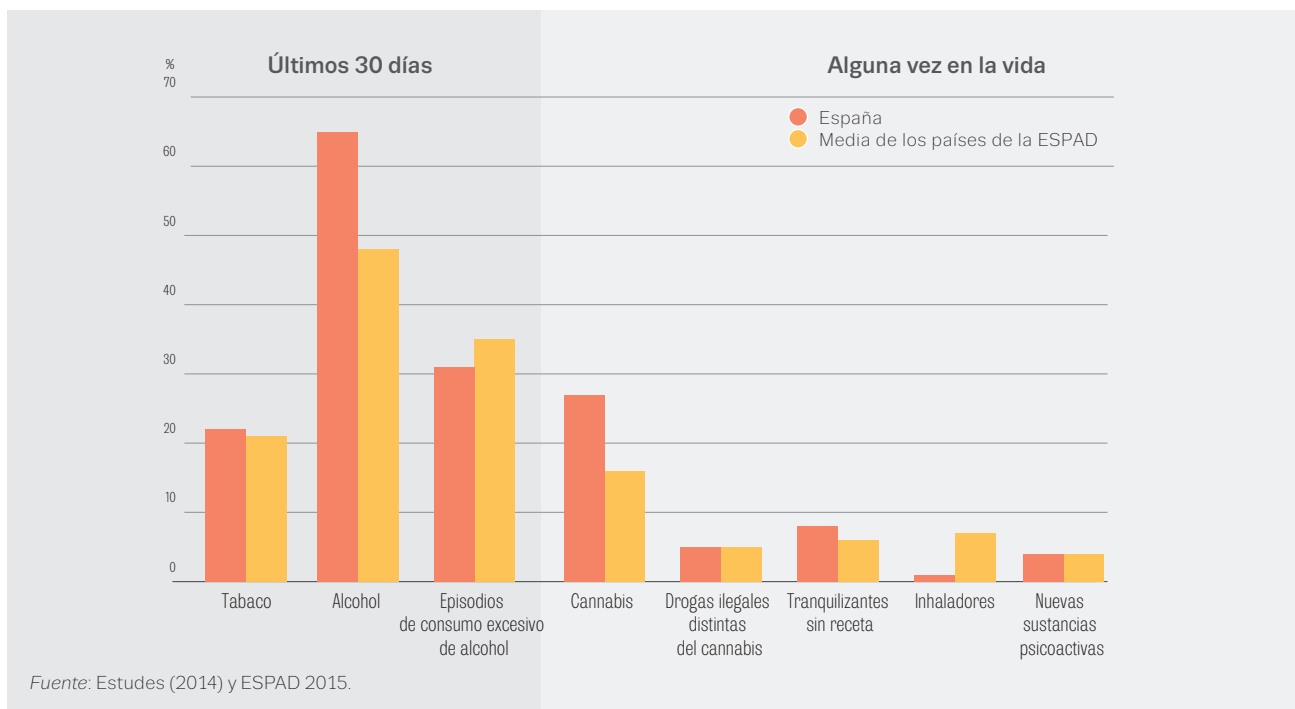
Estimaciones sobre el consumo de drogas en el último año entre adultos jóvenes (15-34 años) en España



N. B.: Prevalencia estimada de consumo de drogas en el último año (2015).

FIGURA 5

Consumo de sustancias entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 15 y 16 años en España



Los resultados del estudio de 2016 sobre drogas estimulantes pusieron de manifiesto niveles elevados de metabolitos de cocaína en muestras de aguas residuales de todas las ciudades estudiadas y niveles superiores a los de otras ciudades europeas que también participaban en el mismo. Además, Barcelona registró un incremento de los residuos de MDMA/éxtasis entre 2011 y 2016. En las ciudades objeto de seguimiento, se observó como patrón común un aumento del consumo de cocaína y MDMA los fines de semana.

Los datos sobre consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años de edad han sido extraídos de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (Estudes), que se lleva a cabo de forma bienal en este país, desde 1994. El estudio de 2014 venía a confirmar que el cannabis es la sustancia ilegal que más se consume: aproximadamente 3 de cada 10 estudiantes admite haberlo consumido en el pasado. No obstante, se registró un ligero incremento del porcentaje que lo había hecho en los últimos 30 días (el 18,6 % en 2014 frente al 16,1 % de 2012). La prevalencia de alumnos que han consumido alguna vez en la vida otras drogas ilegales sigue siendo muy inferior a la del cannabis. La encuesta Estudes también proporciona datos a la Encuesta sobre el Consumo de Alcohol y otras Drogas en Colegios Europeos (ESPAD). Los de 2014 indicaban que la prevalencia de alumnos españoles de 15-16 años que han consumido alguna vez en la vida cannabis es superior a la media de la ESPAD (35 países) (figura 5).

Consumo de alto riesgo y tendencias

Los estudios que ofrecen estimaciones sobre el consumo de drogas de alto riesgo pueden contribuir a detectar el alcance de los problemas más enquistados que dicha situación conlleva, mientras que los datos del número de admisiones por primera vez en centros especializados de tratamiento para la adicción a las drogas, cuando se analizan junto con otros indicadores, permiten conocer mejor la naturaleza y las tendencias sobre el consumo de alto riesgo (figura 7).

En España, la heroína sigue siendo la principal sustancia asociada a consecuencias perjudiciales graves para la salud y la sociedad, tales como infecciones relacionadas con el consumo de drogas. La cifra estimada de consumidores de alto riesgo de heroína registra una tendencia a la baja desde 2010 que se estabilizó en 2013-2014 (figura 6). El número de consumidores de alto riesgo de cocaína en España sigue cayendo desde 2009. El consumo por vía parenteral también ha disminuido en los últimos 30 años entre quienes son admitidos a tratamiento.

Los datos recabados de centros especializados de tratamiento indican que la cocaína sigue siendo la sustancia que se traduce en un mayor número de ingresos en estos centros, aunque ha disminuido el número de pacientes que reciben dicho tratamiento por primera vez por consumo de esta droga como sustancia principal. Además, solo un pequeño porcentaje de los consumidores que acceden a él refirieron su consumo por vía parenteral.

De los demás datos facilitados por dichos centros se desprende que el cannabis se ha ido convirtiendo gradualmente en la principal sustancia que consumen quienes reciben tratamiento por primera vez (figura 7), lo que coincide con las conclusiones de la última encuesta en población general, aunque la Encuesta 2014 ponía de manifiesto un ligero descenso de los consumidores diarios de cannabis.

FIGURA 6

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

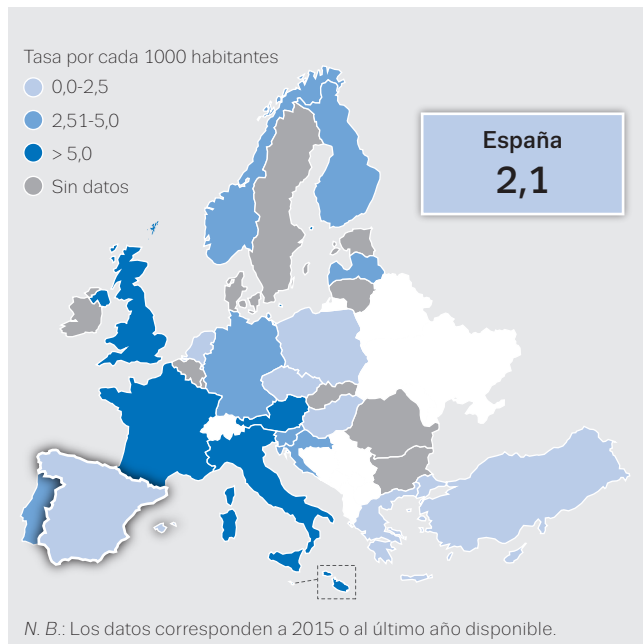
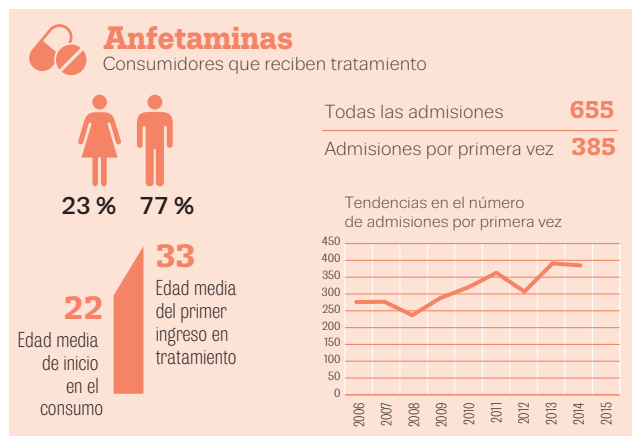
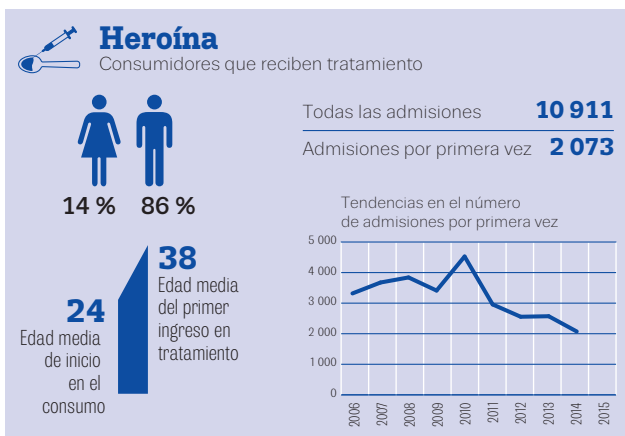
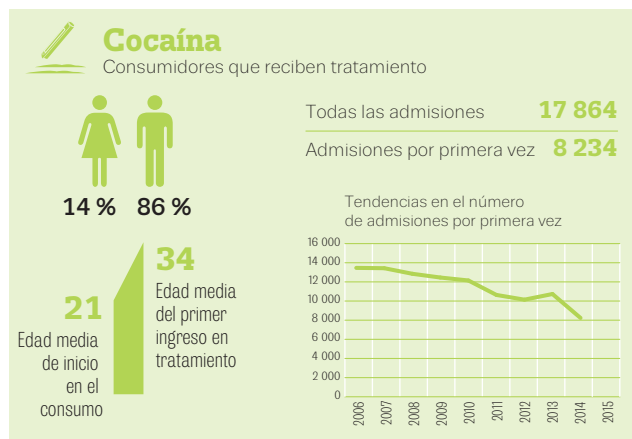
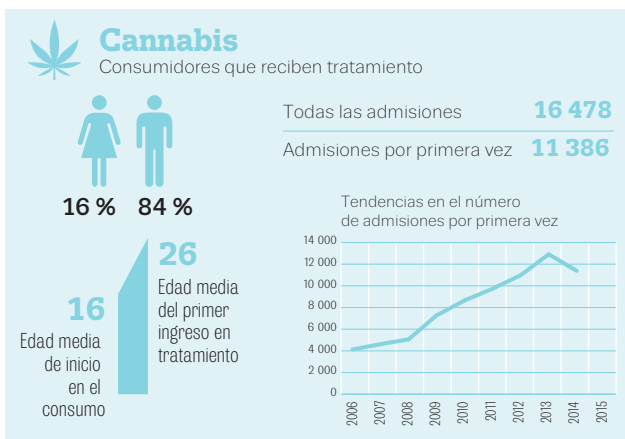


