

Problemas de salud y recursos utilizados en reducción de daños asociados al consumo de drogas

M
O
N
O
G
R
A
F
Í
A



2024

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

RESPONSABLES EN LAS COMUNIDADES/ CIUDADES AUTÓNOMAS

ANDALUCÍA

Rosario BALLESTA
Ara MILLÁN
Mónica TENA
Lara FORNOVI
Antonio SUAREZ

ARAGÓN

Carmen BARANGUAN
Laura JOSE

ASTURIAS

José Antonio GONZÁLEZ
Luisa María GONZÁLEZ

BALEARES

Rut SUÁREZ
Elena TEJERA
Ana FERRER

CANARIAS

José Juan ALEMÁN
Nicolás PERDOMO
Ángel RODRÍGUEZ
María del Mar VELASCO
Amelia María HERNÁNDEZ

CANTABRIA

María del Carmen DIEGO
María Antonia RUEDA

CASTILLA-LA MANCHA

Carlos ALONSO
Carmen DE PEDRO

CASTILLA Y LEÓN

Susana REDONDO
Mónica ELÍAS
Alexander VELÁZQUEZ

CATALUÑA

Xavier MAJO
Josep M. OLLÉ
Merchè GOTSSENS

EXTREMADURA

Mercedes CORTÉS
M^a Pilar MORCILLO
José Antonio SANTOS

GALICIA

Silvia SUÁREZ
Sara CERDEIRA
Mercedes LIJÓ
María TAJES
Sergio VEIGA

MADRID

Piedad HERNANDO
M^a del Carmen ÁLVAREZ
Nelva MATA
Andrea TANJADA

MURCIA

Mónica BALLESTA
M^a Dolores CHIRLAQUE
Isabel ROSA
Laura ESCUDERO
Daniel RODRIGUEZ

NAVARRA

Raquel GONZÁLEZ

PAÍS VASCO

Elena ALDASORO
Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA
Luis Javier ECHEVARRÍA

LA RIOJA

María FERNÁNDEZ
M^a Gemma CESTAFE

COMUNIDAD VALENCIANA

M^a Jesús MATEU
Francesc J. VERDÚ
Noelia SELLES
Blanca NAVARRO

CEUTA

Miguel Ángel MANCILLA
Ana POSTIGO
Cleopatra R'KAINA

MELILLA

Luisa Fernanda HERMOSO
Juan Luis CABANILLAS

GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)
Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)
Alberto M. DOMÍNGUEZ. Luisa M LÓPEZ. Luz LEÓN. Sandra RAMÍREZ, Begoña BRIME.

Experta Externa del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.
Noelia LLORENS.

Subdirección General de Coordinación de Programas (SGCP)
Carlos BELMAR. Juan Carlos GONZÁLEZ. Jesús MORÁN. Rosario SENDINO.

CONTACTO

Dirección: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plaza de España, 17 - 28008 Madrid

Teléfono: 91 822 00 00

Correo electrónico: cendocupnd@sanidad.gob.es

Internet: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>

EDITA Y DISTRIBUYE

© MINISTERIO DE SANIDAD, 2024
Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-24-114-5

CITA SUGERIDA

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Problemas de salud y recursos utilizados en reducción de daños asociados al consumo de drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad. DGPNSD; 2024. 58 p.

ÍNDICE

Abreviaturas	5
01. Resumen ejecutivo	6
02. Objetivos	7
03. Fuentes de información	7
04. Introducción	8
05. Metodología	11
06. Problemas en salud relacionados con drogas.	15
- Muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas [1]	15
- Toxicología de las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas [1].	16
- Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas [1]	21
- Enfermedades Infecciosas en consumidores de drogas	26
- Nuevos diagnósticos de VIH relacionados con las drogas [1] [6]	29
07. Políticas de reducción de daños	33
- Política de drogas y objetivos de reducción de daños	33
- Organización y financiación de servicios de reducción de daños	36
- Prestación de servicios de reducción de daños	38
- Atención médica integrada en centros de drogodependencia	41
- Integración en la puesta en libertad / transición de la prisión a la comunidad	42
- Disponibilidad, acceso y tendencias de los servicios	44
- Actividades de reducción de daños frente al VIH y VHC	48
- Intervenciones específicas para otros daños a la salud relacionados con las drogas: Conducción [15]	49
- Novedades en las intervenciones de reducción de daños: Chemsex	52
- Reducción de daños en pandemia COVID.	53
- Garantía de calidad de los servicios de reducción de daños	53
Bibliografía	57

Abreviaturas

ATGC	Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIS	Centros de Inserción Social
COVID-19	Enfermedad por Coronavirus 2019 (Coronavirus Disease 2019)
DGPNSD	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
DGT	Dirección General de Tráfico
DRD	Muertes Relacionadas con Drogas
DRID	Enfermedades Infecciosas Relacionadas con Drogas (Drug-related infectious diseases)
EDAP	Encuesta a Profesores de Enseñanzas Secundarias sobre Drogas y otras Adicciones en España
END	Estrategia Nacional sobre Drogas
ESDIP	Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los internados en Instituciones Penitenciarias
HBs Ag	Antígeno de superficie de la hepatitis B
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
INE	Instituto Nacional de Estadística
INTCF	Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses
ISEIDA	Sistema Estatal de Información de Drogas y Adicciones
ITS	Infección de Transmisión Sexual
LGTBIQ+	Lesbianas, Gays, Transgénero y Transexuales, Intersexuales, Queer y otras minorías.
OEDA	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones
ONG	Organización No Gubernamental
PDU/HRDU	Usuarios de Drogas Problemáticos o de Alto Riesgo (problem drug use/high-risk drug use)
PID	Personas que se Inyectan Drogas
PIJs	Programas de Intercambio de Jeringuillas
PNSD	Plan Nacional sobre Drogas
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Salud
VHB	Virus hepatitis B
VHC	Virus Hepatitis C
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

01 Resumen ejecutivo

El consumo de drogas conlleva una serie de problemas significativos para la salud, pudiendo desembocar, en casos extremos, en la muerte. Durante el año 2021, se registraron 1.046 defunciones atribuidas a la reacción adversa a sustancias psicoactivas, principalmente asociadas al consumo de opioides. Asimismo, se estudió una muestra de 6.209 episodios de urgencias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga, que mostró que el cannabis y la cocaína son las sustancias las más frecuentemente implicadas en estos episodios de urgencias. En lo que respecta a las enfermedades infecciosas, la inyección de drogas (1,6%) representó la tercera causa atribuible para contraer VIH. En admitidos a tratamiento que usaron la vía inyectada en los últimos 12 meses; se observa tendencia descendente en las prevalencias; siendo en 2021; de 34,2% para VIH, 4,0% para portadores crónicos VHB y 43,6% en VHC.

Los servicios destinados a la reducción de daños tienen como objetivo principal reducir los efectos nocivos y los problemas vinculados al consumo de sustancias adictivas. Durante el año 2021, se proporcionó atención a un total de 34.478 individuos, y se distribuyeron 1.208.141 jeringuillas en diversos programas y recursos especializados. Asimismo, se llevaron a cabo actividades específicas como la prestación de servicios de atención médica integrada en centros de drogodependencia, la actuación en centros penitenciarios o los controles de drogas en conductores. Por último, en relación con el patrón de consumo de sustancias emergentes conocido como Chemsex, existe un Grupo de Trabajo en el Ministerio de Sanidad, liderado por el Plan Nacional sobre el SIDA, para abordar este fenómeno.

02 Objetivos

El objetivo general de este informe es ofrecer una visión global de las características, evolución y consecuencias del consumo de drogas, así como de las políticas de reducción de daños, incluyendo recursos y programas, y de las nuevas intervenciones adaptadas a los cambios observados en los patrones de consumo.

Desde el año 2014 la DGPNSD prepara un informe para la EUDA sobre problemas de salud y reducción de daños asociados al consumo de drogas (https://www.euda.europa.eu/topics/harm-reduction_en) y este año se ha editado este informe en español para facilitar su uso y dar mayor difusión a su contenido.

03 Fuentes de información

Se puede consultar Información detallada sobre las fuentes en el siguiente enlace:

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

04 Introducción

Muertes relacionadas con el consumo de drogas [1] [2]:

- ▶ En 2021, se notificaron al Registro Especifico de Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 1.046 defunciones.
- ▶ Los opioides son la sustancia ilegal más presente en las defunciones por reacción aguda a sustancias psicoactivas, seguida de la cocaína, cannabis, anfetaminas y MDMA.
- ▶ Los hipnosedantes son la sustancia legal más presente en las defunciones, aparece normalmente junto con otras sustancias y mayoritariamente en casos de suicidios.
- ▶ Tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína por vía intravenosa, la mortalidad nacional asociada al consumo de drogas experimentó un descenso que se mantiene más o menos estable en los últimos años, con algunos picos que se justificarían por variaciones en mejoras del registro o ampliación de la cobertura.
- ▶ El perfil más frecuente es el de un varón mayor de 45 años, soltero, que no fallece debido al agravamiento de patología previa en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, en cuyo análisis toxicológico aparece más de una sustancia psicoactiva, sin signos de venopunción reciente y en el que no se evidencian signos de suicidio. El porcentaje de fallecidos con signos recientes de venopunción viene mostrando una clara tendencia descendente desde el 2003, situándose en 2021 en el 8,2%.

Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas [2]:

- ▶ En 2021 se recogió una muestra de 6.209 episodios de urgencias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga.
- ▶ El cannabis y la cocaína son las drogas que más episodios de urgencias generan. El resto de las drogas ilegales tienen menos presencia en el total de las urgencias hospitalarias manteniendo una tendencia más o menos estable en los últimos años (2017-2021). Se confirma la tendencia descendente de la heroína, siendo en 2021, responsable del 5,0% de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, el valor más bajo desde que se inició el registro del indicador.

Enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas [2]:

- ▶ En 2021, la cifra de nuevos diagnósticos de VIH atribuibles a la inyección de drogas se sitúa en tercer lugar (1,6%), tras las relaciones sexuales de hombres con hombres (56,3%) y las relaciones heterosexuales (25,4%), mostrando valores bajos y bastante estables en los últimos años.
- ▶ En cuanto a las tendencias de las enfermedades infecciosas en los últimos años (2015-2021), entre los admitidos a tratamiento que utilizaron la vía inyectada en últimos 12 meses y conocen su estado serológico, la infección por VIH ha descendido ligeramente desde el 35,6% en 2020 al 34,2% en 2021. Para las hepatitis, la prevalencia de VHB (portador crónico HBs Ag +) ha bajado del 12,2% en 2015 al 4,0% en 2021, y la prevalencia de VHC ha disminuido del 68,9% en 2015 al 43,6% en 2021.

Recursos para la reducción del daño en consumidores de drogas [3]:

En 2021, los recursos de atención para reducción del daño (Centros de Emergencia Social, Unidades Móviles, y Salas de venopunción, y otros recursos) han atendido a 34.478 personas, esta cifra significa una disminución respecto a 2020 (40.021).

En 2021, los diferentes programas de reducción de daños han repartido 1.208.141 jeringuillas. Esta cifra es sustancialmente inferior a la notificada para 2020 (1.551.973) y supone un 22,2% menos. Desde 2016, se venía observando un aumento en el número de jeringas dispensadas, especialmente en Centros de emergencia social, aumento que en 2020 se vio frenado en relación con la pandemia por COVID19 debido al cierre total o parcial de los dispositivos encargados de los programas de intercambio de jeringuillas. Durante el confinamiento los programas

de intercambio de jeringuillas (PIJs) vieron reducida su actividad. Por tanto, la evolución del número de jeringuillas dispensadas debe contextualizarse y estudiarse detenidamente con las cifras que se presenten en los próximos años una vez recuperada la normalidad en la atención a personas usuarias de estos programas. Adicionalmente, habrá que vigilar la correspondencia con las tendencias de la prevalencia del uso de drogas por vía inyectada.

En 2021, un total de 1.715 personas ingresadas en centros penitenciarios fueron derivadas a centros comunitarios para continuar el proceso terapéutico en su puesta en libertad (condicional, definitiva o provisional).

En el ámbito de la prevención de accidentes de tráfico por consumo de alcohol y otras drogas, en 2021, se han realizado 123.229 controles de drogas a conductores, habiéndose detectado presencia de drogas ilegales en el 39,3% de los mismos [4].

En relación con el nuevo patrón de consumo de sustancias conocido como Chemsex, continúa operativo el Grupo de Trabajo en el Ministerio de Sanidad, liderado por el Plan Nacional sobre el SIDA, con el fin de abordar la situación que se está afrontando en las consultas de los diferentes centros de tratamiento de adicciones sobre este patrón de consumo de alto riesgo, que entre otras tareas ha elaborado dos publicaciones: “Guía abordaje del fenómeno del Chemsex” y “Preguntas y respuestas sobre Chemsex”.

05 Metodología

Muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas (DRD - Drug-Related Deaths)

España dispone, fundamentalmente, de dos fuentes de información que permiten obtener datos sobre mortalidad secundaria al consumo de drogas: Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas, que es responsabilidad del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones y Registro General de Mortalidad, gestionado por el Instituto Nacional de Estadística. Además, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones realiza una estimación a partir de estas fuentes.

A continuación, se resume la metodología de estas dos fuentes de información y de la estimación, conviene aclarar que los datos que se presentan en el apartado Muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas provienen del Registro Especifico de mortalidad, pero en la Web del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones puede encontrarse información detallada de las dos fuentes de información y de la estimación realizada:

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

Registro Especifico de mortalidad

El objetivo del Registro Específico de Mortalidad es recoger información sobre muertes, con intervención judicial, en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas (excepto alcohol y tabaco).

Metodología del Registro específico de mortalidad del Observatorio Español de las drogas y las Adicciones

Este indicador comenzó a funcionar sistemáticamente en 1990, aunque se dispone de información parcial desde 1983. La cobertura poblacional a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2021 han notificado todos los partidos judiciales de todas las comunidades y ciudades autónomas (CCAA), a excepción de Aragón, que ha notificado el 75% de los partidos judiciales. Se estima que la cobertura de este indicador en 2021 es del 99,4% de la población española (89,1% en 2019).

La fuente primaria de información procede de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, institutos anatómicos forenses, médicos forenses y el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, que notifican los datos a la comunidad o ciudad autónoma en la que se encuentran ubicados y éstas envían la base de datos al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones de la DGPNSD.

Se dispone de un protocolo detallado donde quedan descritas las variables a incluir, la manera de hacerlo y los criterios de inclusión y exclusión que puede consultarse en la página Web del Plan Nacional sobre Drogas.

Conviene aclarar que este registro informa sobre todas las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas y no únicamente muertes por sobredosis, no siendo posible desagregarlas. El registro específico de mortalidad por reacción aguda por drogas permite obtener información analítica e identificar las sustancias que estaban presentes en el cadáver. En el análisis toxicológico puede identificarse la presencia de una o más sustancias en una misma autopsia. Asimismo, hay que señalar que no es posible establecer una relación directa entre cada una de las sustancias y la causa de la muerte.

Registro General de mortalidad

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) dispone de un registro de mortalidad general con las causas de muerte clasificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud. El objetivo de este registro es conocer las causas de mortalidad en España, por lo que toda defunción lleva asignado un código.

Metodología del Registro general de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística

Las bases de datos de mortalidad del INE se elaboran en colaboración con las Comunidades/Ciudades Autónomas. La fuente primaria de información son los Registros Civiles que envían,

mensualmente, los boletines de defunción a las delegaciones del INE. La última base de datos de mortalidad disponible a nivel nacional es la del año 2021.

El análisis de la mortalidad se realiza seleccionando los códigos CIE-10 [5]: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, e Y12.

Estimación a partir del Registro Específico de mortalidad y del Registro General de mortalidad

Las dos fuentes de información mostradas hasta el momento (Registro Específico de Mortalidad y Registro General de Mortalidad) tienen algunas limitaciones, por lo que, para tratar de minimizarlas, se realiza una estimación de defunciones a partir de estos dos registros.

El Registro Específico de Mortalidad aporta datos sobre defunciones procedentes de la declaración de las Comunidades/Ciudades Autónomas. A lo largo de la serie histórica, la cobertura ha variado, lo que generó la necesidad de realizar estimaciones que superaran esta limitación.

El Registro General de Mortalidad sí tiene cobertura completa a nivel nacional y, aunque la calidad del registro es buena, es sabido que existe una infranotificación en las defunciones secundarias a drogas.

Por tanto, para estimar el número de defunciones por drogas a nivel nacional se combina la especificidad del Registro Específico con la mayor cobertura del Registro General.

Se calcula un coeficiente de subregistro, que resulta del cociente entre las muertes notificadas por el Registro Específico y aquellas del Registro General de Mortalidad. Se seleccionan únicamente las defunciones en aquellas provincias/ciudades que declaran en ambos registros, ya que, si bien todas declaran al registro General de Mortalidad del INE, la notificación al Registro Específico puede variar según los años.

Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones cuenta con un indicador de Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. El objetivo de este indicador es la monitorización de las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas en España.

En relación al mecanismo de recogida de datos, el personal responsable en cada Comunidad/Ciudad Autónoma recoge la información, a partir de una revisión de las historias clínicas de urgencias, de manera activa, sistemática, exhaustiva y retrospectiva. Se selecciona un área geográfica y se monitorizan los hospitales ubicados en dicha área (excluidas maternidades, hospitales pediátricos

y hospitales monográficos). Es un indicador muestra, que recoge la información de una semana al mes, seleccionada de forma aleatoria desde el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones; algunas CCAA, como Castilla y León realizan una recogida continua en algunos hospitales.

Se dispone de información anual desde 1987. En 2021, notificaron al indicador 16 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas salvo Ceuta, Galicia y Melilla).

Puede consultarse información complementaria sobre el Indicador de Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

Enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas (DRID- Drug-related infectious diseases)

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones cuenta con un indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Los datos sobre enfermedades infecciosas notificados en este informe proceden fundamentalmente de la información del Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Puede consultarse información complementaria en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

Reducción de daños en consumidores de drogas

La información sobre recursos, personas atendidas y distribución de jeringuillas se recoge a nivel central, de forma anual, a partir de formularios que son cumplimentados por las CCAA.

Si bien los datos sobre recursos son exactos, a nivel local, concurren diversos factores que pueden dar lugar a una falta de precisión a la hora de reflejar el número total de personas atendidas y/o jeringuillas distribuidas. Así, dado el elevado número de dispositivos y programas que llevan a cabo esta distribución, tanto públicos como privados, muchos de carácter voluntario, es posible que no siempre se lleve una contabilidad precisa del número de jeringuillas distribuidas, o que no se registren de forma precisa por razones de tipo administrativo, etc., por lo que las cifras referenciadas deben considerarse como una estimación mínima del número real. Igualmente, dada la particularidad de los programas de reducción de daños, entre ellos el anonimato, es difícil dar una cifra exacta del número de personas atendidas.

06 Problemas de salud relacionados con el consumo de drogas

Muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas [2]

En 2021, a nivel nacional, se notificaron 1.046 defunciones por reacción aguda a sustancias psicoactivas (de éstas, en 910 se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de droga).

Tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína por vía intravenosa, y debido al cambio de sustancias consumidas y vías de administración, la mortalidad nacional asociada al consumo de drogas experimentó un descenso considerable, mostrando posteriormente una tendencia relativamente estable, que en los últimos años ha aumentado debido a la mejora de la notificación de algunas de las Comunidades/Ciudades Autónomas y al aumento de los partidos judiciales notificados y no por un aumento real de fallecidos por el consumo de drogas.

El 78,0% de las defunciones fueron en hombres, predominio masculino que ha estado presente a lo largo de toda la serie histórica. La edad media de defunción ha ido aumentando progresivamente con los años, pasando de 35,3 años en 2003 a 46,7 años en 2021. Este aumento podría estar en relación con el hecho de que en la mayoría de las defunciones

están presentes los opioides y es conocido el envejecimiento de la cohorte de los consumidores de esta droga, esto provocó la decisión de eliminar el límite superior de edad en este indicador. Al igual que venía ocurriendo en los últimos años, en 2021 el 74,8% de los fallecidos tenían más de 40 años, porcentaje más elevado de la serie histórica y que confirma el aumento de la edad media de los fallecidos.

En relación a la intencionalidad y al patrón de consumo, en la mayor parte de las defunciones (73,1%) no se observaron evidencias de suicidio. En un elevado porcentaje de las muertes (75,0%) hubo evidencias de consumo reciente y en el 8,2% hubo evidencias de signos recientes de venopunción.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que el perfil de las personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas, es el de un hombre mayor de 45 años, soltero, que no fallece debido a patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas, con serología VIH negativa, que ha consumido recientemente alguna sustancia pero que no muestra signos recientes de venopunción.

Toxicología de las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas [2].

El registro específico de mortalidad por reacción aguda a drogas permite obtener información analítica e identificar las sustancias que están presentes en el cadáver. En el análisis toxicológico puede identificarse la presencia de una o más sustancias en una misma autopsia. Conviene señalar que no es posible establecer una relación directa entre cada una de las sustancias y la causa de la muerte.

Opioides

Desde el inicio de la serie histórica los opioides se situaban en primer lugar, como la sustancia detectada en el mayor número de fallecidos. En 2018, por primera vez en la serie histórica, los opioides se sitúan en segundo lugar, por detrás de la cocaína, manteniéndose en 2019 en esta posición. En 2020 los opioides volvieron a tomar la primera posición (59,5%), superando a la cocaína (52,9%), manteniéndose en 2021 (55,7% opioides y 52,4% cocaína) (Fig. I).

En 2021 se notificaron 507 defunciones en las que los opioides estaban presentes. Se identificó metadona en 267 autopsias, heroína/morfina en 222 así como codeína y otros derivados de codeína en 134 casos. (La suma de todas las sustancias supera las 507 muertes debido a que se puede identificar más de una sustancia en un mismo cadáver).

En el análisis toxicológico, los opioides suele aparecer con otras sustancias, fundamentalmente con cocaína (54,5%), apareciendo como única sustancia en el 3,9% de los fallecidos en los que se detecta.

El patrón de uso de los opioides presenta una serie de características particulares, lo que hace que, si bien el porcentaje de consumidores detectados a partir de las encuestas poblacionales es bajo, las consecuencias negativas derivadas de su consumo (mortalidad, infecciones asociadas al consumo intravenoso, tratamiento, problemas familiares/sociales, etc.) son elevadas. Hay que tener presente que la encuesta en población general no es el instrumento más idóneo para detectar a estos usuarios dado su perfil. