

COLABORACION ESPECIAL**CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA: FUENTES DE INFORMACION Y EVOLUCION DURANTE EL PERIODO 1984-1990****J. Sánchez Payá, T. Romo Cortina, B. Rodríguez Ortiz de Salazar, G. Barrio Anta**

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

RESUMEN

Se describe la evolución del consumo de drogas y problemas asociados en España durante 1984-1990, utilizando el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), encuestas poblacionales, estadísticas policiales, Registro de SIDA, etc. Se evalúan las fuentes de información disponibles. Durante 1984-1990 aumentaron los indicadores de oferta, los tratamientos por opiáceos o cocaína y los fallecidos por reacción aguda a esas drogas; la heroína provocó la mayoría de los problemas graves detectados, pero aumentaron los problemas por cocaína; los heroínómanos envejecieron; disminuyó el consumo de cannabis; España fue el país europeo con mayor incidencia acumulada de SIDA en consumidores de drogas, con repercusiones crecientes del SIDA en la mortalidad y demanda de atención de estas personas; la seroprevalencia de VIH fue del 41%-75%; aparecieron leves cambios positivos en las conductas de riesgo. En adelante será necesario adaptar el SEIT para fines de vigilancia epidemiológica, implementar una encuesta periódica y potenciar los estudios etnográficos.

Palabras clave: Consumo de drogas. Consecuencias adversas. Tendencias. Fuentes de información. España.

ABSTRACT**Drugs Consumption in Spain Information Sources and Evolution During the Period 1984-1990**

The development of drugs consumption and associated problems in Spain are described for the period 1984-1990, using the SEIT (State Drugs-Dependency Information System), populational surveys, police statistics, AIDS Registry, etc. The available sources of information are assessed. Between 1984 and 1990, there were increases in supply indicators, in cocaine and opiate treatments and in deaths by acute reactions to these drugs. Heroin produced the majority of the serious problems detected but cocaine related problems increased. Heroin addicts were older; consumption of cannabis dropped; Spain was the European country with greatest accumulated incidence of AIDS among drug users, with increasing repercussions of AIDS in death rates and health care demands by these people. The prevalence of HIV in serum was 41%-75%; slight positive changes appeared in high risk behaviour. From now on, it will be necessary to adapt the SEIT for the purposes of epidemiological vigilance, to introduce a periodical survey and to encourage ethnographic studies.

Key Words: Drugs Consumption, Adverse effects, Trends, Information Sources, Spain

INTRODUCCION

La extensión del consumo de sustancias psicoactivas distintas de alcohol y tabaco detectada en USA y Europa Occidental a finales de los años sesenta, se produjo en España aproximadamente con una década de retraso.

Correspondencia:
Gregorio Barrio Anta.
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado, 18-20
28071 - Madrid.

Hasta 1979, el fenómeno del consumo de drogas era mal conocido. Las fuentes de información más socorridas eran la policía y los sanitarios que atendían a los consumidores. La información versaba sobre aspectos parciales del fenómeno y, como no se recogían datos de forma sistemática, era, generalmente, de naturaleza informal o cualitativa. Los estudios sobre el tema habían sido escasos y dirigidos a ámbitos geográficos y sociales reducidos.

En 1979 se realizó la primera encuesta nacional sobre el consumo de drogas ilegales, dirigida a los jóvenes de 14-24 años y en 1981 otra dirigida a la población de 15-64 años ¹. A partir de entonces, comenzaron a proliferar las encuestas, tratando de describir las características del consumo, de los consumidores y las actitudes de la población ante el fenómeno. Mientras tanto, otra línea de investigación intentaba obtener información a partir de indicadores indirectos. En el Hospital del Mar de Barcelona, por ejemplo, mediante el registro de las urgencias relacionadas con la heroína, se obtuvieron series temporales que, en cierta forma, eran indicativas de la evolución del consumo en la ciudad ².

En 1985 se aprobó el Plan Nacional sobre Drogas con el fin de coordinar las acciones de Administraciones Públicas, instituciones sociales y ciudadanos, destinadas a reducir los problemas relacionados con el tráfico o el consumo de drogas ³. Para entonces se habían realizado ya numerosas encuestas, algunas referidas a áreas geográficas muy reducidas; que utilizaban cuestionarios y métodos de recogida de información dispares y proporcionaban estimaciones muy imprecisas de la prevalencia de consumo de las drogas más peligrosas (opiáceos). Sus resultados eran poco útiles para la planificación de servicios y la inconsistencia de las estimaciones contribuía a desorientar a la opinión pública y a desviar la atención de los problemas de los consumidores. En aquel contexto, se dio prioridad al desarrollo de indicadores indirectos, basados en el registro de determinados eventos relacionados con el consumo de drogas. Se consideraba que estos indicadores, aunque no permitían obtener estimaciones precisas de la prevalencia de consumo podían servir para evaluar las consecuencias adversas derivadas del consumo y, bajo ciertas condiciones, para vigilar las tendencias de consumo de las drogas que producen

con frecuencia consecuencias graves (opiáceos). Así nació el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), que comenzó a funcionar en 1987 ⁴.

El objetivo de este trabajo es describir la evolución del consumo de drogas y de los problemas asociados en España durante el período 1984-1990, centrándose fundamentalmente en las drogas ilegales. No se considera ni el alcohol ni el tabaco, y los psicofármacos sólo se consideran parcialmente. Se evalúan someramente las fuentes de información sobre consumo de drogas y problemas asociados existentes en España y se hacen propuestas sobre su desarrollo futuro.

METODOLOGIA

La información procede de varias fuentes documentales:

1) El SEIT. Se diseñó principalmente para monitorizar las tendencias de consumo de opiáceos y de cocaína y las características básicas de los consumidores, a nivel estatal y autonómico. Utiliza tres indicadores indirectos del consumo de opiáceos o cocaína: personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia (indicador tratamiento), urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo (indicador urgencias) y muertes por reacción aguda registradas por los Institutos Anatómico-Forenses y el Instituto Nacional de Toxicología (indicador mortalidad) ^{4,12}.

Para interpretar correctamente la evolución de los indicadores es necesario conocer la cobertura. La cobertura del indicador tratamiento fue aceptable y mejoró durante el período 1987-1990; sin embargo, la del indicador urgencia fue inestable y variable según Comunidades Autónomas (CC.AA.). Sólo se dispone de datos respecto al indicador mortalidad para las grandes ciudades ⁵⁻⁸.

La calidad de los datos del indicador tratamiento es relativamente buena: en

1988 aproximadamente un 20 por 100 de los tratamientos que cumplían los criterios de caso no fueron notificadas; un 4,5 por 100 de los tratamientos notificados no cumplían los criterios de caso y la concordancia entre lo registrado en la historia clínica y lo registrado en el SEIT fue alta, excepto para las variables: otras drogas consumidas durante el mes anterior al tratamiento y año de primer consumo de la droga principal⁸. La validez de los datos de urgencias y mortalidad no se ha evaluado. No obstante, hay indicios de que es aceptable para la mortalidad y deficiente para las urgencias, sobre todo cuando la notificación la realizan los profesionales de los servicios de urgencias.

El SEIT tiene limitaciones: los indicadores tratamiento y urgencias no informan sobre los consumidores que no utilizan los servicios de atención y el indicador mortalidad no detecta las muertes por drogas en las que no hay intervención judicial. Por otra parte, sobre estos indicadores influyen factores externos (oferta de servicios de atención, utilización de los mismos por parte de los consumidores de drogas, capacidad del entorno social del consumidor para ocultar una muerte por drogas; etc.), que pueden modificar artificialmente su valor sin que haya variado la frecuencia real del problema. Estas consideraciones deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los datos del SEIT.

2) Las principales encuestas sobre consumo de drogas realizadas en España entre 1984 y 1990¹³⁻²¹.

Estas encuestas son poco útiles para estudiar la evolución del consumo de drogas por su falta de comparabilidad (heterogeneidad de definiciones, de universos, de procedimientos de selección de la última unidad muestral, etc.). Hasta el momento, no existe ninguna encuesta nacional fiable que se haya repetido periódicamente utilizando la misma metodología. Por otra parte, el reducido tama-

ño muestral impide conocer con precisión suficiente los perfiles sociodemográficos y los patrones de consumo, sobre todo cuando se trata de sustancias con una prevalencia de consumo baja (heroína, alucinógenos, cocaína). Además, existe cierta tendencia a ocultar el consumo por temor a sanciones legales o sociales y, como la mayoría son domiciliarias, no informan sobre algunos grupos muy vulnerables al consumo de drogas como las personas institucionalizadas o sin domicilio fijo.

3) Las estadísticas policiales sobre actuaciones contra el tráfico ilícito de drogas²²⁻²⁷. Son un compendio de las actividades desarrolladas por las fuerzas represivas contra el tráfico ilegal de drogas. En los informes no aparecen muchos detalles sobre el proceso de recogida de información y no se explicitan claramente las definiciones utilizadas. No se indica, por ejemplo, el criterio utilizado para clasificar las detenciones y los decomisos según tipo de droga, cuando a un mismo detenido se le incautan varias drogas. En el valor de los indicadores indirectos de oferta pueden influir, entre otros factores, el grado de actividad policial y la capacidad de los traficantes para ocultar sus acciones, así como la proporción de droga aprehendida que se dirige al mercado exterior.

4) El Registro Nacional de Casos de SIDA²⁸ y el del Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA²⁹.

Estos registros arrastran cierto retraso en la notificación y tienen un nivel indeterminado de subnotificación.

5) Los estudios más relevantes de prevalencia de infección por VIH^{30,31,32}

Estos estudios se han realizado en distintos grupos de consumidores de drogas (admitidos a tratamiento ambulatorio, reclusos, ingresados en hospitales, etc.). Ninguno de ellos es representativo de la población global de consumidores, pero ayuda a hacerse una idea de la realidad.

6) El sistema de notificación de complicaciones infecciosas en consumidores de drogas por vía parenteral (CDVP) ingresados en hospitales ¹¹.

La muestra de hospitales no es representativa y seguramente es inestable a lo largo del tiempo; sin embargo, puede servir para estudiar algunas características clínicas y microbiológicas de estas infecciones.

No se han revisado otras fuentes que pueden aportar información relacionada con el consumo de drogas, como la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, las

estadísticas de la Dirección General de Farmacia o los estudios cualitativos.

RESULTADOS

I. Tendencias de consumo de drogas en España

1) SEIT

a) Los datos de tratamientos y urgencias para el período 1987-1990 indican que ⁵⁻⁸ (Tablas 1-2):

TABLA I
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS TRATADAS AMBULATORIAMENTE POR ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIOIDES O COCAÍNA. ESPAÑA 1987-1990 ¹

Número de centros declarantes	1987	1988	1989	1990
		224	264	281
Número de personas tratadas	10.338	164.811	18.823	25.118
<i>Droga principal que motiva el tratamiento (%)</i>				
Heroína	97,1	97,1	96,5	96,6
Metadona	0,4	0,1	0,1	0,1
Otros opioides	0,6	0,1	1,2	0,9
Cocaína	1,9	1,7	2,2	2,4
Hombres sobre el total de casos (%)	80,5	81,0	81,3	82,7
Edad media al iniciar el consumo	19,7	19,8	19,8	20,2
Edad media al iniciar el tratamiento	24,9	25,4	25,7	26,1
<i>Consumidores de otras drogas durante los 30 días anteriores al inicio del tratamiento entre los tratados por dependencia de heroína (%)</i>				
Metadona	5,6	2,5	2,5	2,1
Otros opioides	0,8	13,8	16,2	14,3
Cocaína	42,8	44,1	41,5	47,7
Cannabis	59,4	47,4	44,6	44,0
Alucinógenos	5,8	5,0	3,8	4,4
Sustancias volátiles	0,4	0,3	0,3	0,4
Psicofármacos	36,7	30,6	24,3	23,7
Otras	—	26,5	20,1	27,7

¹ Incluye tanto los primeros tratamientos como los tratamientos sucesivos. Se recogen "casos" y no "episodios"; es decir, que los tratamientos repetidos efectuados por una misma persona durante el año en curso en la misma Comunidad Autónoma se eliminan.

FUENTE: Elaboración propia a partir de referencias 5-8.

TABLA 2
CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS EPISODIOS DE URGENCIAS RELACIONADOS CON EL
CONSUMO DE OPIOIDES O COCAINA. ESPAÑA, 1987-1990¹

Número de Comunidades Autónomas con información	7	11	13	14
Número de hospitales monitorizados	29	44	63	61
Número de episodios de urgencias ² (%)	3.066	11.737	15.114	22.055
Hombres sobre el total de episodios (%)	80,2	79,0	79,9	79,4
Edad media de las personas atendidas	24,1	24,9	25,3	26,0
Droga principal que motiva la urgencia ³ (%)				
Heroína	98,7	96,6	95,6	93,4
Metadona	0,1	0,1	0,2	1,2
Otros opioides	0,4	2,0	2,5	2,1
Cocaína	0,8	1,2	1,7	3,3
<i>Motivo de la consulta (%)</i>				
Sobredosis	6,3	6,7	7,2	11,0
Reacción adversa	3,9	4,6	4,3	7,4
Síndrome de abstinencia	56,5	31,3	28,9	23,3
Problema orgánico	25,7	36,0	39,0	39,4
Problema psicopatológico	7,5	5,8	5,3	5,1
Otro	0,1	15,7	15,4	13,8
Urgencias que corresponden a detenidos (%)	27,3	22,1	16,3	14,0

Se recogen "episodios" y no "casos"; es decir, que los episodios repetidos generados por una misma persona no se eliminan. El aumento del número de episodios es debido en parte a la mejora de la cobertura del sistema.

³ Cuando la persona atendida consume varias drogas se recoge solamente la droga principal relacionada con el episodio.

Tanto los tratamientos como las urgencias estuvieron relacionados en más del 90 por 100 de las ocasiones con el consumo de heroína. No obstante, la proporción de tratamientos o urgencias por cocaína u opiáceos diferentes a heroína o metadona ("otros opiáceos") aumentó durante el período. La discordancia entre la escasa detección de problemas por cocaína y el aumento de la oferta y consumo de esta droga (tabla 9), se explica probablemente por la pre-

sencia de una elevada proporción de consumidores con patrones de consumo poco problemáticos (consumo esporádico y por vía intranasal) y por la existencia de un período de latencia clínico largo. En Canarias, Galicia y Murcia, el porcentaje de tratamientos por cocaína fue más elevado que en el resto del Estado y otro tanto sucedió en Asturias y Galicia con "otros opiáceos".

Un 72 por 100 de los tratados en 1990 tenían entre 20 y 30 años. La edad media

de los consumidores admitidos a tratamiento o atendidos en urgencias aumentó entre 1987 y 1990. La edad media del primer consumo fue aproximadamente de 20 años y permaneció bastante estable. Aproximadamente el 80 por 100 de los admitidos a tratamiento y atendidos en urgencias eran varones. Este porcentaje era algo mayor en el caso de la cocaína y apenas cambió entre 1987 y 1990. Las mujeres tratadas eran más jóvenes, habían iniciado el consumo a edades más tempranas y en años más recientes y tenían una menor antigüedad en el consumo que los hombres.

El primer consumo de cocaína y el tratamiento por esta droga se produjo a edades más altas que en el caso de heroína. Los tratados por cocaína iniciaron el consumo en años más recientes y tenían menor antigüedad en el mismo que los tratados por heroína.

Los motivos de consulta más frecuentes en urgencias fueron los problemas orgánicos —principalmente derivados de la infección por VIH y otras enfermedades transmisibles— y el síndrome de abstinencia. La proporción de urgencias por patología orgánica tiende a aumentar.

El policonsumo es la norma (Tabla 1). Entre los heroínómanos tiende a aumentar el consumo de cocaína (tablas 1 y 9) y “otros opiáceos” y a disminuir el de psicofármacos, alucinógenos y cannabis.

b) Los datos de mortalidad del SEIT se complementan para el período 1983-86 con los procedentes de un estudio retrospectivo comparable ¹¹.

La tasa de mortalidad por reacción aguda a opiáceos o cocaína en las grandes ciudades ha aumentado (Tabla 3). La droga encontrada en más del 90 por 100 de las muestras de sangre y orina analizadas fue la morfina o sus metabolitos. La asociación más frecuente fue morfina-benzodiacepinas. La edad media de los fallecidos aumentó entre 1983 y 1990. La razón hombre-mujer fue aproximadamente del 4/1. La mortalidad por reacción aguda sigue siendo la primera causa de muerte de los consumidores de drogas, pero en poco tiempo el SIDA pasará probablemente al primer lugar. De hecho, entre 1985 y 1990, el número de muertos por reacción aguda se multiplicó por 3,2, mientras que el número de muertos por SIDA relacionado con el consumo de drogas se multiplicó por 14,4 ^{11,28} (Tablas 3 y 10).

TABLA 3
EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR REACCION AGUDA TRAS EL CONSUMO DE DROGAS EN SEIS CIUDADES ESPAÑOLAS. 1983-1990 (TASAS (*) POR 1000.000 HABITANTES)

AÑO	MADRID	BARCELONA	VALENCIA	ZARAGOZA	SEVILLA	BILBAO	TOTAL
1983	1,7	1,1	0,8	0,5	0,3	—	1,2
1984	2,6	1,9	2,3	0,9	0,3	1,0	2,0
1985	2,4	2,6	1,4	0,7	0,5	2,4	2,0
1986	2,8	2,1	1,6	1,4	2,0	2,6	2,3
1987	4,3	3,0	3,0	1,7	1,2	2,9	3,3
1988	5,4	5,8	4,2	2,4	1,1	5,2	4,7
1989	6,2	9,8	6,7	2,1	3,2	4,5	6,4
1990	7,4	7,8	5,2	4,2	1,7	6,0	6,4

(*) Para calcular las tasas se han utilizado las poblaciones del Padrón Municipal de Habitantes de 1986.
FUENTE: Elaboración propia a partir de las referencias 7, 8 y 11.

Puesto que la edad media de las personas relacionadas con cada uno de los tres indicadores ha aumentado paulatinamente entre 1987 y 1990, es muy probable que los consumidores de heroína estén envejeciendo. Este hecho y la ausencia de un aumento paralelo de la edad del primer consumo, parecen indicar que está disminuyendo la incidencia de consumo de heroína.

Las tendencias más significativas entre los consumidores de heroína (aumento de la edad de tratamiento, relativa estabilidad de la edad del primer consumo y de la distribución por sexo, evolución del consumo de otras drogas) se perciben aún más claramente cuando se consideran algunos trabajos referidos a 1981-85³³ y 1985-86³⁴.

2. Encuestas poblacionales

De su análisis se desprende lo siguiente¹³⁻²⁰ (tabla 4 y 5):

Sin considerar alcohol y tabaco, que son con diferencia las drogas más extendidas entre la población, las prevalencias de consumo más elevadas corresponden a cannabis y tranquilizantes. Las prevalencias de consumo (últimos 30 días) de anfetaminas, cocaína y alucinógenos fueron superiores a las de heroína en todas las encuestas revisadas. Se confirma reiteradamente que en España la heroína, a pesar de ser consumida por una proporción pequeña de personas, es la droga a la que se atribuyen la gran mayoría de las consecuencias graves detectadas (muertes por reacción aguda, urgencias hospitalarias, necesidad de tratamiento a causa de dependencia, enfermedades transmisibles diagnosticadas en hospitales).

El consumo de tranquilizantes e hipnóticos afecta más a las mujeres. Estas drogas se toman para disminuir el estrés, el insomnio o ciertos síntomas leves de

tipo psicomático. A la extensión de su consumo parece contribuir el que no se identifican como capaces de producir dependencia.

Se pueden reconocer dos grupos de drogas: uno, cuyo consumo se inicia en la edad juvenil (de mayor a menor precocidad en el inicio: inhalables, cannabis, alucinógenos, heroína, cocaína y anfetaminas), con mayor prevalencia de consumo en el grupo 20-24 años —aunque es probable que el intervalo modal se haya desplazado ya a los 25-29 años— y descensos muy acusados de la prevalencia a partir de los 34 años; y otro grupo (tranquilizantes, hipnóticos y analgésicos), cuyo consumo se inicia en la vida adulta y aumenta con la edad, alcanzando su nivel máximo a partir de los 45 años (Tabla 5).

La prevalencia e intensidad de consumo de inhalables, cannabis, heroína, cocaína y alucinógenos es, según la mayoría de las encuestas^{13, 15-17, 20}, mayor en los hombres que en las mujeres y lo contrario sucede con tranquilizantes e hipnóticos.

Se han señalado diferencias de consumo según algunas variables sociodemográficas. Sin embargo, no hay coincidencia entre los diferentes estudios y se precisa confirmación de los resultados. Se ha dicho, por ejemplo, que el consumo es mayor entre los parados y más bajo entre los estudiantes, que la hostelería y la minería son sectores con alto nivel de consumo, que la prevalencia de consumo es mayor en las grandes ciudades y en los grupos económicamente desfavorecidos que en el resto de la población o que existe asociación entre consumo de drogas y malas relaciones familiares o fracaso escolar.

3. Indicadores indirectos de oferta

Entre 1985 y 1990 aumentaron los detenidos, decomisos y cantidades deco-

TABLA 4
PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS (%), ESPAÑA, 1984-1990

AÑO ENCUESTA	UNIVERSO	TAMAÑO MUESTRA	INHALAB.	CANNABIS	ANFETAM.	TRANQUILI ZANTES	HIPNOTI- COS	ALUCINO- GENOS	COCAINA	HEROINA	ANALG. MORFINI.
1984	Navarro J. et al 12 años y más. España excepto Ceuta y Melilla	5.998	0,4	12,2	3,7	7,4	6,6	1,5	1,4	0,9	0,8
1985	CIS 15 años y más. España excepto Canarias, Ceuta y Melilla	2.500	0,1	4	0,2	0,5	—	0,3	0,3	0,1(1)	—
1986	UGT 16-65 años. España. Trabajadores por cuenta ajena de la construcción, industria y servicios	1.994	0,3	11,5	1,5	3,1	1	0,7	2,4	0,6	0,3
1985	Diput. General de Aragón 12 años y más.	1.800	0,2	5,2	0,8	4,6	3,5	0,4	0,7	0,3	0,2
1987	Junta de Andalucía 16 años y más.	2.000	0,1	9,4	2,2	6,1	2,9	0,7	2,8	1,1	0,9
1988	Xunta de Galicia 12 años y más	3.700	0,1	5,0	1,4	3,6	1,8	0,3	1,5	0,9	0,3
1989	Junta de Andalucía 16 años y más.	2.000	0,25	5,8	1,9	8,3	2,1	0,35	2,3	1,1	1,0
1989	Ayuntam. de Madrid 14-64 años. Municipio de Madrid	8.002	—	3,5	—	—	—	—	0,9	0,2	—
1990	Generalitat Catalunya 15-64 años.	1.560	0,0	3,2	0,2	2,6(2)	0,3(3)	0,2	0,6	0,2	0,0(4)

(1) Hace referencia al conjunto de opiáceos.
(2) Ansiofíticos.
(3) Barbitúricos.
(4) Otros opiáceos.

FUENTE: Elaboración propia a partir de las referencias: 1,3-21.

TABLA 5
EDAD MEDIA DE INICIO EN EL CONSUMO. ESPAÑA, 1984-89

Año	Encuesta	Inhalables	Cannabis	Anfetami.	Tranquili.	Hipnótic.	Alucinog.	Cocaína	Heroína	Analgesic. Mórfini.
1984	Navarro J. et al	16,3	17,5	23,5	36,1	44,1	18,8	20,6	19,5	41,7
1985	CIS	—	17,4	—	34,6	—	19,5	20,8	—	20,7(1)
1986	UGT	16,2	19,2	20,5	28,3	30,6	19,8	22,3	21	26,7
1985	Dip. Gral. Aragón	14,9	20,3	22,6	35,8	43,5	19,3	21,1	18,3	40,6
1988	Xunta Galicia	17,4	16,9	29,2	36,8	40,1	18,1	19,9	18,4	23,4
1989	Ayunt. Madrid	16,85	16,9	—	—	—	—	22,0	20,2	—

(1) Hace referencia a todos los opiáceos.

FUENTE: Elaboración propia a partir de las referencias: 13-20.

TABLA 6
DETENIDOS POR TRAFICO ILICITO DE DROGAS, SEGUN TIPO DE SUSTANCIA QUE MOTIVA LA DETENCION. ESPAÑA, 1984-1990 (Número absoluto y porcentaje sobre el total de detenidos)

AÑO	OPLACEOS		COCAINA		CANNABIS		OTRAS DROGAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1984	3.468	30,3	925	8,1	6.359	55,6	694	6,1	11.446	100
1985	3.901	30,3	996	7,7	7.110	55,3	856	6,6	12.863	100
1986	5.585	29,1	1.703	8,9	10.501	54,7	1.414	7,4	19.203	100
1987	8.140	31,9	2.559	10,0	12.638	49,4	2.208	8,6	25.545	100
1988	9.370	33,5	3.182	11,4	12.823	45,9	2.536	9,3	27.911	100
1989	9.430	34,4	2.866	10,5	12.878	47,0	2.233	8,1	27.407	100
1990	8.322	33,5	3.348	13,5	11.432	46,1	1.710	6,9	24.812	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de las referencias: 22-27

misadas de las principales drogas ilegales. Los indicadores de ofertas de cocaína crecieron a un ritmo más intenso que los de opiáceos o cannabis. Si se considera la proporción que representan los detenidos o los decomisos por cada tipo

de droga sobre el total de detenidos o decomisos, se aprecia un descenso del “peso relativo” de la cannabis y un aumento del “peso relativo” de opiáceos, cocaína y otras drogas²²⁻²⁷ (Tablas 6-9).