FIGURA 7

Características y tendencias de los consumidores que reciben tratamiento especializado para la adicción a las drogas en España



N. B.: Los datos corresponden al año 2014. Los datos corresponden a las admisiones a tratamiento por primera vez, salvo por sexo, en cuyo caso abarcan todos los pacientes.

Daños por drogas

Enfermedades infecciosas asociadas al consumo de drogas

En los últimos veinte años, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha supuesto uno de los principales problemas de salud asociados al consumo de drogas en España. Sin embargo, desde finales de los años noventa del pasado siglo, se ha observado un descenso acusado de las infecciones por el virus asociadas al consumo por vía parenteral (figura 8).

Aunque la incidencia de la infección por VIH sigue siendo baja, en 2014, aproximadamente un tercio de las personas que alguna vez se habían inyectado drogas y habían recibido tratamiento en España eran seropositivas. Los datos nacionales sobre los virus de la hepatitis C (VHC) y de la hepatitis B (VHB) entre los inyectores se recaban rutinariamente a través del indicador de demanda de tratamiento; el año 2014 es el primero en el que se dispone, por primera vez, de datos sobre el estado serológico frente a ambos virus comunicado por los propios pacientes (figura 9). Según un reciente estudio de cohortes, hasta tres cuartas partes de los inyectores son VHC positivos (por presencia de anticuerpos anti-VHC).

Urgencias asociadas a las drogas

El indicador relativo a las urgencias asociadas a las drogas, cuya información ha sido extraída del Plan Nacional sobre Drogas, existe en España desde 1987 y tiene como objetivo la monitorización de las urgencias hospitalarias directamente provocadas por el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas entre la población de 15 a 54 años de edad. En 2014 se notificaron 6 441 episodios de urgencias relacionados con el consumo de alguna droga, por lo que se mantuvo bastante estable la tendencia de los cinco años anteriores. La cocaína fue la sustancia relacionada con el mayor número de episodios de urgencias, seguida del cannabis. El porcentaje de episodios relacionados con este registra una clara tendencia ascendente desde el año 2000, mientras que las intoxicaciones vinculadas a la heroína disminuyeron el triple en el mismo período. Por último, en 2014, las anfetaminas y el MDMA fueron las causas menos comunes de estas urgencias en España; sin embargo, se observan indicadores de una tendencia al alza en los últimos cinco años.

FIGURA 8

Nuevos diagnósticos de VIH atribuidos al consumo parenteral

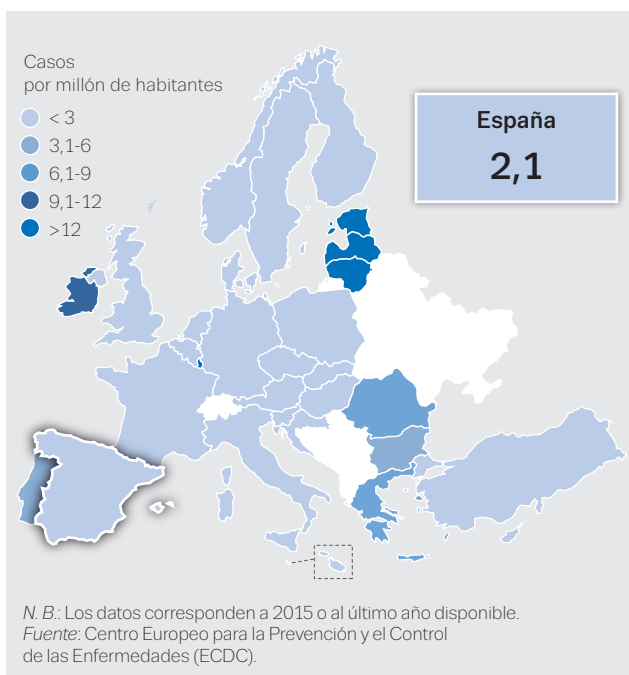
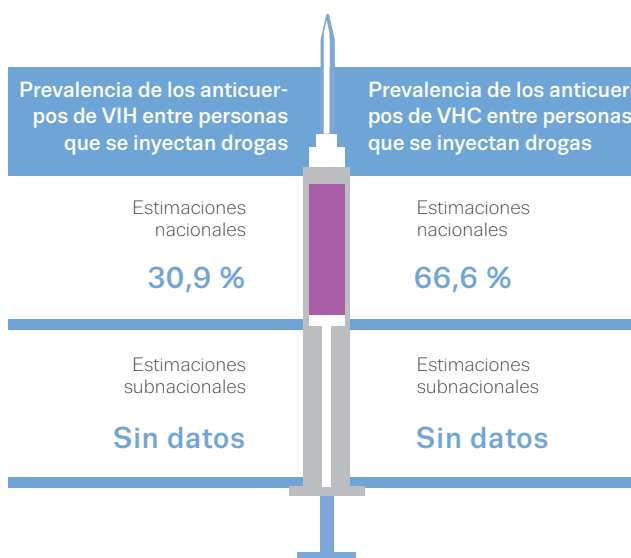


FIGURA 9

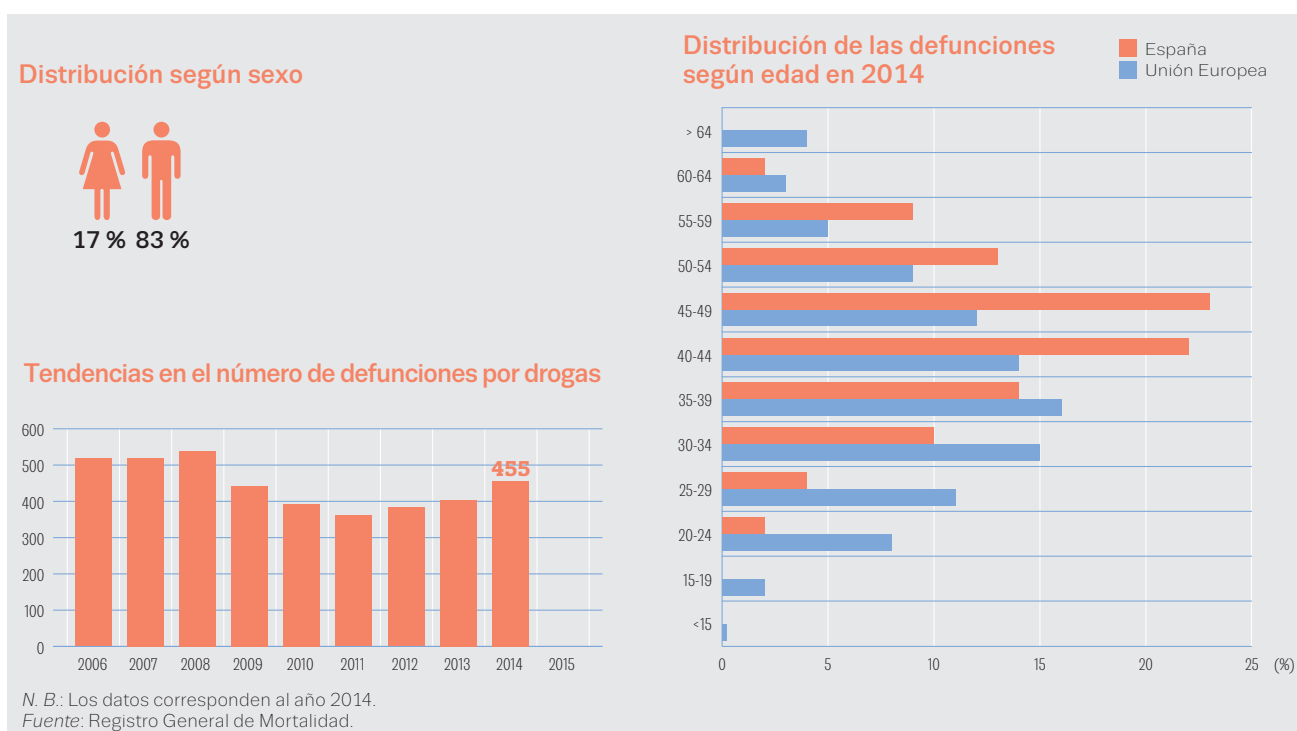
Prevalencia de los anticuerpos de VIH y VHC entre personas que se inyectan drogas en España



N.B.: Los datos corresponden al año 2014.

FIGURA 10

Características y tendencias de las defunciones por drogas en España



Muertes inducidas por drogas y mortalidad

Las muertes inducidas por drogas son aquellas directamente atribuibles al consumo de drogas ilegales (es decir, envenenamiento y sobredosis).

El Registro Específico, que recoge fuentes forenses y toxicológicas, indicaba que las tendencias de las defunciones por drogas se habían estabilizado en los últimos cinco años; en 2014 se notificaron 556 fallecimientos de este tipo. Según los resultados toxicológicos disponibles, en la mayoría se detectaron opioides, justo por delante de la cocaína; sin embargo, en los últimos años, se aprecia una disminución del porcentaje atribuido a estas sustancias. La mayoría de las víctimas eran hombres y más de la mitad era mayor de 45 años, reflejo del envejecimiento de la cohorte de consumidores de heroína en este país.

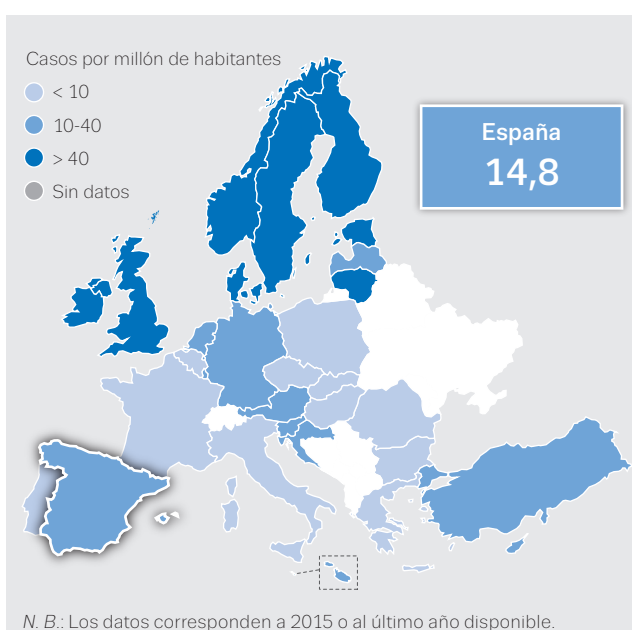
En 2014, el Registro General de Mortalidad recogió 455 defunciones por drogas según la definición nacional.

Los datos que ofrece un estudio reciente sobre la mortalidad en España revelan que 4 de cada 100 sobredosis entre los consumidores de heroína de 18 a 30 años edad resultan fatales. Por su parte, otro estudio se encargó de analizar la mortalidad entre una cohorte de consumidores de cocaína admitidos a tratamiento, también en España. Los resultados apuntan a que la mortalidad estandarizada por grupo etario entre quienes consumen cocaína y heroína, o solo la primera, es superior a la de la población general.

La tasa de mortalidad por drogas entre adultos (15-64 años) se situó en 14,8 defunciones por millón de habitantes en 2014 (figura 11), por debajo de la media europea, que se estima en 20,3.

FIGURA 11

Tasa de mortalidad por drogas entre adultos (15-64 años)



Prevenición

En España, la prevención es una de las prioridades de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y del último Plan de Acción, que establecía el marco organizativo y económico en el ámbito nacional y en el de las comunidades autónomas a través de los Planes Autonómicos y Municipales sobre Drogas. De la misma manera, los programas comunitarios también pueden financiarse con el fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados y, con carácter muy ocasional, a través de fundaciones. Los principales rasgos de la política de prevención son la atención a las sustancias legales e ilegales, una estrecha colaboración con el sistema educativo y el reciente aumento de las intervenciones de prevención selectiva e indicada. Las organizaciones no gubernamentales (ONG), financiadas con licitaciones o concursos públicos, son fundamentales para trasladar a la práctica las actividades de prevención en el ámbito comunitario.

Intervenciones centradas en la prevención

Las intervenciones centradas en la prevención comprenden un amplio abanico de planteamientos que se complementan entre sí. Las estrategias ambientales y universales están dirigidas a poblaciones enteras; la prevención selectiva, a grupos vulnerables que puedan hallarse en mayor riesgo de desarrollar problemas de consumo de drogas; y la indicada, a las personas en riesgo.

En España, la adopción de medidas de prevención ambiental, tales como limitar el acceso al alcohol, es responsabilidad de las comunidades autónomas.

En este país, la prevención universal se lleva a cabo principalmente en el sector educativo, con atención a la adquisición de competencias y habilidades personales y familiares. Según señalan los informes autonómicos, en los últimos años se ha reducido el número de programas en el ámbito escolar, pero han aumentado las intervenciones en el familiar. En el medio educativo, en las aulas se adoptan programas muy variados de prevención centrados en manuales, pero también se ofrecen actividades y formación extracurricular. Hasta la fecha, apenas se han evaluado unos pocos (figura 12).

En las escuelas, existe una oferta cada vez mayor de programas de prevención en el ámbito comunitario organizados por centros de salud cuyo cometido principal es proporcionar información con infinidad de materiales de apoyo. Los centros educativos imparten charlas educativas a los padres, distribuyen materiales y prestan servicios de orientación y asesoramiento, así como cursos informales. Además, también hay cada vez más «escuelas online para padres», que informan sobre drogas y asesoran sobre habilidades parentales. La iniciativa Prevención Familiar,

que proporciona materiales a profesionales y familias, se ha creado en este ámbito concreto como instrumento de empoderamiento mutuo junto a las asociaciones de padres.

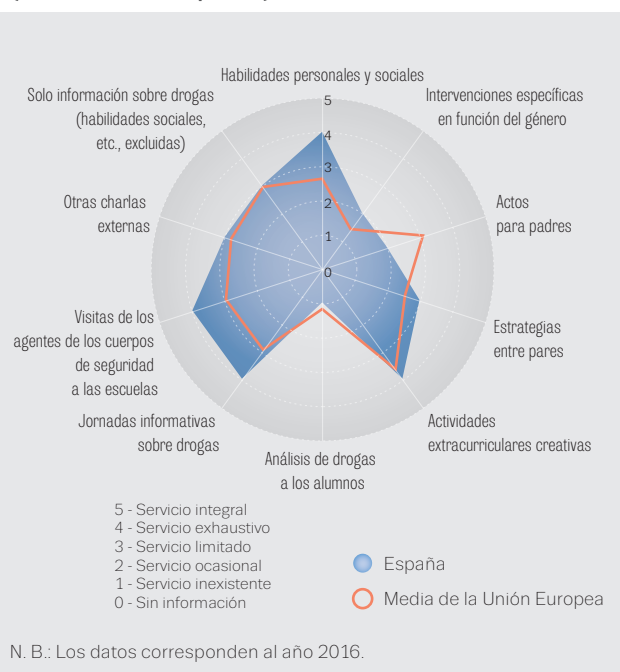
En los últimos años también han aparecido en las universidades programas de prevención especializados fundamentalmente en informar y sensibilizar por medio de métodos de educación entre compañeros u *online*.

Los programas universales de prevención en el ámbito comunitario se concretan en gran medida en programas de ocio alternativo en asociaciones juveniles, centros deportivos y comunitarios, así como en colegios a través de actividades de tipo recreativo y deportivo. Se llevan a cabo en lugares en los que es habitual el consumo de drogas, tales como bares, discotecas y conciertos, siempre de la mano de mediadores entre iguales que trabajan para detectar los casos problemáticos y para informar y asesorar sobre las sustancias y las distintas formas de consumo. En este entorno, las estrategias ambientales son poco frecuentes. Tan solo algunas comunidades autónomas lanzan sus propios programas, tales como «Plataforma para un Ocio de Calidad», en las Islas Baleares; marca «Q de Calidad», en Cataluña, y «Dispensación responsable de bebidas alcohólicas», en Castilla y León.

Las actividades de prevención selectiva se dirigen a jóvenes de barrios desfavorecidos y aquellos que asisten a centros educativos o residenciales específicos. Existen programas de este tipo para familias en riesgo, madres exconsumidoras y programas concretos para minorías étnicas, así como jóvenes con problemas de consumo de drogas y familias afectadas por el mismo.

FIGURA 12

Intervenciones en escuelas en España (calificación de expertos)



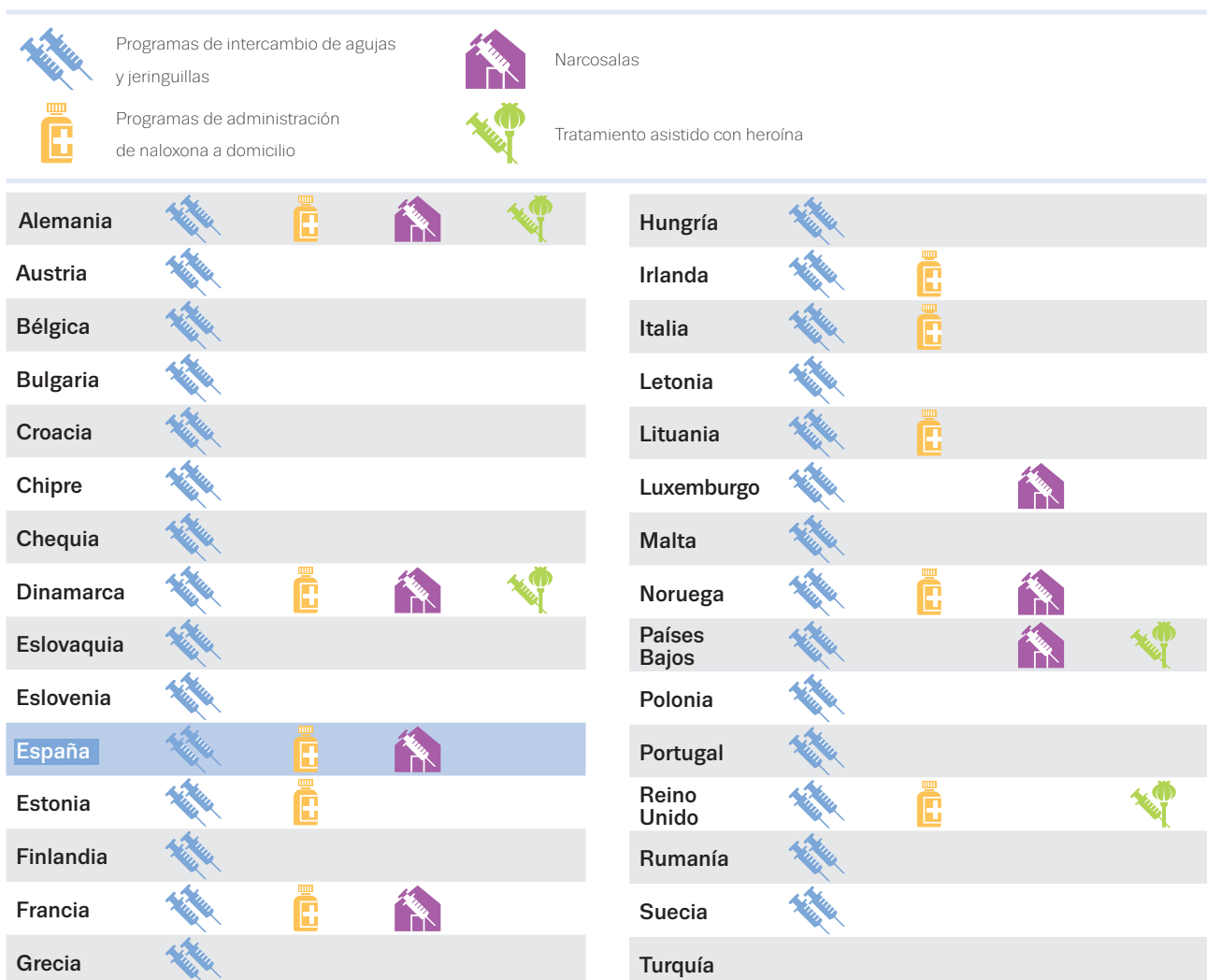
En España, las actividades de prevención indicada se asocian a menudo a las de prevención selectiva y se centran en jóvenes y familias vulnerables con el fin de disminuir el riesgo y promover factores de protección en el plano individual. Por ejemplo, «Empecemos» es un programa de prevención indicada bien documentado que, en Galicia, ha arrojado prometedores resultados duraderos entre menores con problemas de conducta. Diversas comunidades autónomas han comunicado la existencia de actividades de prevención centradas en delinquentes menores de edad con problemas de consumo.

Reducción de daños

La reducción de los riesgos y los daños asociados a las drogas es uno de los principales objetivos de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, en el que profundizan los planes de acción cuatrienales para 2009-2012 y 2013-2016. Así, se hace especial hincapié en las actividades que facilitan el contacto con las personas que se inyectan drogas, informan y educan, y fomentan el cambio de conductas y de prácticas. Entre las prioridades nacionales de prevención de enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas, figuran el apoyo a los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, el asesoramiento voluntario y las pruebas de detección de infecciones, así como los programas de vacunación contra la hepatitis.

FIGURA 13

Disponibilidad de determinadas respuestas de reducción de daños



N. B.: Los datos corresponden al año 2016.

Intervenciones de reducción de daños

Los servicios de reducción de daños se prestan a través de una amplia red pública de infraestructuras, entre ellos, centros de emergencia social, unidades móviles, farmacias y prisiones.

La mayoría de estos programas establecen un servicio sociosanitario que realiza intervenciones educativas preventivas, actividades de prevención de sobredosis, esterilización de agujas y jeringuillas, pruebas de detección de enfermedades asociadas al consumo de drogas, vacunación contra los virus de la hepatitis A y B y atención y asistencia de urgencia a las personas que se inyectan drogas, que no suelen estar en contacto con las intervenciones asistenciales (figura 13).

En 2014, los programas de intercambio de agujas y jeringuillas distribuyeron en España aproximadamente 1,5 millones de jeringuillas, tendencia a la baja que comenzó en 2005 y que coincide con el aumento del tratamiento de sustitución de opioides, que, como ha demostrado la información disponible, arroja resultados positivos en términos de continuidad del tratamiento y de reducción en el consumo de opioides ilegales, en los comportamientos de riesgo observados, así como en los daños y mortalidad relacionados con las drogas. Asimismo, se cree que la caída del número de unidades distribuidas se debe a la disminución de la prevalencia del consumo por vía parenteral en España. En las comunidades autónomas de Cataluña y el País Vasco existen trece salas de consumo supervisado. En 2014, estos espacios atendieron a 5 900 pacientes.

En 2014, los programas de intercambio de agujas y jeringuillas distribuyeron en España aproximadamente 1,5 millones de jeringuillas, tendencia a la baja que comenzó en 2005.

Tratamiento

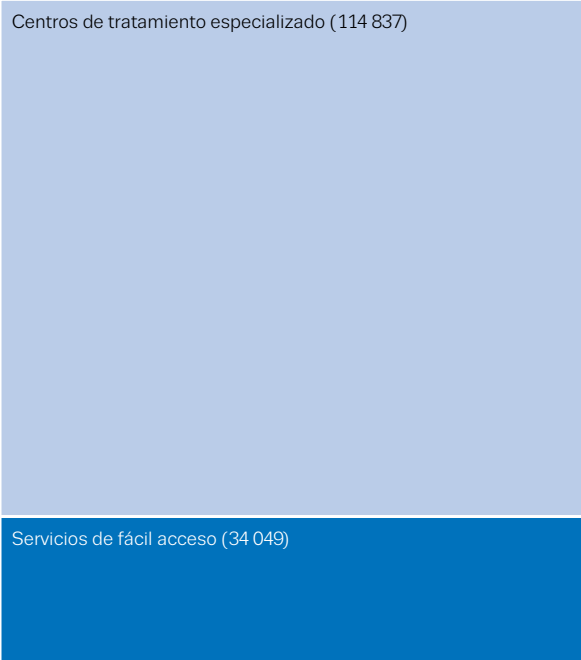
Sistema de tratamiento

En España, el Plan Nacional sobre Drogas encauza la política general de tratamiento por drogas. Al mismo tiempo, la ejecución, gestión y evaluación de los recursos y programas para prestar atención a los consumidores es competencia de las diecisiete comunidades y ciudades autónomas. Cada comunidad autónoma puede organizar y prestar las intervenciones sanitarias en función de sus propios planes, presupuestos y personal. Algunas cuentan con tratamiento integrado de los problemas de consumo relacionados con las drogas en unidades de atención primaria o servicios de salud mental, mientras que otras disponen de una red independiente de tratamiento vinculada al sistema general de salud. Por norma general, la atención se organiza en tres niveles. Los recursos de primer nivel son la principal puerta de entrada; los de segundo nivel prestan servicios de tratamiento integral y los de tercer nivel son recursos de alta especialización y atención prolongada.

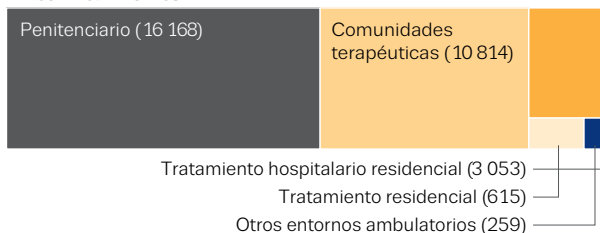
FIGURA 14

Tratamientos por drogas en España: entornos y número de pacientes

Ambulatorio



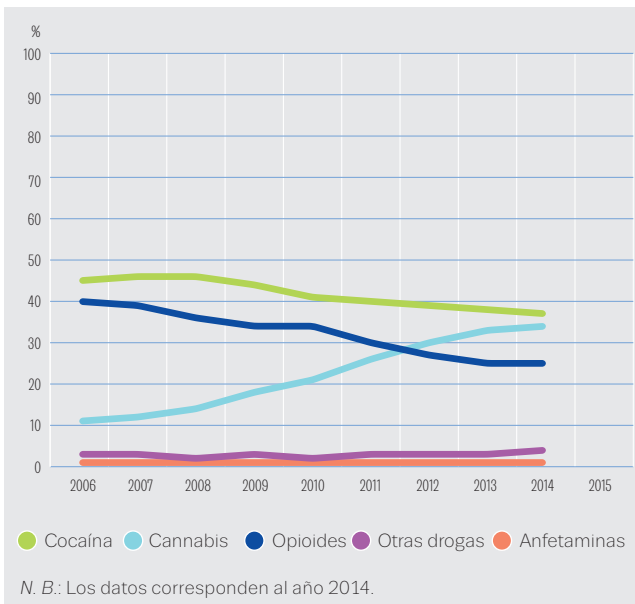
Internamiento



N. B.: Los datos corresponden al año 2014.

FIGURA 15

Tendencias en el porcentaje de pacientes admitidos a tratamiento especializado por droga principal en España



El sector público es el principal proveedor de tratamiento, seguido de las organizaciones no gubernamentales y otras del sector privado. En su mayoría, los tratamientos se financian con cargo a los presupuestos públicos del Estado, de las comunidades y ciudades autónomas, así como de algunos municipios, en general, grandes ciudades.

La red específica de atención a la drogodependencia se extiende por todo el país. Los servicios terapéuticos cuentan con redes de tratamiento ambulatorio y hospitalario.

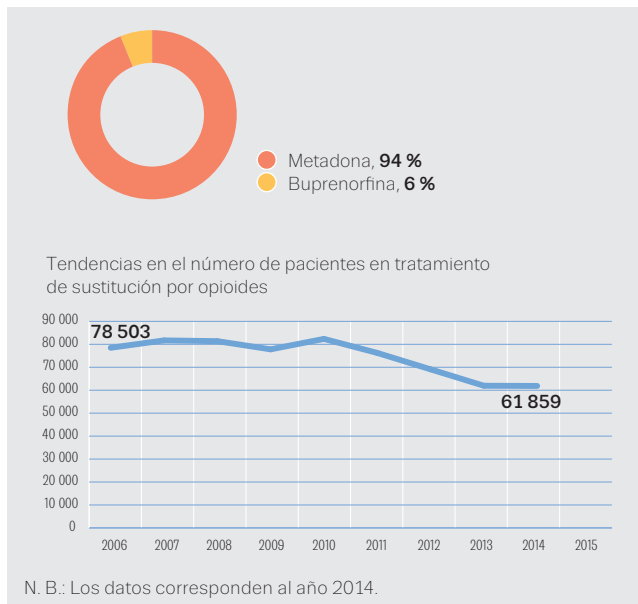
La red ambulatoria se compone de servicios de fácil acceso que intervienen fundamentalmente en el primer nivel mediante la detección de problemas de salud mental en los pacientes, así como de centros especializados de tratamiento de la drogodependencia, entre ellos, unidades de salud mental, que vertebran el sistema de tratamiento y que intervienen en el segundo nivel. Normalmente, un equipo pluridisciplinar atiende a los pacientes en estos entornos, proporcionándoles tratamiento psicosocial individualizado y derivándolos a otros servicios.

Las redes en régimen de internamiento abarcan las unidades de desintoxicación hospitalaria, las viviendas de apoyo al tratamiento y a la reinserción social, las comunidades terapéuticas y los centros penitenciarios.

En España, los tratamientos de sustitución de opioides se administran en unos 2 000 centros ambulatorios

FIGURA 16

Tratamiento de sustitución por opioides en España: porcentaje de pacientes por fármaco y tendencias observadas en el número total de los mismos



especializados, en otros centros de salud y de salud mental, en instalaciones hospitalarias y en centros penitenciarios. De la misma manera, las farmacias dispensan medicamentos a los pacientes. Como tratamiento, la metadona, que los pacientes reciben gratuitamente, se introdujo y se aprobó en 1990. La Seguridad Social ofrece fármacos a base de buprenorfina, pero el paciente debe asumir una parte del coste.

Prestación del tratamiento

En España, casi 180 000 consumidores de drogas recibieron tratamiento por este motivo en 2014, la mayoría de ellos en entorno ambulatorio (figura 14). En los últimos diez años, el número anual de pacientes admitidos a tratamiento ha oscilado entre 49 000 y 53 000. Los consumidores de heroína siguen representando el mayor grupo; muchos de ellos son pacientes de larga duración en tratamiento de sustitución de opioides. Sin embargo, los datos sobre el número de personas admitidas a tratamiento muestran que la cocaína sigue siendo la droga principal más común entre los pacientes que reciben atención, seguida del cannabis y los opioides. No obstante, el porcentaje de personas que son admitidas a tratamiento por consumo de heroína o cocaína ha descendido en los últimos diez años, al tiempo, que se ha observado un aumento progresivo de las demandas asociadas al cannabis. Desde 2012, el número total de admisiones por consumo de esta sustancia supera las de heroína (figura 15), dato que

se atribuye fundamentalmente al incremento paulatino de las nuevas admisiones a tratamiento por consumo principal de cannabis: aproximadamente 7 de cada 10 pacientes por consumo principal de cannabis acceden a tratamiento por primera vez (figura 7).

El tratamiento de mantenimiento con metadona sigue siendo la modalidad más frecuente de tratamiento de sustitución, aunque, en dosis bajas, la combinación de buprenorfina/naloxona se usa principalmente con pacientes que se han estabilizado gracias a la metadona. Desde 2002, se observa en España una tendencia a la baja del número de pacientes que recibe tratamientos de sustitución de opioides, acorde a otros datos que apuntan también a un descenso generalizado del número de consumidores de heroína en los últimos veinte años (figura 16).

Consumo de drogas y respuestas en el ámbito penitenciario

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior es responsable de la Administración Penitenciaria en España, con la salvedad de Cataluña. La atención sanitaria en los establecimientos penitenciarios compete al Ministerio del Interior, aunque en Cataluña y en el País Vasco se encargan de ella los servicios sanitarios autonómicos.

Los programas de tratamiento en estos centros se ofrecen de la mano de distintos servicios penitenciarios (salud, psicología, seguridad, etc.) y en estrecha colaboración con otros disponibles en el exterior, tales como centros de tratamiento a toxicómanos, servicios sociales y ONG. En todos los establecimientos penitenciarios, en la prestación de estos servicios intervienen tres estructuras: la comisión de GAD (Grupo de Atención al Drogodependiente), el equipo de profesionales sanitarios y el equipo GAD.

En 2011, una encuesta sobre drogodependencias realizada entre la población reclusa reveló que el cannabis era la droga más consumida en los 30 días anteriores al ingreso en prisión (40 %), seguido de la cocaína (27 %) y la heroína (14 %). El 5 % admitió haber consumido por vía parenteral en ese mismo período, lo que supone un descenso respecto al dato de 2006 (11 %). Además, el cannabis era la droga más consumida en prisión (21 %), mientras que la incidencia de otras fue mucho menor. Solamente el 0,4 % admitió consumir por vía parenteral. En los establecimientos penitenciarios, el policonsumo era habitual. Un tercio de los que se inyectan drogas en este contexto son seropositivos y tres cuartas partes VHC positivos.

Los programas sanitarios adoptados en el entorno penitenciario (tratamiento del VIH, del VHC y de la tuberculosis, vacunación y salud mental) y los programas de intervención relacionados con las drogas — prevención, educación para la salud, mediadores en salud (seleccionados entre los internos), reducción de daños y riesgos (intercambio de jeringuillas, distribución de papel de aluminio y preservativos, programa de intervención en sobredosis) y tratamiento de la drogodependencia— han contribuido a reducir la morbilidad y la mortalidad entre la población reclusa en las instituciones penitenciarias.

El tratamiento de mantenimiento con metadona constituye uno de los programas de intervención más eficaces en términos de reducción de riesgos asociados al consumo de opioides. Forma una parte importante del tratamiento por drogas en el ámbito penitenciario español y, de hecho, muchos consumidores lo reciben.

El primer programa de intercambio de agujas y jeringuillas en un establecimiento penitenciario español se introdujo en Bilbao en 1997 y actualmente se ofrece en 47 centros en toda España. Dicho programa mereció el Primer Premio Europeo a las Buenas Prácticas de Salud en las Prisiones, concedido por la Red Europea de Prisión y Salud (European Prison and Health Network) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por su parte, los programas especiales de reintegración social que existen en estos establecimientos proporcionan a los consumidores de drogas las habilidades necesarias para continuar el tratamiento tras la salida en libertad y contribuyen a su reinserción en la sociedad.

En 2011, el cannabis fue la droga más consumida en prisión (21 %), mientras que la incidencia de otras fue mucho menor. Solamente el 0,4 % admitió consumir por vía parenteral.

Criterios de calidad

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y el Plan de Acción 2013-2016 recogen la calidad como uno de los principios básicos y establecen objetivos para su promoción. Este último documento prevé, además, actuaciones relacionadas directamente con este aspecto. La acción número 30 se centra en poner en marcha un portal de buenas prácticas, mientras que la 31 aborda los criterios de acreditación de programas de reducción de la demanda. Las demás acciones comparten el objetivo transversal de formular criterios de calidad en cada terreno de actuación.

En el ámbito de la acción número 30, se respaldó la creación de un portal dedicado a los programas de prevención con base empírica aportada por la organización Sociodrogalcohol y, en este momento, se está construyendo otro portal de buenas prácticas dedicado a la reducción de la demanda.

Por su parte, en el ámbito de la acción número 31 del plan, se aprobaron una serie de criterios mínimos de calidad en relación con los programas de reducción de la demanda. Además, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas participó como asociado en el proyecto Normas de Calidad Europeas de Prevención de la Drogadicción (The European Drug Prevention Quality Standards project). Diversas ONG también se han embarcado en procesos para promover las buenas prácticas en proyectos de gestión y trabajo, con el apoyo de la propia Delegación.

En España, la acreditación de los programas de reducción de la demanda está vinculada a la financiación, que, en el caso de los servicios y programas de reducción de la demanda, corre por cuenta principalmente de la Administración Pública. Sin embargo, para recibir fondos públicos, deben estar acreditadas (en el caso de los tratamientos) o superar una serie de filtros de calidad más o menos exigentes en función de la zona geográfica en la que se apliquen.

Además, la Estrategia Nacional recoge la formación como cuestión transversal, a la que se dedica un epígrafe independiente con sus correspondientes objetivos y acciones. Uno de los objetivos del Plan de Acción actual es diseñar un plan nacional de formación en drogodependencias y adicciones.

Investigación sobre drogas

En España, la investigación biomédica y las ciencias de la salud son dos aspectos importantes de la agenda nacional de investigación y desarrollo, que se enmarca en la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2013-2020, así como del Plan Nacional para la investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016. Además de estos documentos, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 hace un llamamiento a mejorar la investigación en los ámbitos del consumo de drogas, la prevención y el tratamiento, así como a evaluar los programas y acciones. La investigación se financia con cargo a los Presupuestos Generales del Estado por medio de licitaciones o convocatorias públicas.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas es la entidad nacional responsable de dirigir y coordinar las actividades de investigación relacionadas con las drogas. Entre los ámbitos prioritarios, se encuentran la investigación básica, clínica, social, epidemiológica y metodológica. El Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 promovía: i) las encuestas entre la población general y los alumnos jóvenes de secundaria; ii) la recogida de datos sobre admisión a tratamiento, urgencias y mortalidad; iii) el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia con nuevas herramientas e indicadores epidemiológicos sobre el consumo de drogas como son el indicador de consumo problemático o el indicador de enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas; iv) la investigación y el análisis de datos sobre consumo de drogas en áreas como el género, el ámbito laboral, los policonsumos, etc.; v) la difusión de los datos del sistema de información a través de publicaciones y medios virtuales; vi) la consolidación del sistema de alerta temprana para la detección de nuevas sustancias adictivas; vii) las redes de investigación con aplicación clínica y preventiva, con la integración de las diversas redes y centros de investigación sobre drogas existentes en España; y viii) puesta en marcha de un portal de buenas prácticas.

Los últimos estudios relacionados con las drogas que ha llevado a cabo la Delegación del Gobierno giraban fundamentalmente en torno a la investigación básica y clínica del alcohol, la cocaína y el cannabis. Entre las líneas prioritarias de investigación de la convocatoria de ayudas económicas de 2016 figuran la prevención selectiva e indicada en relación al consumo abusivo de alcohol y cannabis asociados o indistintos y fundamentalmente dirigidos a menores, el coste social de las adicciones, la mejora de la calidad y resultados del proceso terapéutico, las estrategias de reinserción sociolaboral, las actuaciones en los entornos penitenciarios y la prevención e intervención en drogodependencias en el ámbito laboral.

Las universidades y las redes de investigación son los principales agentes de la investigación en materia de drogas. Por su parte, las revistas científicas nacionales y sitios web especializados son los principales canales de difusión a nivel nacional de las conclusiones de las investigaciones.

Hace escaso tiempo, se creó la Biblioteca Iberoamericana sobre Drogas y Adicciones (BIDA), financiada por la Unión Europea, y además existe un acuerdo de cooperación internacional en el ámbito de la investigación sobre drogas con el Instituto Nacional de los Estados Unidos sobre Consumo Abusivo de Drogas (US National Institute on Drug Abuse).

Los últimos estudios relacionados con las drogas que ha llevado a cabo la Delegación del Gobierno giraban fundamentalmente en torno a la investigación básica y clínica del alcohol, la cocaína y el cannabis.

Mercados de la droga

España, por su situación geográfica, es uno de los países de la Unión Europea preferidos por los traficantes internacionales, en especial, como ruta de tránsito de la resina de cannabis y la cocaína hacia otros países europeos. Por tanto, las acciones encaminadas a detectar y desarticular redes de delincuencia internacional implicadas en el tráfico de drogas son una de las prioridades de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y se llevan a cabo intensificando el control en los puertos y zonas costeras meridionales en busca de fardos de droga; investigando, descubriendo y decomisando los productos del tráfico de drogas y del blanqueo de capitales; impidiendo la distribución de drogas ilegales en el país; y fomentando la cooperación internacional. En este contexto, España sigue siendo uno de los países europeos que decomisa mayores cantidades de cocaína y resinas de cannabis tanto por número como por cantidad. Según los datos proporcionados por las fuerzas y cuerpos de seguridad, la cocaína incautada suele ser originaria de Colombia, Bolivia y Perú y llega a España por mar directamente o a través de países centro o sudamericanos.

Casi la totalidad de la resina de cannabis incautada por estos cuerpos procede directamente de Marruecos; sin embargo, en los últimos años, la ruta del Mediterráneo oriental ha ganado peso en el tráfico de productos cannábicos, principalmente desde ese mismo país. El cannabis también se cultiva en España, donde los indicadores muestran que la producción ha aumentado desde 2009 para satisfacer la demanda local, además de para su distribución ilegal en otros países de la Unión Europea.

La heroína entra sobre todo desde Pakistán a través de los Balcanes y llega a España principalmente por aire.

Históricamente, las drogas sintéticas se introducían ilegalmente en España desde los Países Bajos y Bélgica, aunque en los últimos años se han realizado incautaciones de MDMA producido en Francia y en Andorra; en 2014, se decomisó una cantidad importante (aproximadamente 400 000 dosis) de MDMA originario de Bulgaria.

En conjunto, el número de decomisos se ha incrementado en la última década, y los productos cannábicos siguen siendo las drogas ilegales que más se incautan en España. Se ha observado un descenso global de los decomisos de resina de cannabis desde el año 2009; sin embargo, la cantidad de resina incautada ha aumentado desde 2010. En 2015, se registró un repunte de la cantidad de hierba del cannabis procedente de los decomisos a gran escala, mientras que las cantidades incautadas en los de pequeña escala fue menor que en 2014.

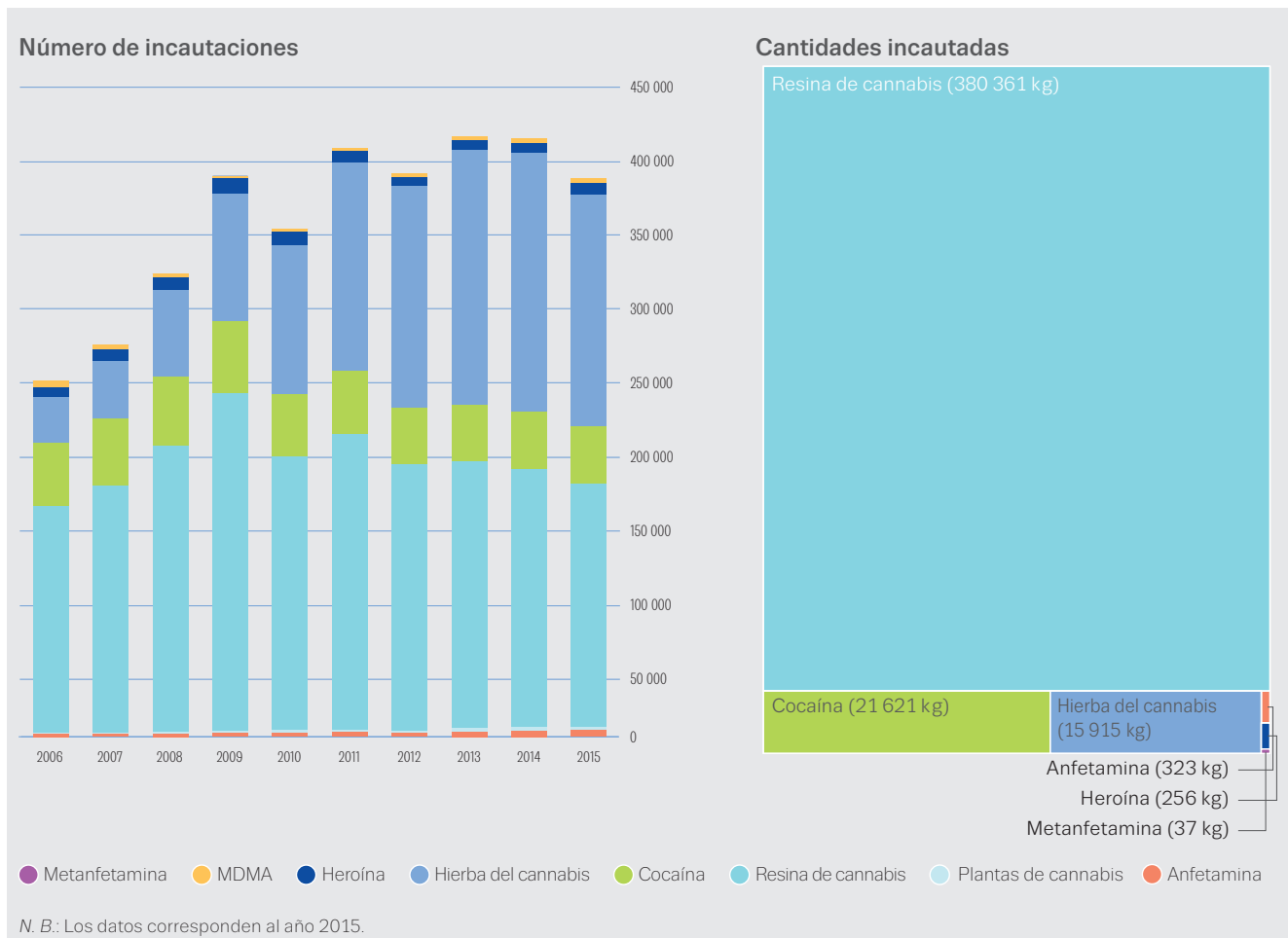
La cocaína sigue siendo la droga ilegal incautada más frecuente, aunque, desde 2009, se aprecia una tendencia descendente de los decomisos. En 2013-2015, se registró un incremento de las incautaciones de heroína, fundamentalmente a pequeña escala. La cantidad decomisada también aumentó durante ese mismo período, aunque se debió sobre todo a las incautaciones a gran escala. España registró una disminución de los decomisos a gran escala de estimulantes sintéticos (anfetaminas y MDMA) en 2015 frente a 2014. Las incautaciones a pequeña escala de MDMA en 2015 se situaron por debajo del año 2014, mientras que las de anfetaminas han experimentado un ascenso progresivo desde 2013 (figura 17).

España publica la potencia (porcentaje de THC) o pureza (porcentaje o miligramos por pastilla) y los precios medios de las principales drogas ilícitas. En 2013, la potencia media de la resina de cannabis fue del 14,5 % del THC, mientras que la de la hierba se situó en el 10,8 %. En el caso de la heroína, la pureza media en 2015 fue del 33 % y, en el de la cocaína, del 42 %. En 2015, el precio medio de la resina de cannabis rondó los 6 euros/g; el de la hierba del cannabis, 5 euros/g; el de la heroína, 58 euros/g; el de la cocaína, 59 euros/g, y el de la anfetamina, 28 euros/g. El precio medio de la dosis de MDMA fue de 11 euros.

España es el país que registra los mayores decomisos de cocaína y cannabis de todos los Estados miembros de la Unión Europea.

FIGURA 17

Decomisos de drogas en España: tendencias en el número de incautaciones (izquierda) y cantidades incautadas (derecha)



ESPAÑA: ESTADÍSTICAS CLAVE EN MATERIA DE DROGAS

Últimas estimaciones y datos comunicados

	Año	Datos del país	Rango de la UE	
			Mínimo	Máximo
Cannabis				
Prevalencia del consumo alguna vez en la vida — Escuelas (%), Fuente: Estudes 2014 y ESPAD)	2015	26,6	6,5	36,8
Prevalencia del consumo en el último año — Jóvenes adultos (%)	2015	17,1	0,4	22,1
Prevalencia del consumo en el último año — Todos los adultos (%)	2015	9,5	0,3	11,1
Todas las admisiones a tratamiento (%)	2014	34	3	71
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)	2014	48	8	79
Cantidad de hierba del cannabis incautada (kg)	2015	15 915,4	4	45 816
Número de incautaciones de hierba del cannabis	2015	156 984	106	156 984
Cantidad de resina de cannabis incautada (kg)	2015	380 360,9	1	380 361
Número de incautaciones de resina de cannabis	2015	164 760	14	164 760
Potencia — Hierba (% THC) (valores mínimos y máximos registrados)	Sin datos	Sin datos	0	46
Potencia — Resina (% THC) (valores mínimos y máximos registrados)	Sin datos	Sin datos	0	87,4
Precio por gramo — Hierba (euros) (valores mínimos y máximos registrados)	Sin datos	Sin datos	0,6	31,1
Precio por gramo — Resina (euros) (valores mínimos y máximos registrados)	Sin datos	Sin datos	0,9	46,6

Cocaína

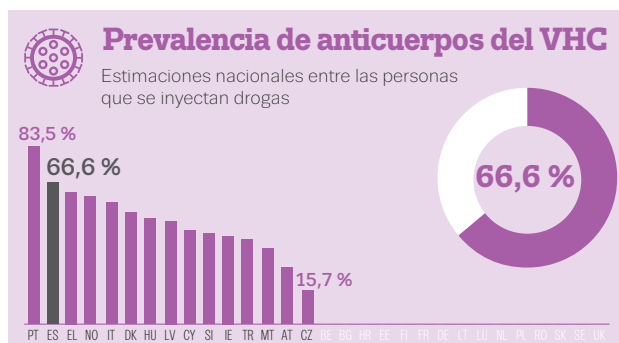
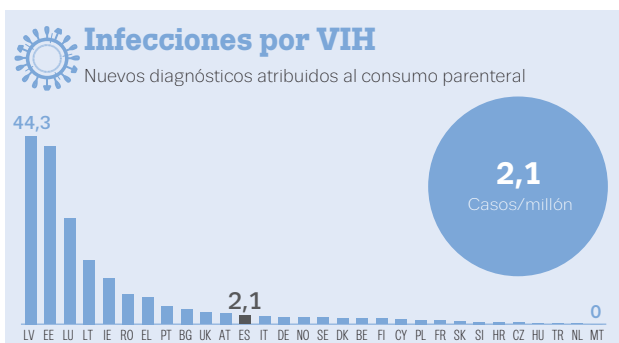
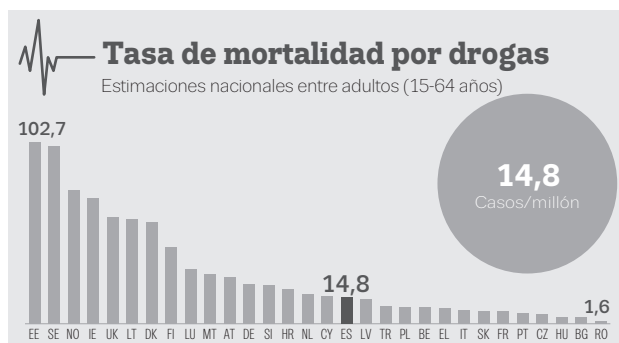
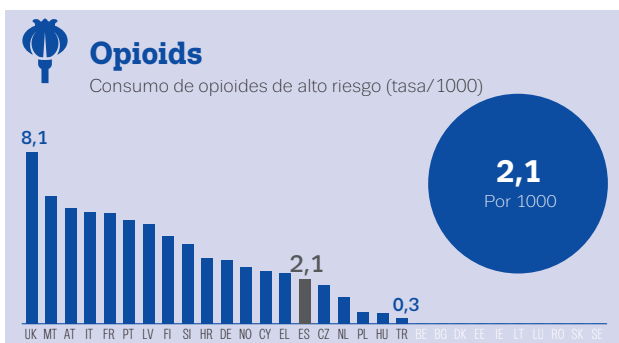
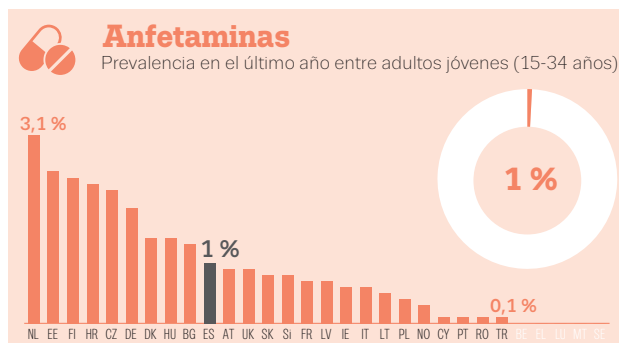
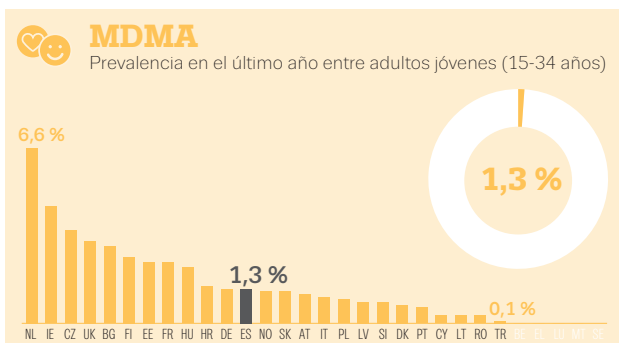
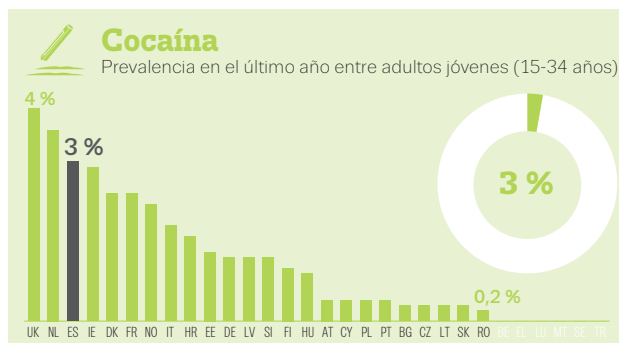
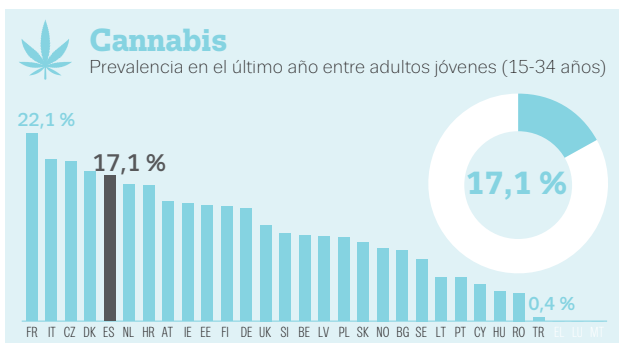
Prevalencia del consumo alguna vez en la vida — Escuelas (%), Fuente: ESPAD)	2015	2,1	0,9	4,9
Prevalencia del consumo en el último año — Jóvenes adultos (%)	2015	3	0,2	4
Prevalencia del consumo en el último año — Todos los adultos (%)	2015	2	0,1	2,3
Todas las admisiones a tratamiento (%)	2014	37	0	37
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)	2014	35	0	40
Cantidad de cocaína incautada (kg)	2015	21 620,9	2	21 621
Número de incautaciones de cocaína				
Cantidad de cocaína incautada (kg)	2015	38 273	16	38 273
Número de incautaciones de cocaína				
Pureza (%) (valores mínimos y máximos registrados)	Sin datos	Sin datos	0	100
Precio por gramo (euros) (valores mínimos y máximos registrados)	Sin datos	Sin datos	10	248,5

Anfetaminas

Prevalencia del consumo alguna vez en la vida — escuelas (%), Fuente: ESPAD)	2015	1,3	0,8	6,5
Prevalencia del consumo en el último año — Jóvenes adultos (%)	2015	1	0,1	3,1
Prevalencia del consumo en el último año — Todos los adultos (%)	2015	0,5	0	1,6
Todas las admisiones a tratamiento (%)	2014	1	0	70
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)	2014	2	0	75
Cantidad de anfetaminas incautada (kg)	2015	323	0	3 796
Número de incautaciones de anfetaminas	2015	4 336	1	10 388
Pureza — Anfetaminas (%) (valores mínimos y máximos registrados)	Sin datos	Sin datos	0	100
Precio por gramo — Anfetaminas (euros) (valores mínimos y máximos registrados)	Sin datos	Sin datos	1	139,8

	Año	Datos del país	Rango de la UE	
			Mínimo	Máximo
MDMA				
Prevalencia del consumo alguna vez en la vida — Escuelas (%), Fuente: ESPAD)	2015	1	0,5	5,2
Prevalencia del consumo en el último año — Jóvenes adultos (%)	2015	1,3	0,1	6,6
Prevalencia del consumo en el último año — Todos los adultos (%)	2015	0,6	0,1	3,4
Todas las admisiones a tratamiento (%)	2014	0	0	2
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)	2014	0	0	2
Cantidad de MDMA incautada (kg)	2015	135 110	54	5 673 901
Número de incautaciones de MDMA	2015	2 958	3	5 012
Pureza (mg de base de MDMA por unidad) (valores mínimos y máximos registrados)	Sin datos	Sin datos	0	293
Precio por pastilla (euros) (valores mínimos y máximos registrados)	Sin datos	Sin datos	0,5	60
Opioides				
Consumo de opioides de alto riesgo (tasa/1000)	2014	2,1	0,3	8,1
Todas las admisiones a tratamiento (%)	2014	25	4	93
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)	2014	11	2	87
Cantidad de opioides incautada (kg)	2015	256	0	8 294
Número de incautaciones de heroína	2015	7 755	2	12 271
Pureza — Heroína (%) (valores mínimos y máximos registrados)	Sin datos	Sin datos	0	96
Precio por gramo — Heroína (euros) (valores mínimos y máximos registrados)	Sin datos	Sin datos	3,1	214
Enfermedades infecciosas/consumo parenteral/muertes relacionadas con las drogas				
Nuevos diagnósticos de VIH relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral (casos/millón de habitantes, Fuente: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC))	2015	2,1	0	44
Prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas (%)	2014	30,9	0	30,9
Prevalencia del VHC entre las personas que se inyectan drogas (%)	2014	66,6	15,7	83,5
Consumo de drogas por vía parenteral (casos/1000 habitantes)	2014	0,2	0,2	9,2
Muertes inducidas por drogas — Todos los adultos (casos/millón de habitantes)	2014	14,8	1,6	102,7
Respuestas sanitaria y social				
Jeringuillas distribuidas a través de programas especializados	2014	1 483 399	164	12 314 781
Pacientes en tratamiento de sustitución	2014	61 859	252	168 840
Demanda de tratamiento				
Todos los pacientes	2014	48 926	282	124 234
Pacientes por primera vez	2014	23 656	24	40 390
Delitos relacionados con drogas				
Número de denuncias	2015	411 157	472	411 157
Infracciones por consumo/tenencia	2015	390 843	359	390 843

Cuadro de la UE



N. B.: Se impone la prudencia en la interpretación de los datos, sobre todo cuando se comparan países utilizando una sola unidad de medida, ya que, por ejemplo, las diferencias pueden deberse a las prácticas de elaboración de informes. En el Boletín estadístico del EMCDDA se ofrece información detallada sobre la metodología, se matizan los análisis y se incluyen comentarios sobre las limitaciones de la información disponible. Los países para los que no se dispone de datos aparecen en blanco.

Cita bibliográfica recomendada

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017), *España, Informe del país sobre drogas*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea (Luxemburgo).

Acerca del EMCDDA

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) es la principal fuente de referencia y la autoridad competente en Europa en cuestiones relacionadas con las drogas. Desde hace más de veinte años recoge, analiza y difunde información científica rigurosa sobre las drogas y las toxicomanías, así como sobre sus consecuencias, ofreciendo a la sociedad una imagen de base empírica sobre este fenómeno en el ámbito europeo.

Las publicaciones del EMCDDA constituyen una fuente de información primordial para distintos destinatarios: los responsables de la formulación de políticas y sus asesores, los profesionales e investigadores que trabajan en el ámbito de las drogas y, a título más general, los medios de comunicación y la sociedad. Con sede en Lisboa, es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea.



Acerca de nuestro socio en España

El punto focal nacional se encuentra en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, organismo público adscrito al Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad que tiene encomendada la coordinación de distintos aspectos de la política sobre drogas, desde el tráfico a las respuestas a este problema.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Plaza de España, 17
28008 Madrid

España

Tel. +34 918226125

Fax +34 918226095

Responsable del punto focal nacional:

Francisco de Asís Babín Vich —

reinstipnd@msssi.es

Advertencia legal: El contenido de esta publicación no refleja necesariamente las opiniones oficiales de los socios del EMCDDA, los Estados miembros de la Unión Europea o sus instituciones o agencias. Más información sobre la Unión Europea, en internet (<http://europa.eu>).

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea

doi:10.2810/022366 | ISBN 978-92-9497-165-4

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

Esta publicación está disponible únicamente en formato electrónico.

EMCDDA, Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal

Tel. +351 211210200 | info@emcdda.europa.eu

www.emcdda.europa.eu | twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda



Oficina de Publicaciones