



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías



| Informe sobre drogas 2019

España



España

Informe sobre drogas 2019

Este informe presenta un planteamiento general de alto nivel sobre el fenómeno de las drogas en España. Aborda la oferta de drogas, el consumo de las mismas y los problemas de salud pública asociados, así como las políticas de drogas y las respuestas. Los datos estadísticos presentados corresponden a 2017 o al año más reciente disponible y fueron proporcionados al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Punto Focal del EMCDDA en España), a menos que se indique lo contrario.

Nota:

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

Panorama general: el problema de las drogas en España	3
1. Estrategia nacional sobre drogas y coordinación	4
2. Gasto público.....	7
3. Legislación sobre drogas y delitos relacionados con las drogas	8
4. Consumo de drogas.....	11
5. Daños por consumo de drogas.....	18
6. Prevención.....	22
7. Reducción de daños	24
8. Tratamiento.....	26
9. Consumo de drogas y respuestas en el ámbito penitenciario	30
10. Garantía de calidad	32
11. Investigación en materia de drogas	33
12. Mercados de la droga.....	34
13. Datos clave	36
14. Gráficos de indicadores en España y en la UE.....	39

Panorama general: el problema de las drogas en España



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

1. Estrategia nacional sobre drogas y coordinación

Estrategia nacional sobre drogas

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

La estrategia se ha construido en torno a dos objetivos principales, que se desarrollan en varios objetivos secundarios. La primera meta es conseguir una sociedad más sana y mejor informada mediante la disminución de la demanda de drogas y de la prevalencia de adicciones en general. Esto incluye la prevención y la reducción del riesgo, la atención integral y multidisciplinar, la reducción de daños y la integración social. El segundo objetivo pretende alcanzar una sociedad más segura mediante el descenso de la oferta de drogas y el control de aquellas actividades que puedan desembocar en una adicción. Esto incluye la reducción de la oferta, la revisión de la legislación y la cooperación judicial y de seguridad tanto a nivel nacional como internacional. Esta estrategia se llevará a cabo en dos Planes de Acción consecutivos de cuatro años cada uno, 2017-2020 y 2021-2024.

Como hacen otros países europeos, España evalúa su política y estrategia en materia de drogas utilizando indicadores actualizados y proyectos de investigación específicos. Desde la evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha utilizado un enfoque metodológico mixto para llevar a cabo la evaluación final de la estrategia. En 2017, en el contexto del desarrollo de la nueva estrategia, un equipo mixto llevó a cabo una evaluación, mediante distintos métodos, de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Se desarrollaron indicadores y se abordaron los principios, objetivos, procesos y sistemas de la Estrategia, el grado de implementación y los resultados finales. Como parte del proceso de consulta, representantes de las administraciones central, autonómicas y municipales, la sociedad civil y otros actores clave completaron distintos cuestionarios que abordaban diferentes aspectos de la Estrategia. Los indicadores estaban relacionados con los resultados finales de la Estrategia, sus procesos y productos, la calidad de los sistemas y objetivos transversales, así como con principios como igualdad, equidad, perspectiva de género, participación social y formación. Se analizó el grado de cumplimiento de los 14 objetivos generales, junto con los objetivos relativos a los principios rectores (evidencia, participación social, enfoque intersectorial, enfoque global, igualdad y enfoque de género).

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



Nota: Datos del año 2017. Las estrategias de enfoque más amplio pueden incluir, por ejemplo, sustancias lícitas y otras adicciones.

Mecanismos de coordinación nacionales

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

La Conferencia Sectorial de Drogas facilita la cooperación entre el Gobierno central y las administraciones de las comunidades y ciudades autónomas. Presidida por la Ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, incluye representantes de la Administración central y comisarios de las comunidades autónomas. La Comisión Interautonómica de Drogas está presidida por la Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y está compuesta por los Subdirectores Generales de la Delegación y las personas responsables de los Planes Autonómicos de Drogas. En cada una de las 17 comunidades autónomas y en las dos ciudades

autónomas (Ceuta y Melilla) existe un Consejero o Consejera en materia de drogas. Estos se comunican con la Delegación del Gobierno mediante su participación en la Comisión Interautonómica y la Conferencia Sectorial, y cada uno dispone de una organización responsable del Plan de Drogas de la comunidad autónoma.

2. Gasto público

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

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

Existe un estudio que ha realizado una estimación del gasto total relacionado con las drogas en España en 2012. Durante ese año, el gasto total relacionado con las drogas fue de entre 1 201 y 1 415 millones de euros, lo que supone entre el 0,12% y el 0,14% del Producto Interior Bruto (PIB). Aproximadamente el 60 % se destinó a iniciativas de reducción de la demanda, mientras que cerca del 40 % a la reducción de la oferta.

Se estima que en 2016, se dedicó un total de 317,36 millones de euros del gasto público al gasto relacionado con las drogas, lo que supone el 0,03 % del PIB. Un tercio corresponde al gasto del Gobierno central, mientras que el resto a las comunidades y ciudades autónomas, responsables de proporcionar la atención médica.

3. Legislación sobre drogas y delitos relacionados con las drogas

Legislación nacional en materia de drogas

En España, el consumo o la tenencia de drogas en lugares públicos se considera una infracción grave, punible con sanciones administrativas, de multas de 601 a 30 000 euros (Artículo 36 de la Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana). En el caso de los menores, la sanción puede suspenderse si el delincuente acude voluntariamente a tratamiento, rehabilitación o actividades reeducativas.

Los delitos y penas por tráfico de drogas están tipificados en los artículos 368-378 del Código Penal. Las sanciones dependen de la gravedad del daño a la salud asociado con el tipo de droga y de cualquier circunstancia agravante o mitigante que pueda existir, como la venta a menores o la venta de grandes cantidades. Se pueden aplicar penas de prisión de uno a tres años si las drogas implicadas no causan un daño grave a la salud (como el cannabis), y de entre tres y seis años si lo causan (como la heroína o la cocaína). Si además existen circunstancias mitigantes o agravantes, las penas pueden reducirse o ascender hasta los 18 años de cárcel. Todos los casos comportan asimismo una multa y las sustancias, los instrumentos vinculados al delito y las ganancias son objeto de decomiso. Cabe también la posibilidad de decretar la inhabilitación para la profesión y tanto las personas jurídicas como las físicas pueden ser castigadas. De acuerdo con el artículo 376, las penas de prisión (de hasta cinco años) podrán verse reducidas si el infractor, siendo drogodependiente en el momento de la infracción, acredita la finalización de un tratamiento de desintoxicación. En lo relativo a los “clubs sociales de cannabis”, en 2015, el Tribunal Supremo estableció claramente que “el cultivo y distribución organizada, institucionalizada y con vocación de persistencia en el tiempo de cannabis entre los miembros de una Asociación y abierto a nuevas incorporaciones está considerado tráfico de drogas”. Se han declarado inconstitucionales los intentos regionales de regular estos clubs.

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

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



Nota: Datos del año 2017.

Infracciones de la legislación sobre drogas

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

En España, a la gran mayoría de infractores de la legislación se les imputa por posesión de drogas, según la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana, mientras que una minoría es imputada por cultivo, preparación o fabricación o delitos de tráfico ilegal según el Código Penal. En 2017, en 8 de cada 10 casos, las infracciones estuvieron asociadas con el cannabis.

Infracciones e infractores de la legislación sobre drogas en España



Nota: Datos del año 2017.

4. Consumo de drogas

Prevalencia y tendencias

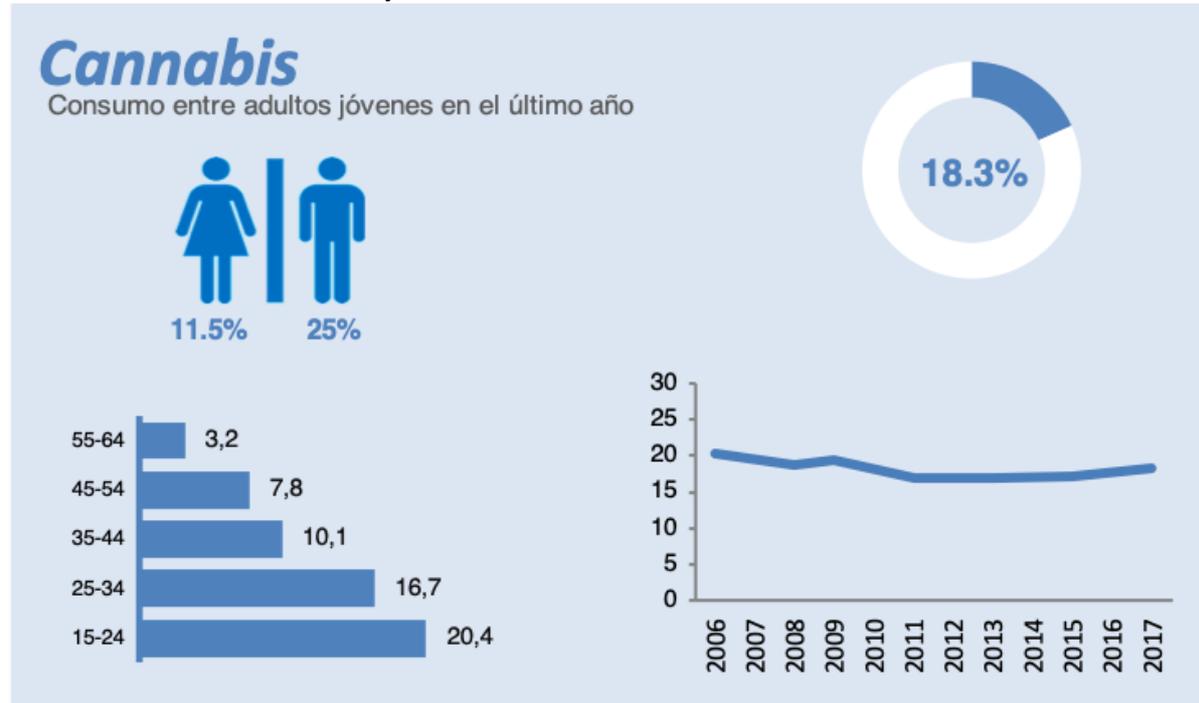
La prevalencia del consumo de sustancias ilícitas en España se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los últimos años: alrededor de un tercio de la población adulta admite haber consumido en algún momento de su vida alguna sustancia ilícita. El cannabis es la droga más común y su consumo se concentra entre los adolescentes y los adultos menores de 35. La prevalencia de consumo de las drogas ilícitas más consumidas (cannabis y cocaína) mostró una tendencia decreciente hasta 2017, cuando se registró un incremento en ambas sustancias. El consumo de sustancias ilícitas sigue siendo más común entre hombres que entre las mujeres.

En 2017, 1 de cada 100 adultos entre 15 y 64 años informaron haber consumido nuevas sustancias psicoactivas. La mayoría de los consumidores de este tipo de sustancias eran hombres jóvenes con un patrón de policonsumo (con otras sustancias psicoactivas legales e ilegales).

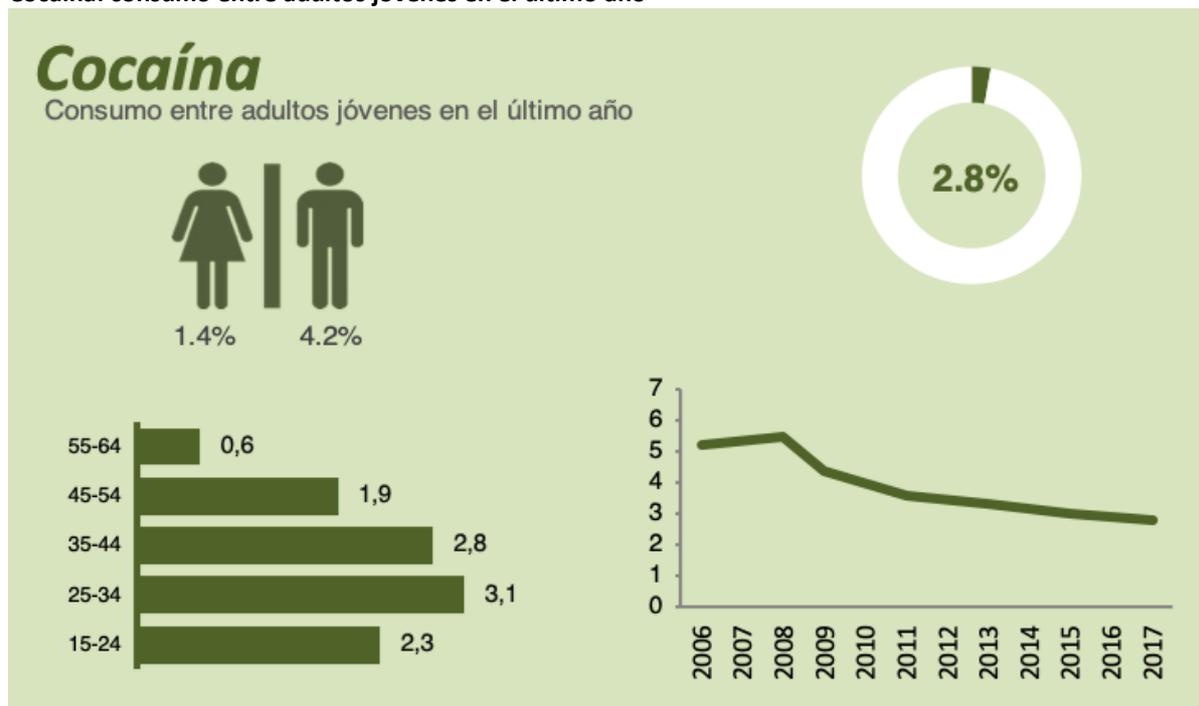
Barcelona, Castellón, Madrid, Santiago y Valencia participan en las campañas anuales de aguas residuales llevadas a cabo por la red europea de análisis de las aguas residuales (Sewage analysis Core Group — Europe [SCORE]). Este estudio proporciona información sobre el consumo de drogas a nivel municipal, basándose en los niveles de drogas ilícitas y sus metabolitos encontrados en las aguas residuales. Los resultados del estudio de 2018 sobre drogas estimulantes revelaron niveles altos de metabolitos de cocaína en las muestras de agua residual de las cinco ciudades estudiadas, superiores incluso a los niveles de otras ciudades europeas participantes. Además, Barcelona registró un incremento en los residuos de MDMA/éxtasis, anfetaminas y metanfetaminas entre 2011 y 2018. Entre las ciudades estudiadas existe un patrón común: el incremento del consumo de cocaína y MDMA los fines de semana.

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

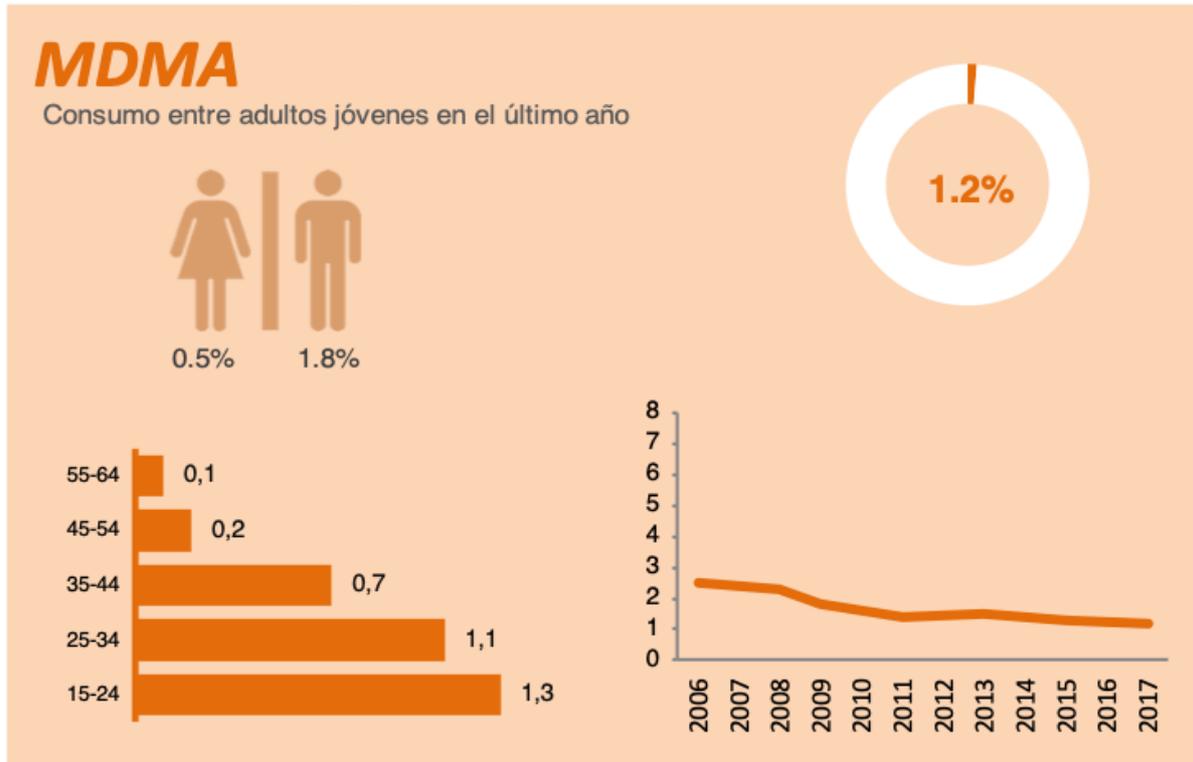
Cannabis: consumo entre adultos jóvenes en el último año



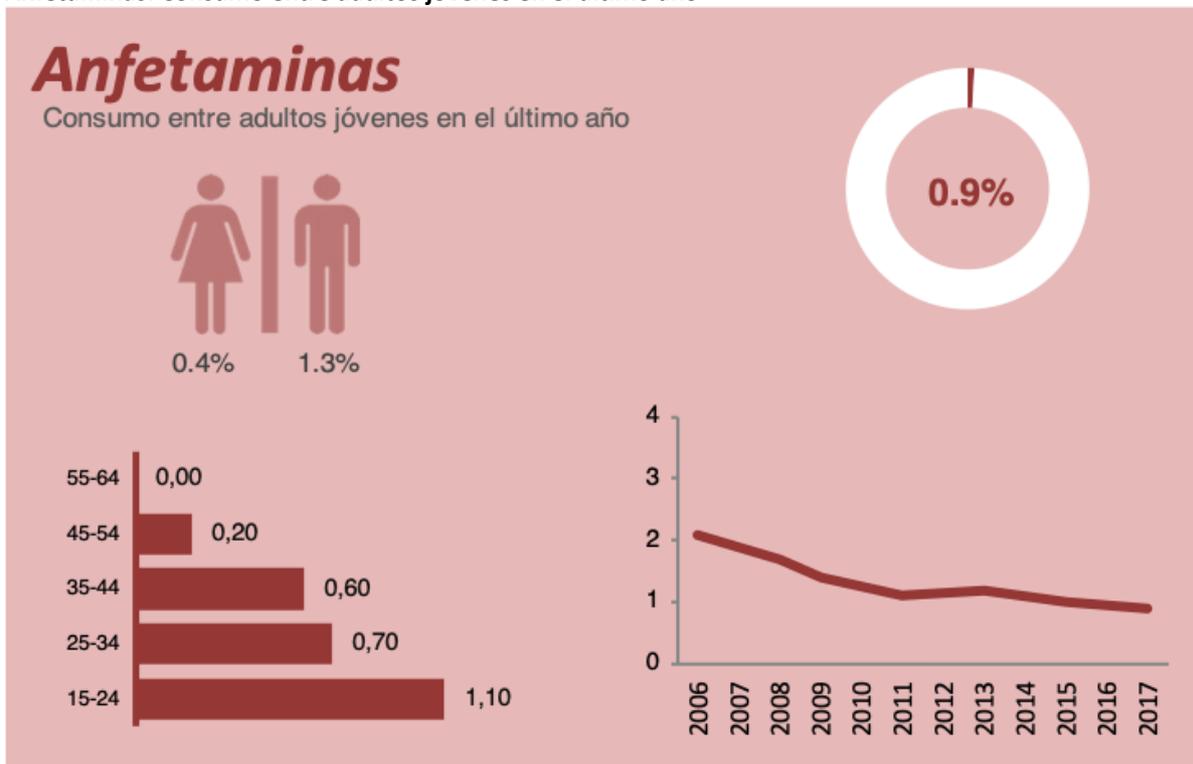
Cocaína: consumo entre adultos jóvenes en el último año