TABLA 7
ACTOS DE DECOMISO DE DROGAS ILICITAS, SEGUN TIPO DE SUSTANCIA DECOMISADA.
ESPAÑA, 1984-1990 (Número absoluto y porcentaje sobre el total de decomisos)

AÑO	OPLACEOS		COCAINA		CANNABIS		OTRAS DROGAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1984	1.555	22,4	606	8,7	4.357	62,8	421	6,1	6.939	100
1985	1.958	25,8	641	8,4	4.641	61,1	353	4,7	7.593	100
1986	3.516	26,9	1.256	9,6	7.491	57,3	821	6,3	13.084	100
1987	5.692	28,2	2.019	10,0	10.477	52,2	1.971	9,8	20.159	100
1988	7.063	29,6	2.655	11,1	11.056	46,3	3.084	12,9	23.858	100
1989	7.416	31,5	2.823	12,0	10.497	44,6	2.819	12,0	23.555	100
1990	6.350	30,3	2.925	14,0	9.628	46,0	2.022	9,7	20.925	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de las referencias: 22-27

TABLA 8
CANTIDADES DE HEROINA, COCAINA, CANNABIS Y LSD DECOMISADAS
ESPAÑA, 1984-1990

AÑO	HEROINA (Kg)	COCAINA (Kg)	CANNABIS (Kg)	LSD (Dosis)
1984	203	277	37.206	—
1985	253	303	66.432	5.647
1986	407	669	50.260	67.436
1987	413	1.134	59.810	22.128
1988	480	3.461	91.339	9.567
1989	713	1.852	64.225	11.123
1990	826	5.382	71.853	6.554

FUENTE: Elaboración propia a partir de las referencias: 22-27

TABLA 9
INDICADORES DE OFERTA Y CONSUMO DE COCAINA
ESPAÑA. 1985-1990

AÑO	% Detenidos por cocaína sobre total detenidos por tráfico de drogas	Kg de cocaína decomisados	% de tratamientos por dependencia de cocaína sobre total de tratamientos por opiáceos o cocaína	% de urgencias hospitalarias por consumo de cocaína sobre total de urgencias por opiáceos o cocaína	% de muestras de sangre positivas a cocaína sobre total fallecidos por reacción aguda a drogas (1)	Edad media de los tratados por dependencia de cocaína	Consumo de cocaína el último mes entre los tratados por dependencia de heroína (%)
1985	7,7	303	—	—	11,2	—	31,4 (2)
1986	8,9	669	—	—	10,8	—	—
1987	10,0	1.134	1,9	0,8	20,0	25,3	42,8
1988	11,4	3.461	1,7	1,2	18,9	26,1	44,1
1989	10,5	1.852	2,2	1,7	29,9	26,2	41,7
1990	13,5	5.382	2,4	3,3	25,1	26,5	47,7

1 Datos correspondientes a los municipios de Madrid, Valencia y Sevilla. Para los años 1985 y 1986 no se dispone de los resultados de los análisis toxicológicos de Valencia.

2 Usuarios de heroína asistidos en 6 Centros de Tratamiento durante el período 1981-85.

FUENTE: Elaboración propia a partir de las referencias: 5-8 y 22-27

II. Problemas asociados al consumo de drogas

1) *Problemas percibidos*

En las encuestas una proporción importante de consumidores manifiesta tener problemas a causa de las drogas, especialmente los consumidores de heroína. Los problemas más citados son los de salud, los de relación y los económicos para adquirir la droga^{13, 15-17, 19}. La mayoría de los trabajadores que consumen drogas, con excepción de la cannabis, reconocen que tienen problemas laborales derivados del consumo (absentismo, accidentes, bajo rendimiento, sanciones)¹⁵. Los consumidores de opiáceos experimentan mayor dificultad subjetiva para abandonar el consumo que los consumidores de otras drogas. Para cualquier sustancia psicoactiva, a mayor frecuencia de consumo se percibe mayor dificultad para abandonarlo y hay mayor deseo de iniciar tratamiento¹³⁻¹⁷.

2) *Problemas detectados*

a) Necesidad de iniciar tratamiento del abuso o dependencia, urgencias médicas y mortalidad asociadas al consumo de drogas (Véase apartado I.1, y tablas 1, 2 y 3).

La decisión de iniciar tratamiento de la dependencia de una droga está, sin duda, influida por los problemas asociados a su consumo. Evidentemente, la evolución de estos indicadores es mejor reflejo de la evolución de los problemas asociados al consumo de opiáceos o cocaína que del propio consumo.

b) Enfermedades transmisibles

* *SIDA:*

En España el 70 por 100 de los casos de SIDA declarados corresponden a CDVP o grupos relacionados (tabla 10)²⁸. La proporción de casos asociados al uso de drogas por vía parenteral ha crecido entre 1981 y 1991. Las distribuciones por edad y sexo de los casos de SIDA relacionados con el consumo de drogas son muy parecidas a las que aparecen en el SEIT³⁵. A finales de septiembre de 1991, entre 32 países europeos, España ocupaba el primer lugar en cuanto a casos acumulados de SIDA relacionados con el consumo de drogas por cien mil habitantes.

* *Infección por VIH:*

En 1989 la prevalencia de infección por VIH fue: 41 por 100 en admitidos a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de opiáceos o cocaína³⁰, 60 por 100 en CDVP encarcelados³² y 75 por 100 en muertos por reacción aguda a drogas¹¹. Un metaanálisis de los estudios realizados sobre consumidores de drogas atendidos en hospitales da cifras de prevalencia del 70 por 100³¹. Se ha sugerido que la prevalencia ha crecido en la segunda mitad de la década de los ochenta³¹ y que es más alta en el este y norte de España que en el sur^{30,31}. Entre los admitidos a tratamiento ambulatorio, la seropositividad aumentaba con la edad y la antigüedad en el uso de la vía parenteral. El nivel de conocimientos sobre los modos de transmisión y protección era bueno, pero una proporción importante mantenía conductas de riesgo (compartir jeringuillas, relaciones sexuales sin preservativos, etc)³⁰. En algunas partes de Andalucía ha disminuido la proporción de admitidos a tratamiento por heroína, cuya vía principal de consumo es parenteral³⁵.

TABLA 10
CASOS DE SIDA Y DEFUNCIONES POR ESTA ENFERMEDAD RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL¹. ESPAÑA 1991.

AÑO ²	Nº de casos de SIDA relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral	% sobre el total de casos de SIDA	Nº de muertes por SIDA relacionado con el consumo de drogas por vía parenteral	% sobre el total de muertes por SIDA
1981	0	0,0	0	0,0
1982	1	25,0	0	0,0
1983	5	35,7	2	25,0
1984	20	42,6	8	40,0
1985	101	62,3	51	55,4
1986	286	65,3	136	63,3
1987	617	65,8	243	61,1
1988	1.404	71,3	380	60,5
1989	1.797	69,6	637	66,6
1990	1.818	69,6	736	64,7
1991	542	67,9	275	63,7
Desconocido	435	81,5	68	68,7
TOTAL	7.026	69,6	2.536	63,6

1 Se incluyen los siguientes grupos de riesgo: a) CDVP, b) CDVP y a la vez homosexuales y c) Hijos de madres de riesgo. De todos los casos de SIDA relacionados con el uso de drogas por vía parenteral el 94,4% pertenecen al grupo a), el 4,1% al grupo b) y el 3,5% al grupo c). Se considera que la mayoría de los niños del grupo c) son hijos de consumidoras de drogas por vía parenteral.

2 Los casos de SIDA están clasificados según año de diagnóstico y las muertes según año en que ha ocurrido la defunción.
 FUENTE: Elaboración propia a partir de Registro Nacional de Casos de SIDA — Actualización a 1-10-91 — (Referencia 28)

* *Otras complicaciones infecciosas:*

Además del SIDA, en los CDVP hospitalizados se diagnostican con cierta frecuencia: hepatitis, tuberculosis, endocarditis infecciosa, infecciones de partes blandas, candidiasis diseminadas, artritis-osteomielitis y otras infecciones¹¹. La mayoría de las infecciones bacterianas se deben a *S. Aureus*. En los últimos años ha disminuido el número de hepatitis B notificadas. En más del 90 por 100 de los episodios el paciente se inyecta heroína.

c) Delincuencia y problemas con la ley.

En opinión de algunos jueces³⁶, la gran mayoría de los detenidos en España por delitos contra la propiedad son heroinómanos procedentes de medios desfavorecidos. Más del 50 por 100 de los consumidores que utilizan los dispositivos de atención han estado detenidos al menos una vez, 1/3 ha sido juzgado y 1/5 condenado³⁷.

f) Gasto social y sanitario derivado del uso indebido de drogas.

Aunque no ha sido evaluado de forma precisa, se estima que en España se gastan más de diez mil millones de pesetas anuales en la atención global al problema del uso indebido de drogas³⁸.

LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA

En los distintos niveles territoriales, la información debe ayudar a los gestores a tomar decisiones y a la sociedad a colaborar eficazmente en la reducción de los problemas de los consumidores de drogas.

Ningún método, dadas sus limitaciones, puede por sí solo cubrir las necesidades de todos los sectores políticos y profesionales y de la sociedad general; hay que utilizar varios métodos que ofrezcan información complementaria. La integración de los resultados procedentes de estudios centrados en fuentes diversas permite seleccionar las conclusiones más consistentes y plantear mejores hipótesis de trabajo^{39, 40, 41}.

Aunque la utilización de varias técnicas es deseable, no siempre es posible porque los recursos no son infinitos. Cuando hay que optar, es necesario priorizar, teniendo en cuenta fundamentalmente: el grado de implantación de cada una de ellas, sus garantías de continuidad, la utilidad de la información que generan y el coste de su implementación. Hoy en día en España, el orden de prioridad podría ser el siguiente:

1) Desarrollo del SEIT: El SEIT, es junto al Drug Abuse Warning Network (DAWN) de USA⁴², uno de los pocos sistemas de indicadores de ámbito estatal existentes en el mundo. En los países europeos, aunque hay cierta tradición de recogida de información en las comunidades locales⁴³, apenas se han desarrollado procedimientos sistemáticos de recogida de información de cobertura estatal. Por esta razón, el SEIT es una referencia obligada a la hora de desarrollar sistemas de información sobre la demanda de drogas en Europa⁴⁴.

Tras cinco años de funcionamiento ininterrumpido empieza ya a ofrecer datos interesantes. Una de sus principales bazas es que integra información procedente de varias fuentes independientes (centros de tratamiento, servicios de urgencia y médicos forenses). Permite, aunque con ciertas limitaciones, monitorizar la evolución del consumo de las drogas que ocasionan la mayoría de los problemas en nuestro medio (opiáceos), para las que no existen muchas alternativas fiables para obtener información.

Los resultados del SEIT pueden ayudar en la planificación de servicios y distribución de recursos. Por ejemplo, recientemente, ha sido utilizado, junto a otros indicadores (casos de SIDA, altas hospitalarias por adicción a las drogas, etc.), para seleccionar áreas geográficas problemáticas, con el fin del implantar en ellas programas de prevención dirigidos a colectivos de alto riesgo. Además, el SEIT puede generar hipótesis para realizar estudios epidemiológicos más detallados y su conjunto de registros es una buena base muestral para estos estudios. En el estudio sobre infección por VIH en usuarios de droga en tratamiento ambulatorio³⁰ se usó la base de datos y la infraestructura del SEIT.

El SEIT implica a muchas estructuras y a muchas personas y está introduciendo rigor en la recogida, tratamiento e interpretación de los datos relacionados con el consumo de drogas. Aunque se trata de un sistema que, por su amplia cobertura geográfica, sólo recoge información sobre unas pocas variables, puede inducir en los profesionales el hábito de anotar observaciones relevantes de su práctica diaria que a la larga permitan evaluar y mejorar su trabajo. Por otra parte, algunos sistemas autonómicos recogen información más detallada que la del SEIT sobre algunos aspectos, que puede ser útil para todo el Estado y que debería ser analizada más en profundidad.

El desarrollo futuro del SEIT exige quizá:

a) Ampliar la información sobre los patrones de consumo. Un primer paso ha sido la inclusión para 1991 en el Indicador Tratamiento de una variable sobre la vía de administración de la droga principal. Para obtener información sobre aspectos como nivel de estudios, ocupación, frecuencia de consumo, o dosis, no se necesita cobertura estatal ni continua en el tiempo.

b) Mejorar la validez y fiabilidad de los indicadores. Con este fin, en 1991 se ha introducido el indicador tratamiento una variable que diferencia entre el primer tratamiento en la vida de un consumidor y los tratamientos sucesivos, lo que permitirá mejorar su capacidad para medir tendencias de consumo. La validez de la información del indicador urgencias no es excesiva cuando notifica el personal de los hospitales. De hecho, en estas circunstancias, el motivo de consulta más frecuente es el síndrome de abstinencia, mientras que, cuando un agente externo recoge la información de la documentación clínica, los problemas orgánicos son el motivo más frecuente⁵⁻⁸. Para mejorar la calidad del indicador urgencias se plantea, por una parte, recoger sólo las urgencias por reacción aguda tras el consumo y no la patología orgánica asociada ni el síndrome de abstinencia y, por otra, recoger la información de la documentación clínica mediante agentes entrenados y remunerados, en vez de confiar en la notificación del personal de urgencias.

c) Estabilizar la cobertura del indicador urgencias. La inestabilidad temporal y espacial de la cobertura de este indicador lo inutiliza para medir tendencias de consumo, aunque pueda ser válido para estudiar las características y los problemas de los consumidores. Sería más adecuado implantar el indicador en un área reducida (una ciudad por comunidad autónoma, una isla de Baleares y

otra de Canarias), recogiendo regularmente información de todos los hospitales importantes.

d) Ampliar la cobertura del indicador mortalidad, hasta alcanzar al menos las ciudades con Instituto Anatómico-Forense. Esta ampliación es urgente por la trascendencia social de este indicador.

e) Desarrollar el potencial del SEIT para fines de vigilancia epidemiológica, sobre todo a nivel local y autonómico. Para ello, es preciso, por una parte, ampliar la recogida a todas las sustancias psicoactivas, lo que permitiría detectar problemas asociados a nuevas sustancias o modalidades de consumo y, por otra parte, agilizar el funcionamiento del sistema, de forma que permita tomar decisiones rápidas ante cambios que así lo requieran.

2) Elaboración de indicadores a partir de fuentes rutinarias:

Ya se obtienen regularmente indicadores como son los casos de SIDA en CDVP a partir del Registro Nacional de Casos de SIDA, algunos indicadores de oferta a partir de las estadísticas policiales y las personas tratadas en unidades de desintoxicación hospitalaria a partir de un sistema específico. Sería interesante obtener información sobre la oferta y la demanda de drogas de forma periódica a partir de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, estadísticas de la Dirección General de Farmacia, programas de mantenimiento con opiáceos, Movimiento Natural de la Población, etc. La compilación de datos no sería complicada ni costosa y los resultados podrían difundirse a través de alguna publicación periódica a profesionales del sector, encargados de tomar decisiones, y a los medios de comunicación. Entre los indicadores de oferta tiene especial interés la relación precio-pureza de las drogas vendidas al por menor en la calle, pero su obtención requiere estudios especiales.

3) Desarrollo de encuestas poblacionales periódicas y comparables:

Sería muy útil relaizar periódicamente una encuesta escolar de ámbito nacional por varias razones: *a)* permitiría evaluar los programas preventivos y educativos dirigidos a grupos de edad con alto riesgo *b)* es fácil de implementar y menos costosa que una encuesta domiciliaria, por lo que ofrece mayores garantías de continuidad y *c)* la percepción de los riesgos y actitudes ante la droga en los estudiantes jóvenes pueden ser predictores de la evolución del consumo en un futuro próximo ^{45, 46}.

También sería interesante implementar una encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas parecida a la de USA ⁴⁷ o mejor, introducir un módulo sobre drogas en la Encuesta Nacional de Salud. Las encuestas domiciliarias son insustituibles para explorar las percepciones y actitudes de la población ante la droga y muy adecuadas para obtener información sobre consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes e incluso cannabis.

4) Potenciación de los estudios etnográficos:

Los métodos etnográficos y cualitativos (técnica de "bola de nieve", observación participante, etc.) se dirigen a grupos que probablemente tienen muchos problemas relacionados con el consumo de drogas y que, sin embargo, acuden poco a los servicios de atención y escapan fácilmente a las encuestas domiciliarias y escolares ⁴⁸. En España podrían utilizarse para actuar sobre CDVP con alto riesgo de infectarse por VIH, asociando la recogida de información con las propias intervenciones.

En España hay que tener en cuenta la estructura administrativa del Estado a la hora de desarrollar sistemas de información sobre consumo de drogas. Los sistemas no tienen por qué ser idénticos en todas las áreas (ciudades, CC.AA.);

generalmente basta con acordar en cada nivel territorial un núcleo de información comparable, el resto puede definirlo cada institución de acuerdo con sus necesidades. El SEIT puede ser el paradigma. Obviamente, conforme aumenta la cobertura de un sistema, si se quiere garantizar su viabilidad, ha de disminuir necesariamente el número de variables. La diversidad interterritorial puede facilitar la detección de algunos fenómenos nuevos e impulsar la evolución del sistema estatal cuando la recogida de información sobre un aspecto particular se revele útil y factible en una o varias áreas. Puesto que es imprescindible utilizar información de varias fuentes (sanitarias, sociales, jurídicas, etc.) por el valor añadido que resulta de su integración, es imprescindible que en cada nivel territorial (estatal, autonómico y, en algunos casos, local) existan estructuras administrativas encargadas de compilar la información de distintas procedencias, de organizarla, extraer conclusiones y presentarla periódicamente de forma accesible. Estas estructuras deben también esforzarse por homogeneizar los procedimientos de recogida de información; si es necesario elaborando guías consensuadas donde se establezcan claramente estos procedimientos.

BIBLIOGRAFIA

1. Dirección General de Acción Social-EDIS. La población española ante las drogas. Documentación Social. Revista Española de Estudios Sociales y Sociología Aplicada (Madrid) 1981; Número extraordinario.
2. Camí J, Alvarez F, Monteis J, Caus J, Menoyo E, De Torres S. Heroína: nueva causa de urgencias toxicológicas. Med Clin (Barc) 1984; 82: 1-4.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.

4. Roca J, Antó JM. El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. *Común Drogas (Madrid)* 1987; 516: 3-31.
5. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Informe año 1987. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
6. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Informe año 1988. 2.^a edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
7. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Informe año 1989. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
8. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Informe año 1990. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
9. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Protocolo. 2.^a edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
10. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Protocolo. Actualización del protocolo que recoge las modificaciones introducidas a partir de enero de 1991. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1991.
11. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1990. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
12. Grupo de Trabajo del SEIT. Admisiones a tratamiento por opiáceos o cocaína. *Gac Sanit* 1990; 16: 4-11.
13. Navarro J, Lorente S, Varo J, Roiz M. El consumo de drogas en España. Cuadernos Técnicos de Toxicomanías. Madrid: Cruz Roja Española, 1985.
14. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Actitudes y comportamientos de los españoles ante el alcohol, el tabaco y las drogas. Estudio 1487. Madrid: CIS, 1985.
15. Departamento Confederal de Servicios Sociales de la Unión General de Trabajadores. Incidencia de las drogodependencias en el mundo laboral. Madrid: Unión General de Trabajadores, 1987.
16. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. El consumo de drogas en Aragón. Epidemiología, motivaciones y factores de riesgo. Zaragoza: Diputación General de Aragón, 1986.
17. Comisionado para la Droga. Los andaluces ante las drogas. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía, 1988.
18. Comisionado para la Droga. Los andaluces ante las drogas. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía, 1990.
19. Consellería de Sanidade. El consumo de drogas en Galicia. Colección drogodependencias. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1990.
20. Area de Servicios Sociales. El consumo de drogas en el municipio de Madrid. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 1990.
21. Organ Tecnic de Drogodependencies. Enquesta sobre consum i actituds respecte el tabac, l'alcohol i altres drogues a Catalunya. 1990 (I). Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1991.
22. Servicio Central de Estupefacientes. Estadística anual sobre actuaciones contra el tráfico ilícito de drogas. Año 1985. Madrid: Dirección General de la Policía, 1986.
23. Servicio Central de Estupefacientes. Estadística anual sobre actuaciones contra el tráfico ilícito de drogas. Año 1986. Madrid: Dirección General de la Policía, 1987.
24. Servicio Central de Estupefacientes. Estadística anual sobre actuaciones contra el tráfico ilícito de drogas. Año 1987. Madrid: Dirección General de la Policía, 1988.
25. Servicio Central de Estupefacientes. Estadística anual sobre actuaciones contra

- el tráfico ilícito de drogas. Año 1988. Madrid: Dirección General de la Policía, 1989.
26. Servicio Central de Estupefacientes. Estadística anual sobre actuaciones contra el tráfico ilícito de drogas. Año 1989. Madrid: Dirección General de la Policía, 1990.
 27. Servicio Central de Estupefacientes. Estadística anual sobre actuaciones contra el tráfico ilícito de drogas. Año 1990. Madrid: Dirección General de la Policía, 1991.
 28. Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización a 1-10-1991. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 1991.
 29. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. AIDS surveillance in Europe. Quaterly Report n.º 31.30 th september 1991.
 30. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Infección por VIH en usuarios de drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
 31. Fernández MA, Gómez M, Delgado M, Gálvez R. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la población española (II). Metaanálisis de las tendencias temporales y geográficas. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 366-71.
 32. Martín M. Programa de prevención y control de enfermedades transmisibles en instituciones penitenciarias. *Revista de Estudios Penitenciarios (Madrid)* 1990; extra-1: 51-67.
 33. Martínez D, De la Fuente L, Arteagoitia JM. Estudio descriptivo de los pacientes heroínómanos asistidos en centros de tratamiento ambulatorio en el período 1981-1985. *Común Drogas (Madrid)*; 3: 35-59.
 34. Díez M, Caballero L, Muñoz PE. Estudio descriptivo de los drogodependientes que iniciaron tratamiento en los centros del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid en los años 1985-86. *Común Drogas* 1988; 9: 9-26.
 35. Bravo MJ, De la Fuente L. Epidemiología de la infección por VIH en los usuarios de drogas por vía parenteral. *Public Of Soc Esp Interdisc SIDA* 1991; 2: 335-341.
 36. Carmena M. La législation actuelle et les possibilités d'alternative. *Psychotropes* 1989; 1-2: 29-32.
 37. Comas D et al. La metodología de los estudios de seguimiento: el caso de los usuarios de los dispositivos de atención a drogodependientes (1984-1986). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1990.
 38. López R et al. El gasto social y sanitario derivado del uso indebido de drogas en España supera los 10.000 millones de pesetas anuales. *Política Científica (Madrid)* 1989; 19: 24-29.
 39. Kozel NJ. Epidemiología del abuso de drogas en los Estados Unidos de América. *Bol Of Sanit Panam* 1989; 107: 531-44.
 40. Kozel NJ, Adams EH. Epidemiology of drug abuse: an overview. *Science* 1986; 234: 28-32.
 41. Hartnoll R, Daviaud E, Lewis R, Mitcheson M. (Drug Indicators Project 1985). Problemas de drogas: valoración de las necesidades locales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
 42. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Data from the Drug Abuse Warning Network (DAWN). Annual data 1989. Series I. Number 9. Rockville, Maryland: NIDA, 1990.
 43. Groupe Pompidou. Etude multi-villes sur l'abus de drogues á Amsterdam, Dublin, Hambourg, Londres, París, Rome, Stockholm, Strasbourg: Conseil de l'Europe, 1987.
 44. Commission of the European Communities. European Drug Monitoring Centre (EDMC). Feasibility study. Brussels: Commission of the European Communities, 1990.
 45. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. National trends in drug use and related factors among american high

- school students and young adults, 1975-1986. DHHS Publication n° (ADM) 87-1535. Washington DC: US Government Printing Office, 1987.
46. Johnston LD, Driessen F, Kokkevi A. Report of a six country collaborative project on students surveys of drug use. P-PG/Epid (90) 3. Strasbourg: Pompidou Group, Council of Europe, 1990.
 47. National Institute on Drug Abuse (NI-DA). National Household Survey on Drug Abuse. Population estimates 1990. DHHS Publication No (ADM) 91-1732. Washington DC: US Government Printing Office, 1991.
 48. National Institute on Drug Abuse (NI-DA). The collection and interpretation of data from hidden populations. Research monograph series 98. DHHS publication. No (ADM) 90-1678. Washington DC: US Government office, 1990.