Éxtasis: consumo entre adultos jóvenes en el último año

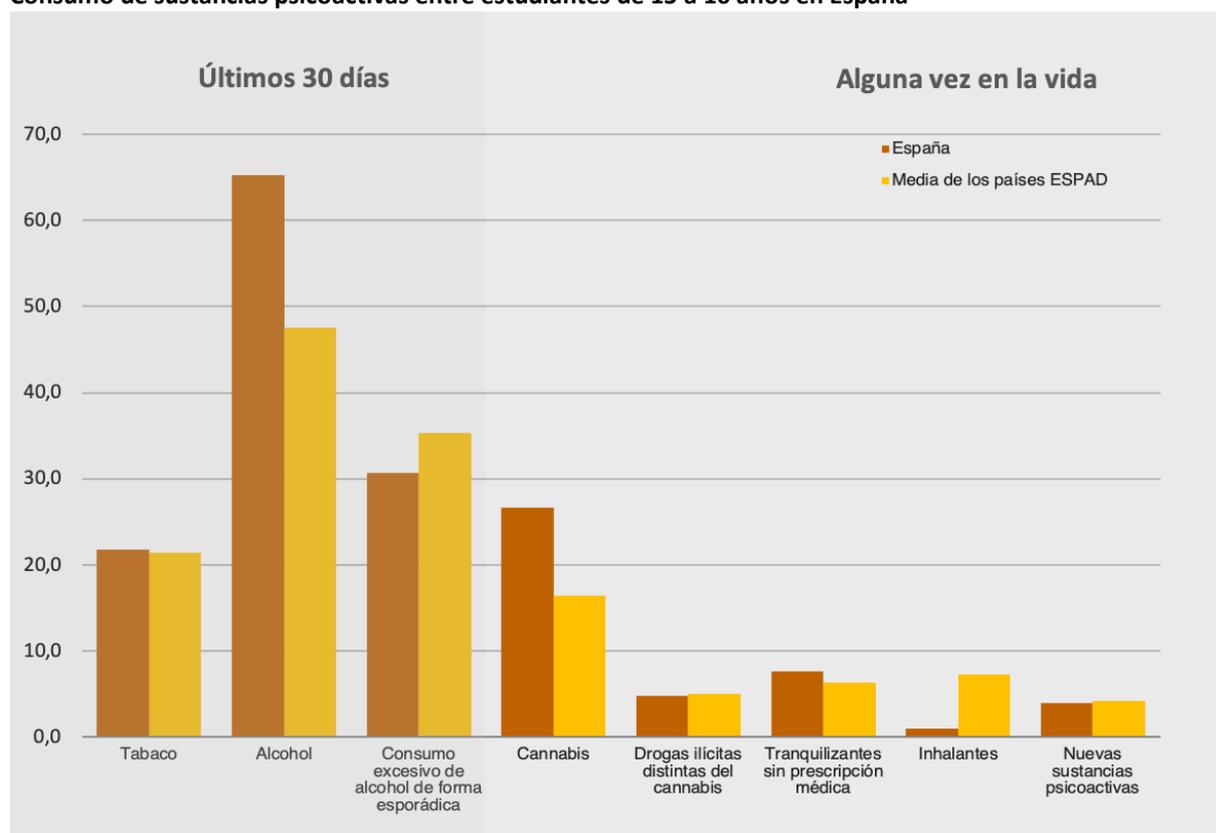


Anfetaminas: Consumo entre adultos jóvenes en el último año



Nota: Estimación de la prevalencia del consumo de drogas en el último año en 2017 en España.

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



Fuente: ESTUDES (2014) y ESPAD 2015.

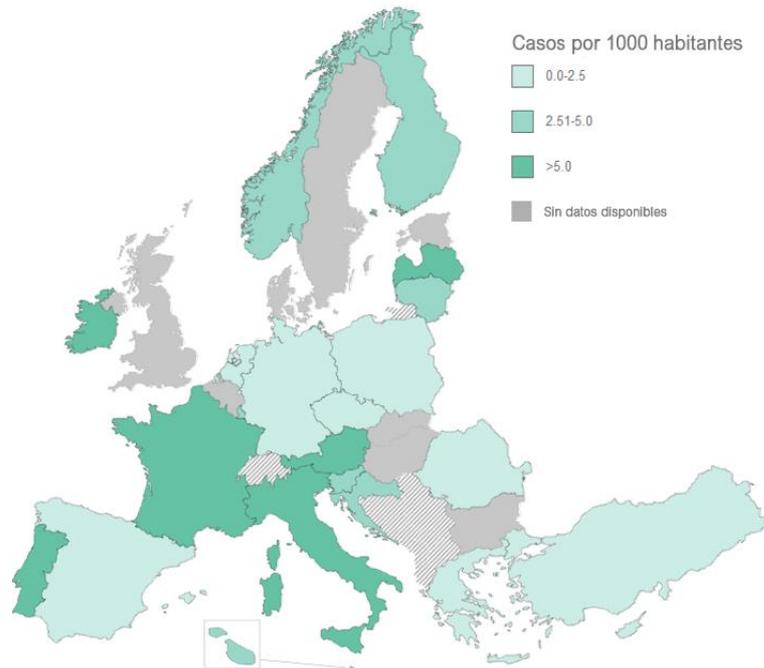
Consumo de alto riesgo de drogas y tendencias

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

En España, la heroína sigue siendo la droga principal relacionada con las consecuencias sanitarias y sociales más graves, como las infecciones relacionadas con las drogas. El número estimado de consumidores de alto riesgo de heroína ha presentado una tendencia decreciente desde 2010 hasta la última estimación de 2016. Se estima que el consumo de drogas por vía inyectada fue de 0,41 por 1 000 en 2016.

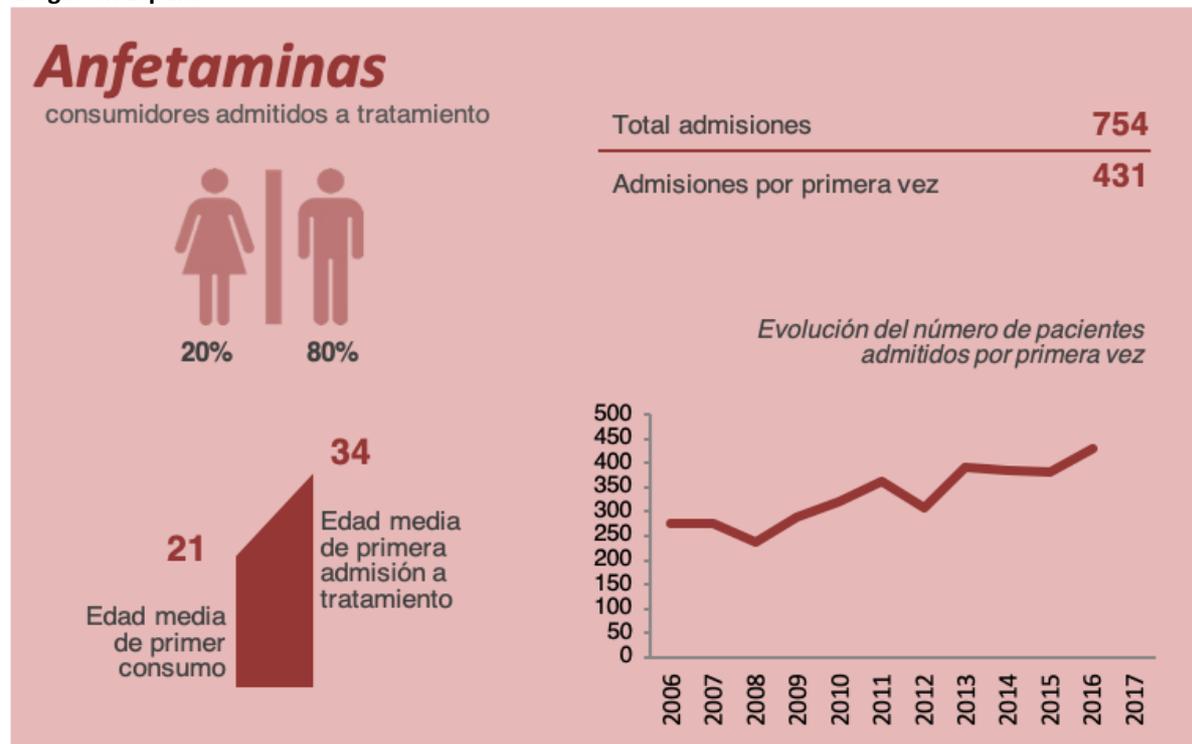
Los datos de los centros de tratamiento especializados indican que la cocaína sigue siendo la sustancia psicoactiva que causa el mayor número de admisiones a tratamiento. El número de admisiones que presentan consumo de cocaína como droga principal ha crecido en 2015 y 2016, después de un largo periodo de descenso. Solo una pequeña proporción de los consumidores de cocaína ha afirmado que consume drogas por vía inyectada. Otros datos de estos centros apuntan a que, pese a crecer de manera sustancial hasta 2013, el número de admisiones que reportan cannabis como droga principal se ha visto reducido desde entonces.

Estimaciones nacionales de la prevalencia del consumo de alto riesgo de opioides en el último año (tasa por cada 1 000 habitantes)

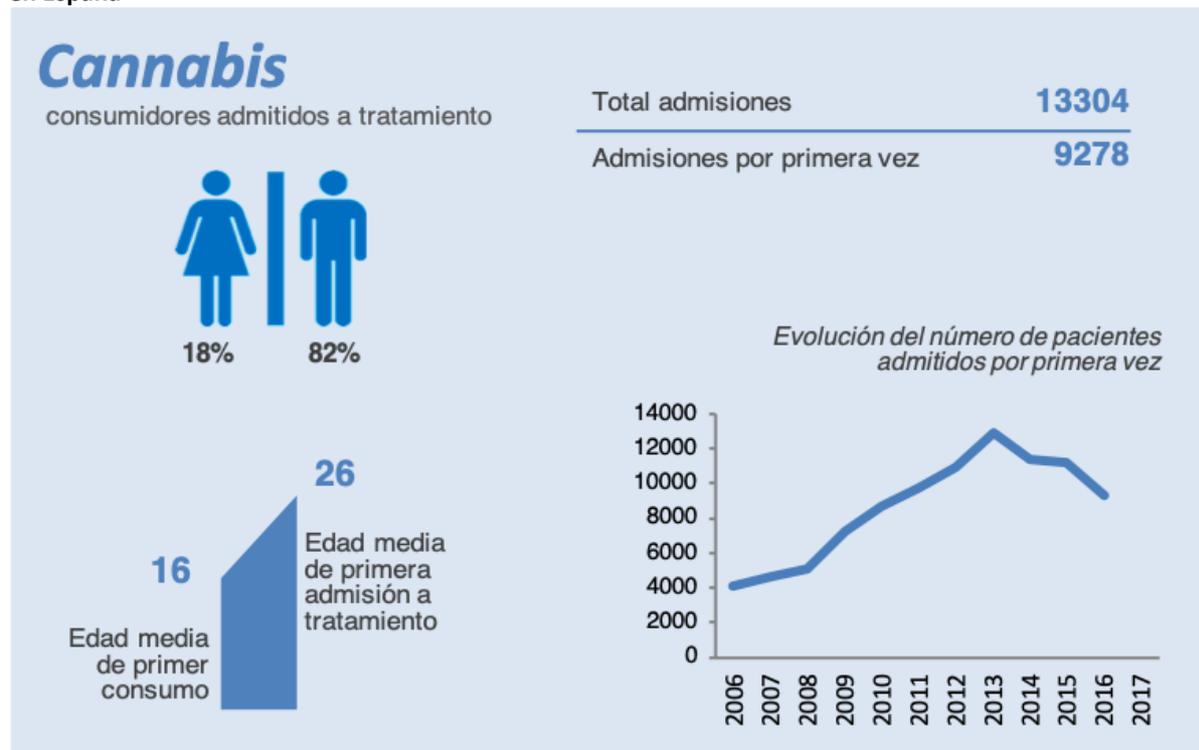


Nota: Datos del año 2017 o último año disponible.

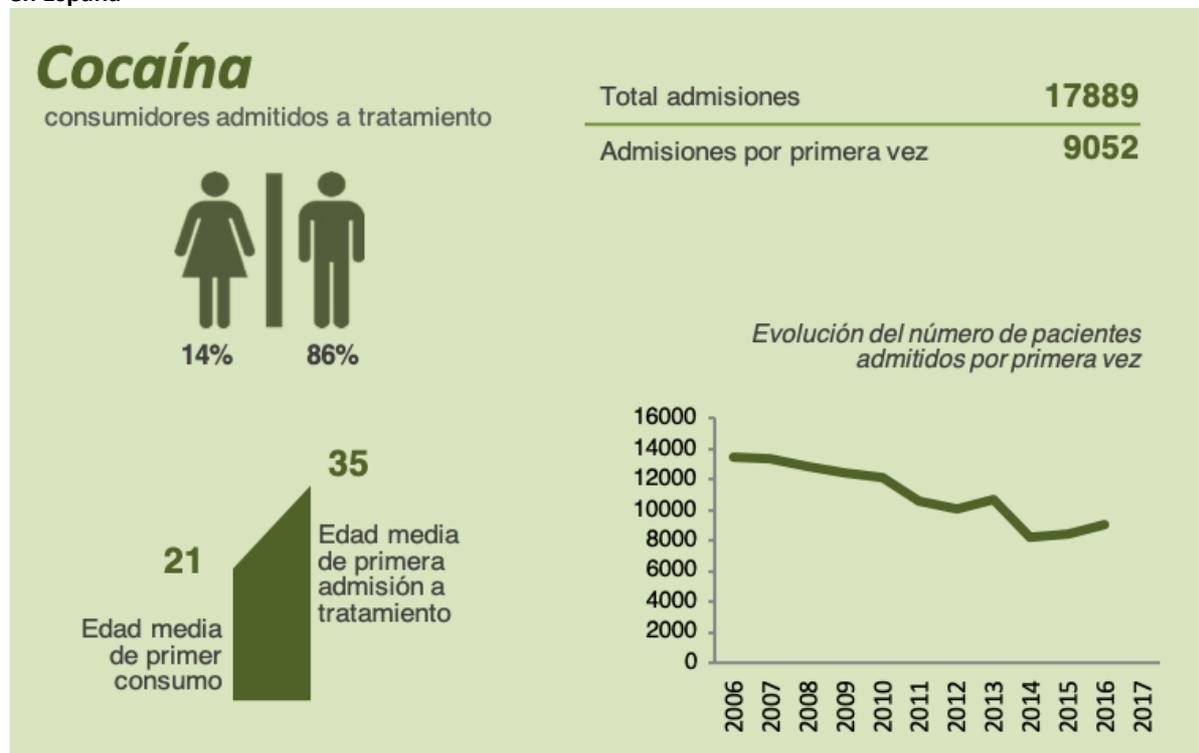
Anfetaminas: características y tendencias de los consumidores admitidos a tratamiento por consumo de drogas en España



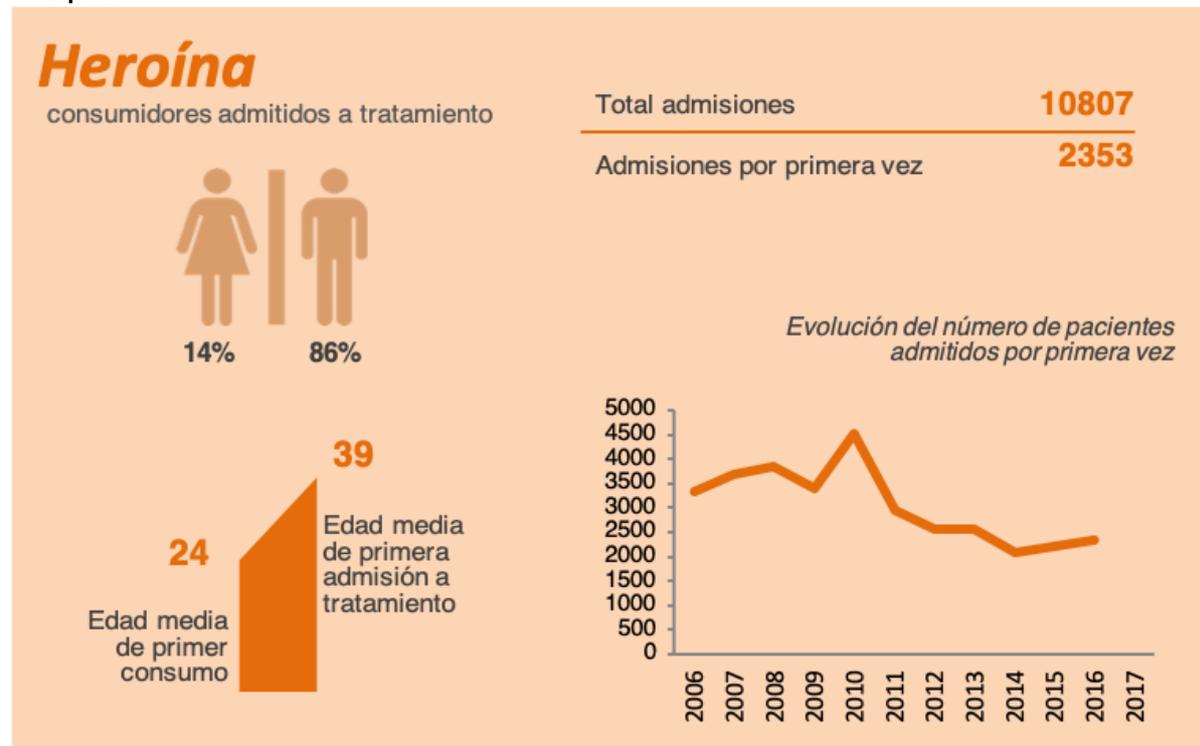
Cannabis: características y tendencias de los consumidores admitidos a tratamiento por consumo de drogas en España



Cocaína: características y tendencias de los consumidores admitidos a tratamiento por consumo de drogas en España



Heroína: características y tendencias de los consumidores admitidos a tratamiento por consumo de drogas en España



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

5. Daños por consumo de drogas

Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

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

En España, se recoge información de manera rutinaria a nivel nacional sobre infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la hepatitis B (VHB) entre consumidores de drogas inyectables (CDI) mediante los centros de tratamiento y prisiones y se basa en el resultado de los exámenes serológicos de aquellos que hayan consumido drogas inyectables alguna vez en su vida. En 2016, tres cuartas partes de los pacientes conocían su estado serológico frente al VIH o VHC, mientras que solo un tercio conocían su estado de VHB. Aunque aproximadamente un tercio de los CDI admitidos a tratamiento en España en 2016 que conocían su estado serológico eran VIH positivos (prevalencia), la incidencia de la infección por VIH (nuevos casos diagnosticados) se mantuvo baja en 2017.

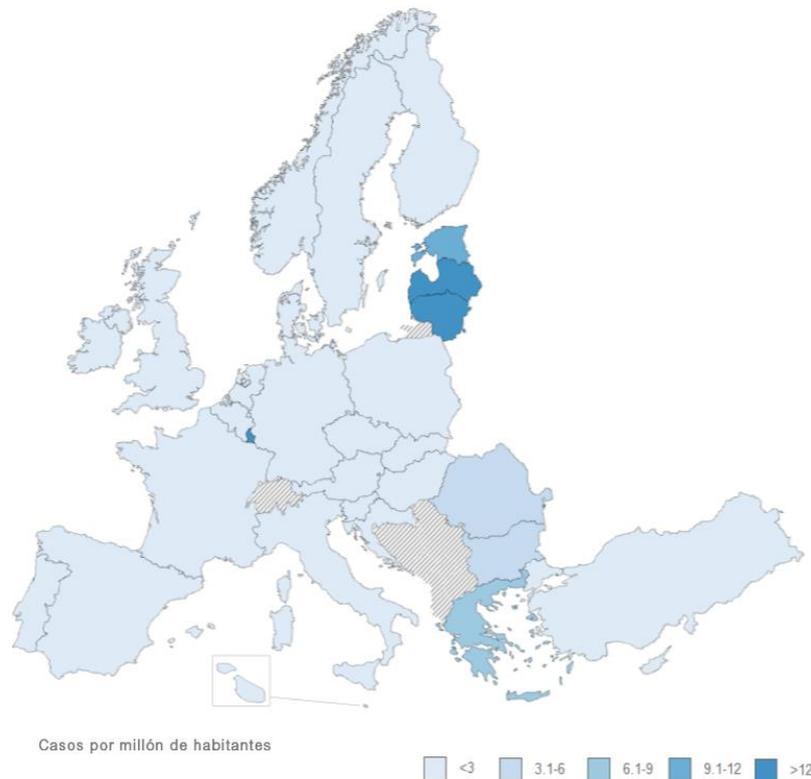
Un reciente estudio de cohorte afirma que casi las tres cuartas partes de los CDI son VHC positivos (determinado por la presencia de anticuerpos VHC). En lo relativo al VHB, alrededor de uno de cada ocho consumidores admitidos a tratamiento que conocían su estado serológico indicaron que eran VHB positivos (HBs Ag), esto es, enfermos crónicos portadores del virus de la hepatitis B.

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



Nota: Datos del año 2016.

Nuevos diagnósticos de VIH atribuidos al consumo de drogas inyectables



Nota: Datos del año 2017. Fuente: Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (www.ecdc.europa.eu).

Urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas

La información sobre las urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas en España proviene del Plan Nacional sobre Drogas, que realiza un seguimiento de las urgencias hospitalarias causadas directamente por el consumo no médico de sustancias psicoactivas entre adultos de 15 a 54 años. En 2016, se notificaron 4565 urgencias relacionadas con el consumo de drogas, el nivel más bajo registrado en los últimos 12 años. La cocaína fue la sustancia más frecuentemente notificada como la causa de los episodios de urgencias, seguida del cannabis. La proporción de urgencias relacionadas con la heroína se redujo a una cuarta parte desde 2000. Las anfetaminas y el MDMA/éxtasis fueron causas menos comunes de urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas en España en 2016.

Defunciones inducidas por drogas y Mortalidad

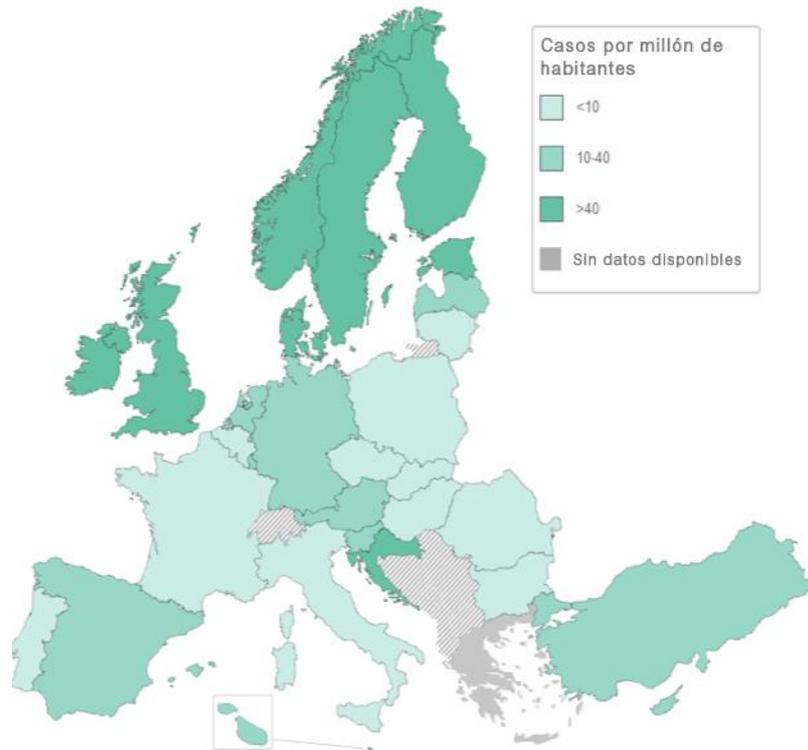
Se entiende por defunciones inducidas por drogas aquellas muertes que se pueden atribuir directamente al consumo de drogas ilícitas (por ejemplo, en intoxicaciones y sobredosis).

Los datos de 2016 extraídos del Registro General de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) muestran un incremento del número de defunciones inducidas por drogas, llegando al nivel más alto desde 2008.

De acuerdo con los resultados toxicológicos (del Registro Específico de Mortalidad), en 9 de cada 10 casos, se detectó la presencia de más de una sustancia psicoactiva, lo que indica que

el policonsumo sigue siendo común en España. Los opioides, seguidos de la cocaína, se identificaron en la mayoría de las defunciones. La tasa de mortalidad inducida por drogas entre adultos (de 15 a 64 años) fue de 16 muertes por millón en 2016.

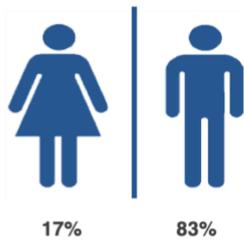
Tasas de mortalidad inducida por las drogas entre adultos (15-64 años)



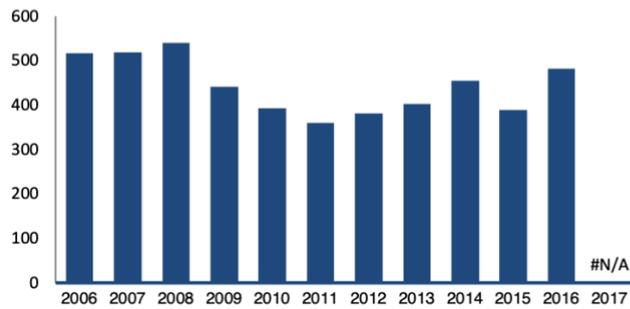
Nota: Datos del año 2017 o último año disponible. Las comparaciones entre países deben interpretarse con cautela debido a la falta sistemática de datos en algunos países, los diferentes sistemas de información y los procesos de definición y registro de casos. Los datos correspondientes a Grecia incluyen todas las edades.

Características y tendencias de las muertes relacionadas con las drogas en España

Distribución por género

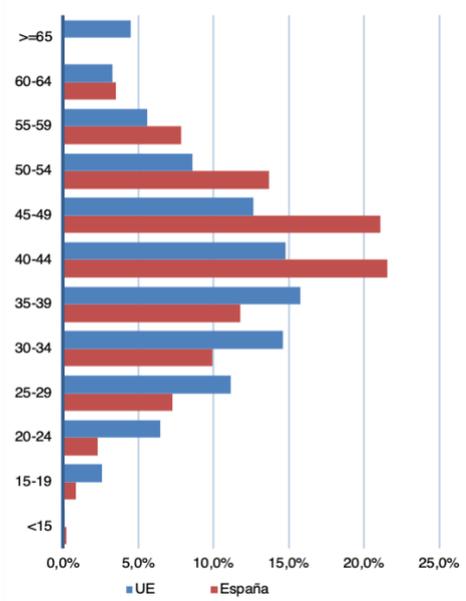


Evolución del número de muertes relacionadas con las drogas



Nota: Datos del año 2016.

Distribución por edad de las muertes en 2016



6. Prevención

En España la prevención es una de las prioridades de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, que proporciona un marco organizativo y financiero a nivel nacional y a nivel autonómico mediante planes de drogas comunitarios y municipales. Los programas comunitarios también pueden recibir financiación a partir de los fondos obtenidos por bienes incautados a aquellos condenados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados y, ocasionalmente, de fundaciones. La nueva Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 se articula en torno a dos objetivos principales: (i) una Sociedad más sana y mejor informada; y (ii) una sociedad más segura. Los objetivos de prevención, incluidos en el primero, incluyen la reducción de la visibilidad y la promoción, la limitación a su acceso y la reducción de la percepción de normalidad.

Intervenciones de prevención

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

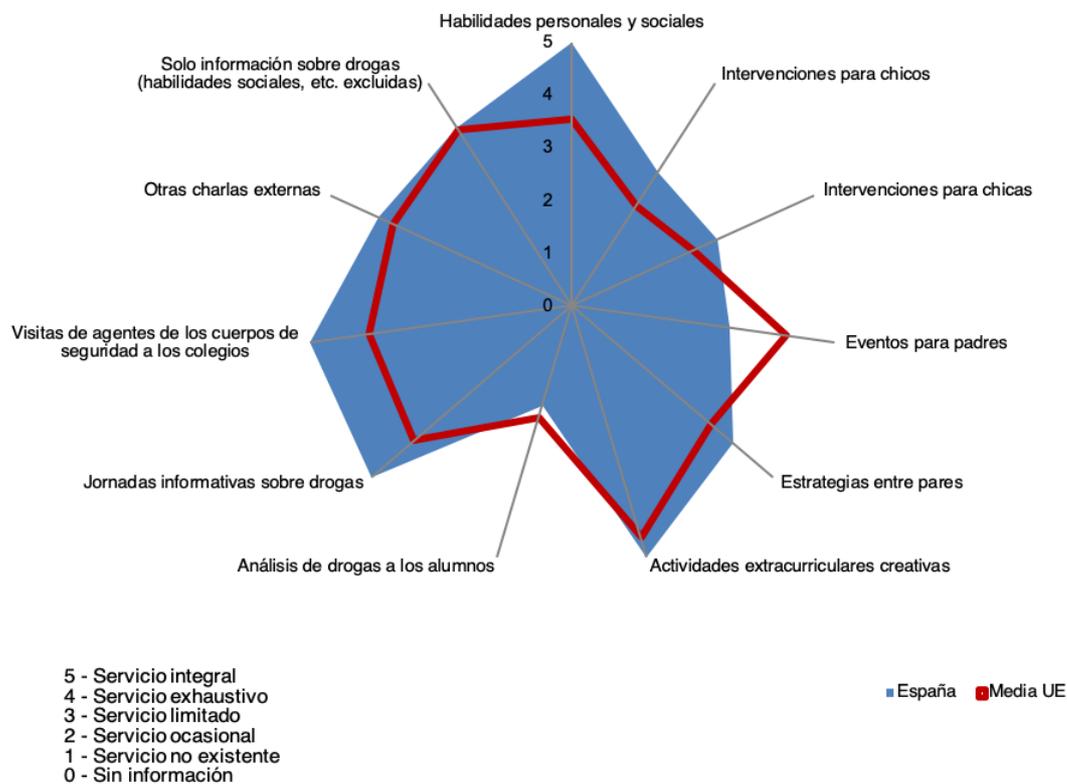
En España, las medidas de prevención medioambientales son responsabilidad de las comunidades autónomas. Se centran en promover cambios y garantizar la seguridad en el entorno de la noche, abordando la conducción bajo los efectos del alcohol y previniendo el consumo de alcohol entre menores, aunque también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

En España, la prevención universal se lleva a cabo principalmente dentro del sector educativo y se centra en el desarrollo de competencias y habilidades personales y familiares. En las clases, se utiliza una amplia variedad de programas de prevención basados en manuales. Los Planes sobre Drogas de las Comunidades Autónomas, implementados en colaboración con el sistema educativo, establecen actividades y programas de promoción, implementación y seguimiento de la prevención de drogas. En algunas comunidades y ciudades autónomas, la oferta se centra en algunos programas acreditados; en otras, hay mucha variedad, se utilizan hasta 30 programas diferentes. En los últimos años, se ha fomentado el trabajo comunitario promoviendo las interconexiones de asociaciones de padres. Una característica particular de España es la implementación, en todas las comunidades y ciudades autónomas, de programas de ocio alternativo cuyo objetivo es promover el entretenimiento libre de drogas a menores y jóvenes. En los últimos años, han surgido programas de prevención en universidades que se centran en proporcionar información y concienciación, utilizando métodos de educación entre pares y por sistema online. Los programas llevados a cabo en bares, discotecas y conciertos los realizan mediadores, que trabajan para identificar casos problemáticos, proporcionar información y aconsejar sobre las drogas. Algunas comunidades autónomas han implementado sus propios programas específicos como la Plataforma por un Ocio de Calidad, Q de Calidad y el Programa Dispensación Responsable de Bebidas Alcohólicas.

Las actividades de prevención selectiva se centran en los jóvenes de barrios desfavorecidos y en centros educativos y residenciales específicos. Estas actividades incluyen la atención psicosocial y el desarrollo de habilidades psicoeducacionales. Cada vez hay más programas de ocio alternativos de prevención selectiva dirigidos a menores en situaciones de alto riesgo.

En España, las actividades de prevención indicada se asocian con frecuencia a actividades de prevención selectiva y se centran en jóvenes y en familias vulnerables, que intentan disminuir el riesgo y promocionar factores protectores a nivel individual. Varias comunidades autónomas han organizado actividades de prevención centradas en delincuentes menores de edad con problemas por el consumo de drogas.

Servicios de intervención en España



Nota: Datos del año 2016.

7. Reducción de daños

El enfoque de salud pública ha sido una característica predominante de las políticas sobre drogas de España en los últimos 25 años. La actual Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 incluye entre sus objetivos principales la reducción de daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo. Se busca mantener y ampliar la cobertura de los programas de reducción del daño e integrar la reducción del daño de forma transversal, conectándola con la atención primaria, la salud mental y los servicios para adicciones comportamentales. Además, tanto el cuarto Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por VIH y Otras Infecciones de Transmisión Sexual 2013-2020 como el Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud 2015 identifican a los consumidores de drogas inyectables (CDI) como población prioritaria.

Intervenciones para la reducción de daños

Una amplia red de infraestructuras públicas, incluidos los centros sociales de emergencias, las unidades móviles, las farmacias y las prisiones, ofrecen servicios de reducción de daños y están disponibles en todo España, aunque con distintos perfiles de servicio en las distintas comunidades autónomas.

La mayoría de los programas de reducción de daños incluyen un servicio socio-sanitario que ofrece intervenciones educativas preventivas, agujas y jeringuillas limpias y otros artículos, pruebas analíticas para varias infecciones relacionadas con las drogas, vacunación contra el virus de la hepatitis A y B y tratamiento y asistencia de emergencia para consumidores de drogas inyectables, que normalmente no están en contacto con ninguna intervención de asistencia.

En 2016, los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) distribuyeron más de 1,5 millones de jeringuillas, lo que supone el tercer año de estabilidad tras un largo periodo de descenso que comenzó en 2005. La caída en el número de jeringuillas distribuidas puede ser resultado de la reducción de la prevalencia del consumo de drogas inyectables en España. Existen trece instalaciones para el consumo supervisado de drogas en las comunidades autónomas de Cataluña y País Vasco. En 2016, estas instalaciones atendieron a 3 160 pacientes y distribuyeron más del 7 % de las jeringuillas distribuidas en España (estas instalaciones también operan como grandes centros de reducción de daños).

Disponibilidad de programas de reducción de daños en Europa

País	SCD ¹	TPH ²	PIJ	PND ³
Alemania	Sí	Sí	Sí	Sí
Austria			Sí	
Bélgica	Sí		Sí	
Bulgaria			Sí	
Chipre			Sí	
Croacia			Sí	
Dinamarca	Sí	Sí	Sí	Sí
Eslovaquia			Sí	
Eslovenia			Sí	
España	Sí		Sí	Sí
Estonia			Sí	Sí
Finlandia			Sí	
Francia	Sí		Sí	Sí
Grecia			Sí	
Hungría			Sí	
Irlanda			Sí	Sí
Italia			Sí	Sí
Letonia			Sí	
Lituania			Sí	Sí
Luxemburgo	Sí	Sí	Sí	
Malta			Sí	
Noruega	Sí		Sí	Sí
Países Bajos	Sí	Sí	Sí	
Polonia			Sí	
Portugal			Sí	
Reino Unido		Sí	Sí	Sí
República Checa			Sí	
Rumanía			Sí	
Suecia			Sí	
Turquía				

¹ SCD: Salas de Consumo de Drogas.

² TPH: Tratamiento con Prescripción de Heroína.

³ PND: Programas de Naloxona en Domicilio.

8. Tratamiento

Sistema de tratamiento

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

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

El nivel de atención primaria actúa como puerta de entrada, el nivel secundario proporciona servicios de tratamiento integrado, y las unidades de atención de tercer nivel facilitan una atención muy especializada y a largo plazo. Existe una red específica de atención a la dependencia de las drogas en todo el país. Las prestaciones terapéuticas incluyen las redes de tratamiento ambulatorias y residenciales.

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

La red residencial incluye las unidades de desintoxicación de los hospitales, los apartamentos de apoyo al tratamiento y la reinserción social, las comunidades terapéuticas y los centros penitenciarios. En España, existen una gran variedad de programas y actividades de reinserción social, incluidos (i) programas de ocio y relación social, (ii) programas de formación, (iii) programas y recursos (transitorios y permanentes) de asistencia residencial y (iv) ayudas al empleo.

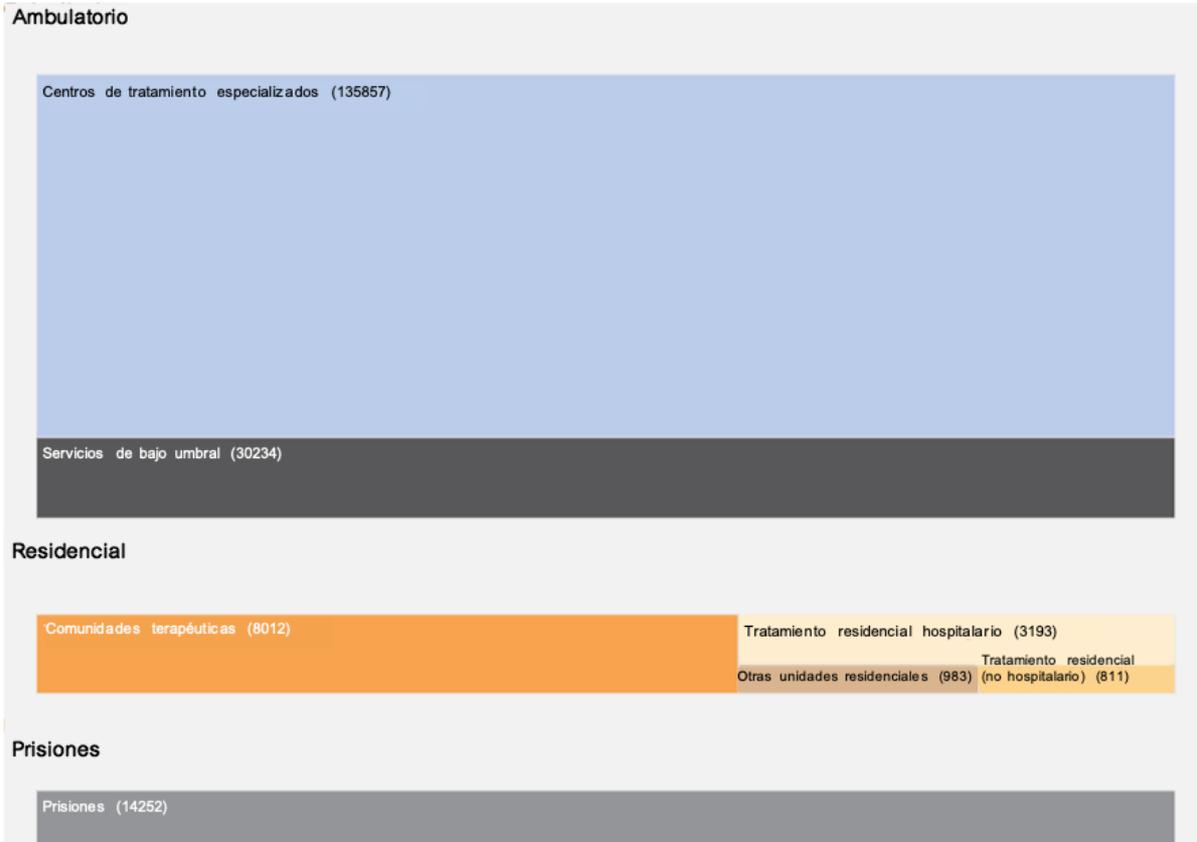
En España, el tratamiento de sustitución de opioides (TSO) está disponible en unos 2 000 centros ambulatorios especializados, otros centros de salud y salud mental, centros residenciales y en prisiones. Las farmacias dispensan la medicación a los pacientes. En 1990 se introdujo y autorizó el consumo de metadona como tratamiento, y éste es gratis para los pacientes. El Servicio Nacional de Salud ofrece medicación con Buprenorfina pero los pacientes en este caso tienen que contribuir al coste de la medicación.

Tratamiento

En España, cerca de 190 000 consumidores de drogas recibieron tratamiento en 2016, la mayoría tratados en contextos ambulatorios. En la última década, el número de pacientes admitidos a tratamiento cada año ha sido de entre 47 000 y 53 000. Los consumidores de heroína siguen siendo el mayor grupo que recibe tratamiento por drogas en España, muchos de los cuales reciben TSO desde hace tiempo. La cocaína es la droga principal más común entre los pacientes admitidos a tratamiento. La tendencia a largo plazo indica que la proporción de personas que comienzan tratamiento como resultado del consumo de heroína decreció hasta 2013 y se encuentra estable desde entonces. Se ha notificado un incremento del número de admisiones a tratamiento por cocaína en 2015 y 2016.

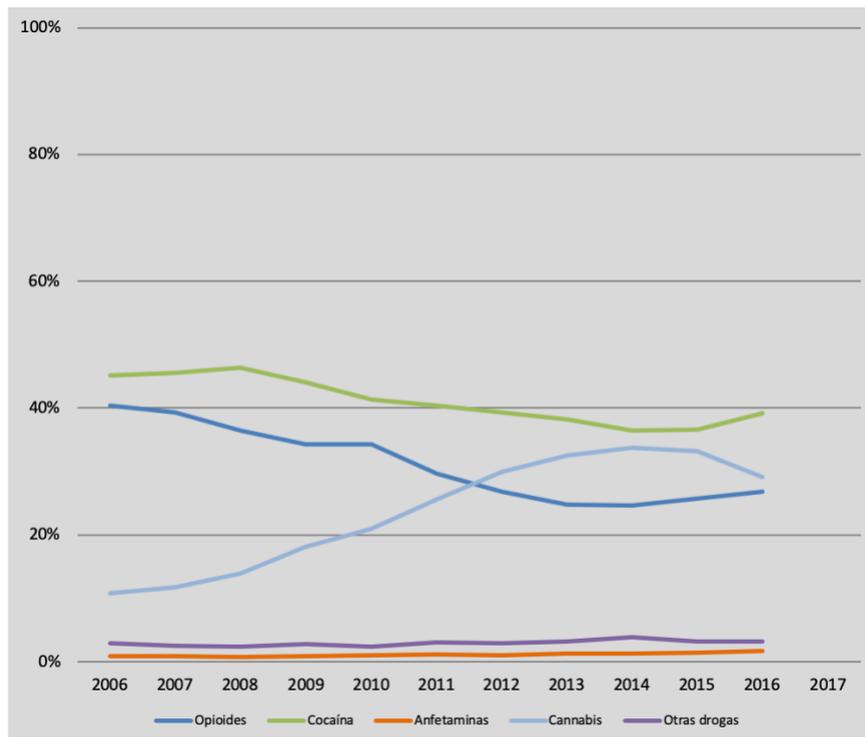
El tratamiento de mantenimiento con metadona sigue siendo la forma más frecuente de TSO, mientras que la combinación de buprenorfina y naloxona se utiliza principalmente a dosis bajas para las personas que están estables con metadona. En 2016, en España se prescribió TSO a 58 500 personas. Desde 2002 se ha observado una tendencia decreciente en el número de personas que reciben TSO en España, lo que coincide con otros datos que indican un descenso general del número de consumidores de heroína en las últimas dos décadas.

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

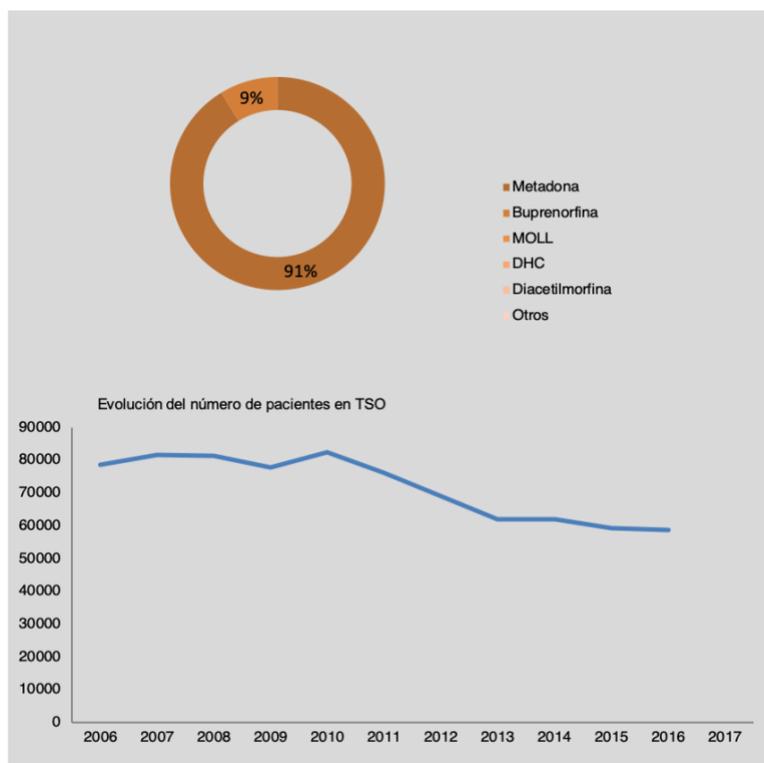


Nota: Datos del año 2017.

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



Porcentaje y evolución del número de personas en tratamiento de sustitución de opioides, mediante medicación en España



Notas:
 Datos del año 2016
 TSO: Tratamiento Sustitutivo de Opioides.
 MOLL: Morfina Oral de Liberación Lenta
 DHC: Dihidrocodeína

9. Consumo de drogas y respuestas en el ámbito penitenciario

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior es la responsable administrativa de los centros penitenciarios en España, excepto en Cataluña. La asistencia sanitaria en prisión es responsabilidad del Ministerio del Interior, salvo en Cataluña y el País Vasco que la proporcionan los servicios de salud de dichas comunidades autónomas. Cuando se ingresa en prisión, se evalúa la salud física y mental de la persona detenida, lo que incluye una evaluación del consumo de drogas y problemas relacionados con las mismas, enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas y riesgo de suicidio. Después de esta evaluación, se establece un plan de tratamiento.

La encuesta de 2016 sobre el consumo de drogas entre las personas internas en España incluyó algunas de las preguntas de la Encuesta Europea sobre Consumo de Drogas en internados en instituciones penitenciarias e indicó que alrededor del 40 % de las personas internas había consumido cannabis durante los 30 días previos a su entrada en prisión; la cocaína y la heroína fueron las siguientes drogas más usadas. Alrededor del 6 % de los internos se había inyectado alguna sustancia ilícita durante el mismo periodo; la heroína, la heroína combinada con cocaína y la cocaína fueron las drogas más frecuentemente inyectadas. Alrededor del 20 % admitieron el consumo de cannabis en prisión, mientras que el consumo de otras drogas es menos frecuente. La mayoría de los encuestados presentaban un patrón de policonsumo antes de entrar en prisión. Alrededor del 27 % de quienes habían consumido drogas inyectables en prisión eran VIH positivos y el 70 % eran VHC positivos; un tercio presentaban coinfección por VHC y VIH. En 2016, hubo más de 200 casos de sobredosis en prisión.

En todas las prisiones existen programas de prevención y educación sanitaria e incluyen asesoramiento, tratamiento por consumo de drogas y medidas de reducción del daño. El tratamiento a consumidores de drogas en prisión se proporciona en colaboración con varios servicios penitenciarios (salud, psicológico, seguridad, etc.), y en coordinación con los servicios disponibles fuera de la prisión. Existen programas de desintoxicación que se pueden llevar a cabo de forma ambulatoria, en un centro de día o en un módulo terapéutico. En las prisiones españolas se ofrece el tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM). En 2017, casi 8 000 internos recibieron TMM y un cuarto de ellos lo recibió en combinación con ayuda psicosocial.

Las medidas de reducción del daño disponibles en las prisiones españolas incluyen la prevención, vacunación y tratamiento de enfermedades infecciosas (VIH y hepatitis), programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) y la distribución de condones, desinfectante y papel de aluminio. En España existen desde 1997 los PIJ y están disponibles en 47 centros penitenciarios. Este número ha disminuido en los últimos años, junto con la reducción del número de consumidores de drogas inyectables y la consecuente caída de la demanda. Los PIJ en centros penitenciarios recibieron el Primer Premio Europeo a las Buenas Prácticas de Salud en las Prisiones, concedido por la Red Europea de Prisión y Salud de la Organización Mundial de la Salud.

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

10. Garantía de calidad

La nueva Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024 une la evidencia científica, la calidad y la evaluación. Por ejemplo, la calidad y la evidencia constituyen dos de los ocho principios rectores y son una de las seis áreas transversales. Estos principios son objetivos estratégicos dentro de las distintas áreas de acción. Los Planes sobre Drogas/Adicciones de las comunidades autónomas también abordan específicamente la calidad dentro de sus estrategias y planes de acción, sobre todo en los últimos años.

A nivel nacional, no existe un sistema de acreditación de intervenciones para la reducción de la demanda. A nivel autonómico, existen grandes diferencias entre comunidades y áreas de acción. Las comunidades autónomas disponen de criterios de acreditación para la reducción del daño y para el consumo de opioides con fines de reducción del daño. En el ámbito de la prevención, la garantía de calidad está menos sistematizada. A su vez, los criterios de evaluación difieren entre las distintas comunidades.

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

Se han traducido y adaptado los Estándares Europeos de Calidad en Prevención de Drogas y gran parte de los materiales relacionados (cursos de formación, guías de implementación, etc.).

11. Investigación en materia de drogas

En España, la Ley 14/2011 de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación sirve como guía para la implementación de políticas públicas en materia de ciencia, tecnología e innovación, y para la implementación de acciones para fomentar y coordinar la innovación científica y técnica. La Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación 2013-2020 define el alcance general y los objetivos principales, mientras que el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación especifica el número de herramientas operacionales e instrumentos de financiación requeridos para implementar actividades de investigación y desarrollo.

El nuevo Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2017-2020, redactado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, se ha sometido a consulta pública y se implementará mediante cuatro programas. Uno de los programas busca analizar los “retos sociales”, incluida una “Acción Estratégica para la Salud”. Esta acción se gestiona desde la Agencia Estatal de Investigación en acuerdo con el Instituto de Salud Carlos III. Los proyectos se financian mediante los presupuestos generales del Gobierno central, mediante licitaciones o concursos públicos.

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y sus planes de acción sobre drogas detallan el marco de la investigación en materia de drogas. Ponen especial énfasis en la promoción de la investigación sobre drogas y adicciones, la evaluación sistemática de los programas y acciones y el uso de la evidencia disponible en el diseño de las políticas y programas sobre drogas y adicciones. Las áreas de interés prioritarias incluyen la investigación básica clínica, social, epidemiológica y metodológica.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas es responsable de dirigir las actividades de investigación en materia de drogas. El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones recoge, analiza y difunde datos estadísticos y epidemiológicos sobre el consumo de drogas. Además, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas canaliza la financiación para los proyectos de investigación llevados a cabo por centros de I+D públicos y sin ánimo de lucro. Las universidades y las redes de investigación son los principales actores que llevan a cabo investigaciones relacionadas con las drogas. Las revistas científicas nacionales y las webs especializadas son los principales canales para la publicación de las conclusiones de las investigaciones en materia de drogas.

12. Mercados de la droga

Debido a su posición geográfica, España es uno de los países europeos más afectado por el tráfico internacional de drogas, especialmente por el tránsito de resina de cannabis y cocaína a otros países europeos. Anualmente, España notifica de manera frecuente grandes incautaciones de cocaína y resina de cannabis, en términos tanto de número de incautaciones como de cantidades incautadas. La cocaína llega a España principalmente por mar, escondida en contenedores que llegan directamente de los países productores (Colombia y Perú) o a través de otros países de Centro y Sudamérica.

Casi la totalidad de la resina de cannabis incautada en España entra directamente desde Marruecos o por la ruta del Mediterráneo Este, aunque parece que la actividad en esta última está decreciendo. En España también se cultiva hierba de cannabis; existen indicios de que la producción doméstica se ha incrementado desde 2009 y se dirige a satisfacer la demanda local, así como a ser transportada a otros países de la UE.

Históricamente, la heroína venía principalmente de Pakistán por la ruta de los Balcanes, aunque su dominio se ha reducido en los últimos años. En 2017, la mayoría de la heroína se importó de Turquía, Pakistán y Mozambique, bien por contenedores o bien por aire, utilizando mulas. En 2017 se redujo el número de incautaciones y la cantidad de heroína incautada.

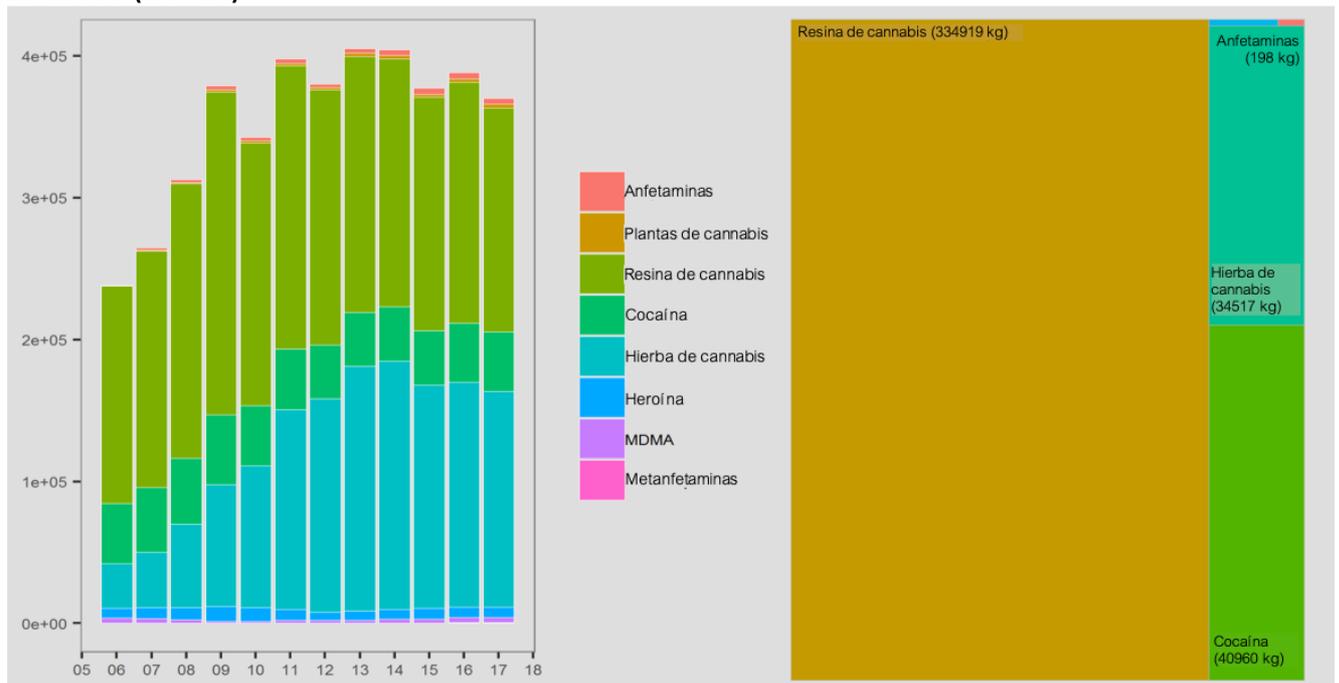
En general, el número de incautaciones ha crecido en la última década, aunque en 2017, se ha notado una reducción. Los productos de cannabis siguen siendo las drogas ilícitas más frecuentemente decomisadas en España. Aunque se ha registrado un descenso generalizado en el número de incautaciones de cannabis en 2017, las cantidades anuales de cannabis incautadas a gran escala han aumentado, tanto para la resina como para la hierba de cannabis. La cocaína sigue siendo la segunda droga más incautada en España, y las cantidades se han incrementado bruscamente en 2017.

Parece que la incautación de drogas sintéticas estimulantes se encuentra estable en España, ya que el número de incautaciones y las cantidades incautadas son parecidas a las notificadas en 2016.

Las acciones para identificar y dismantelar las redes criminales internacionales implicadas en el tráfico de drogas son prioridad para los organismos de seguridad españoles. Se llevan a cabo mediante la intensificación del control de paquetes de drogas en las áreas costeras y los puertos del sur; investigando, descubriendo y confiscando los beneficios del tráfico de drogas; mediante seguimiento de activos e investigaciones sobre el blanqueo de dinero; dificultando la distribución de drogas ilícitas en todo el país; y fomentando la cooperación internacional.

Los datos sobre el precio de venta y la pureza de las principales sustancias ilícitas incautadas se encuentran en la sección “Datos clave”.

Incautaciones de droga en España: evolución del número de incautaciones (izquierda) y cantidades incautadas (derecha)



Nota: Datos del año 2017.

13. Datos clave

Estimaciones y datos notificados más recientes

	Cannabis	Año	España	Mín. UE	Máx. UE
Prevalencia del consumo alguna vez en la vida— colegios (%; fuente: ESPAD)		2015	26.6	6.5	36.8
Prevalencia del consumo en el último año — adultos jóvenes (%)		2017	18.3	1.8	21.8
Prevalencia del consumo en el último año — todos los adultos (%)		2017	11	0.9	11.0
Admisiones a tratamiento totales (%)		2016	29.2	1.0	63.0
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)		2016	40.7	2.3	74.4
Cantidad de hierba de cannabis incautada (kg)		2017	34517	12.0	94 378.7
Número de incautaciones de hierba de cannabis		2017	151968	57.0	151 968.0
Cantidad de resina de cannabis incautada (kg)		2017	334919	0.2	334 919.0
Número de incautaciones de resina de cannabis		2017	157346	8.0	157 346.0
Potencia — hierba (% THC)*		2017	-	0.0	65.6
Potencia — resina (% THC)*		2017	-	0.0	55.0
Precio por gramo — hierba (EUR)*		2017	-	0.6	64.5
Precio por gramo — resina (EUR)*		2017	-	0.1	35.0

*Valores mínimos y máximos registrados.

	Cocaína	Año	España	Mín. UE	Máx. UE
Prevalencia del consumo alguna vez en la vida — colegios (%; fuente: ESPAD)		2015	2.1	0.8	4.8
Prevalencia del consumo en el último año — adultos jóvenes(%)		2017	2.8	0.1	4.7
Prevalencia del consumo en el último año — todos los adultos (%)		2017	2.2	0.1	2.7
Admisiones a tratamiento totales (%)		2016	39.2	0.1	39.2
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)		2016	39.7	0.0	41.8
Cantidad de cocaína incautada (kg)		2017	40960	0.3	44 751.8
Número de incautaciones de cocaína		2017	42206	9.0	42 206.0
Pureza (%)*		2017	-	0.0	100.0
Precio por gramo (EUR)*		2017	-	2.1	350.0

*Valores mínimos y máximos registrados.

Anfetaminas	Año	España	Mín. UE	Máx. UE
Prevalencia del consumo alguna vez en la vida — colegios (%; fuente: ESPAD)	2015	1.3	0.8	6.5
Prevalencia del consumo en el último año — adultos jóvenes (%)	2017	0.9	0.0	3.9
Prevalencia del consumo en el último año — todos los adultos (%)	2017	0.5	0.0	1.8
Admisiones a tratamiento totales (%)	2016	1.7	0.0	49.6
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)	2016	1.9	0.0	52.8
Cantidad de anfetaminas incautada (kg)	2017	198	0.0	1 669.4
Número de incautaciones de anfetaminas	2017	3886	1.0	5391.0
Pureza — anfetaminas (%)*	2017	-	0.1	100.0
Precio por gramo — anfetaminas(EUR)*	2017	-	3.0	156.2

*Valores mínimos y máximos registrados.

MDMA	Año	España	Mín. UE	Máx. UE
Prevalencia del consumo alguna vez en la vida — colegios (%; fuente: ESPAD)	2015	1	0.5	5.2
Prevalencia del consumo en el último año — adultos jóvenes (%)	2017	1.2	0.2	7.1
Prevalencia del consumo en el último año — todos los adultos (%)	2017	0.6	0.1	3.3
Admisiones a tratamiento totales (%)	2016	0.2	0.0	2.3
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)	2016	0.3	0.0	2.9
Cantidad de MDMA incautada (pastillas)	2017	363 138	159.0	8 606 765.0
Número de incautaciones de MDMA	2017	3 569	13.0	6 663.0
Pureza (mg de MDMA por pastilla)*	2017	-	0.0	410.0
Pureza (% de MDMA por pastilla)*	2017	-	2.1	87.0
Precio por pastilla (EUR)*	2017	-	1.0	40.0

*Valores mínimos y máximos registrados.

Opioides	Año	España	Mín. UE	Máx. UE
Consumo de opioides de alto riesgo (tasa/1 000)	2016	2.2	0.5	8.4
Admisiones a tratamiento totales (%)	2016	26.8	4.0	93.4
Admisiones a tratamiento por primera vez (%)	2016	13.3	1.8	87.4
Cantidad de heroína incautada (kg)	2017	524	0.0	17 385.2
Número de incautaciones de heroína	2017	7 283	2.0	12 932.0
Pureza — heroína (%)*	2017	-	0.0	91.0
Precio por gramo — heroína (EUR)*	2017	-	5.0	200.0

*Valores mínimos y máximos registrados.

Enfermedades infecciosas/drogas inyectables/muertes relacionadas con las drogas	Año	España	Mín. UE	Máx. UE
Nuevos diagnósticos de VIH	2017	2.4	0.0	47.8
Prevalencia de VIH entre CDI (%)	2016	31.1	0.0	31.1
Prevalencia de VHC entre CDI (%)	2016	64.4	14.7	81.5
Consumo de drogas inyectables	2016	0.41	0.1	10.0
Muertes inducidas por las drogas	2016	15.7	2.4	129.8

Nota:

Nuevos diagnósticos de infección por VIH relacionados con el consumo de drogas inyectables en personas de entre 15 y 64 años (casos/millón de habitantes; Fuente: Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades).

CDI — consumidores de drogas inyectables.

Prevalencia de VIH y VHC entre CDI.

Consumo de drogas inyectables — en personas entre 15 y 64 años (casos/1 000 habitantes).

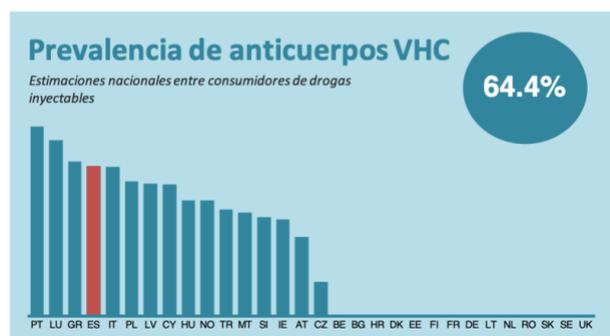
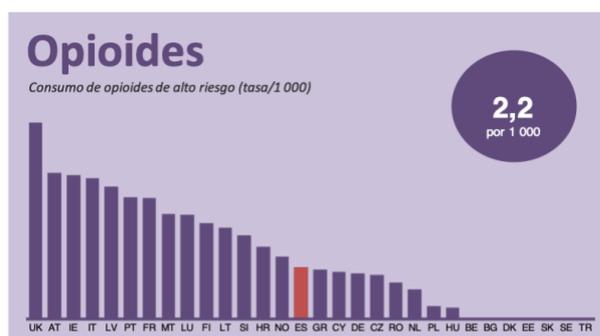
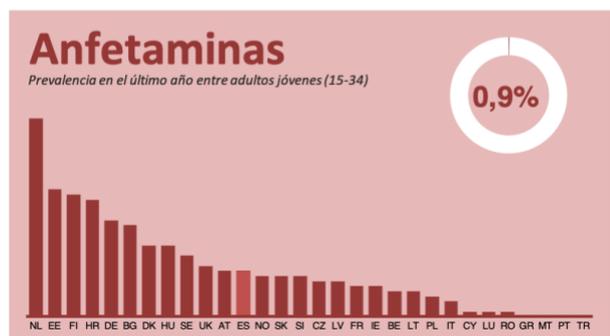
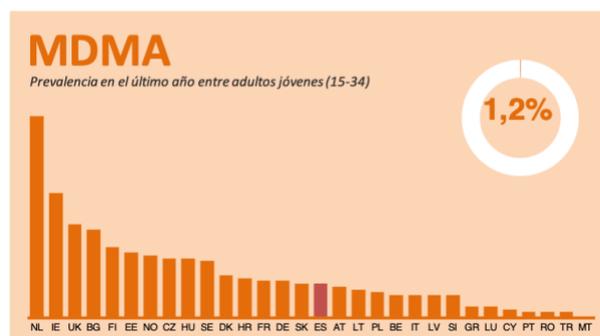
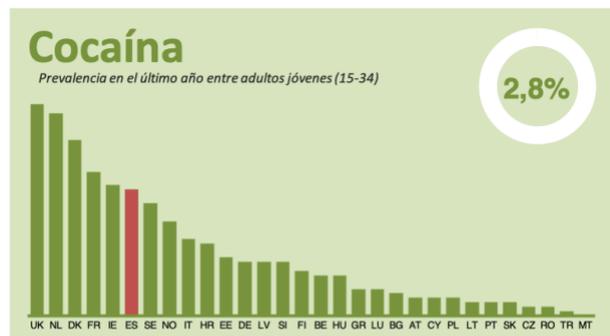
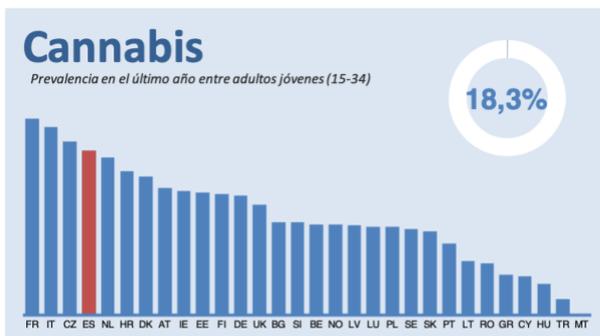
Muertes relacionadas con las drogas — en personas entre 15 y 64 años (casos/millón de habitantes).

Respuestas sanitarias y sociales	Año	España	Mín. UE	Máx. UE
Jeringuillas distribuidas por programas especializados	2016	1 503 111	245	11 907 416
Pacientes en tratamiento de sustitución	2016	58 749	209	178 665

Tratamiento	Año	España	Mín. UE	Máx. UE
Admisiones totales	2016	45 637	179	118 342
Admisiones por primera vez	2016	22 816	48	37 577
Pacientes totales en tratamiento	2016	186 339	1294	254 000

Infracciones de la legislación sobre drogas	Year	Country data	EU min.	EU max.
Número de denuncias de infracciones	2017	389 229	739	389 229
Infracciones por consumo/tenencia	2017	376 282	130	376 282

14. Gráficos de indicadores en España y en la UE



Nota: Se han de interpretar con cautela las comparaciones entre países si se comparan utilizando una única medida ya que, por ejemplo, puede haber diferencias en los métodos de comunicación. En el Boletín Estadístico del EMCDDA puede encontrarse información detallada sobre la metodología y las advertencias y observaciones sobre las limitaciones que plantean los datos disponibles. Los países sin datos disponibles se encuentran en blanco. Prevalencia estimada en el último año entre adultos jóvenes de entre 16 y 34 años en Dinamarca, Noruega y el Reino Unido; entre 17 y 34 años en Suecia; y entre 18 y 34 en Alemania, Francia, Grecia y Hungría.

Contacto

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

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

Plaza de España, 17, 28008 Madrid, España

Tel. +34 91 822 61 21

relinstipnd@mscbs.es

www.pnsd.mscbs.gov.es

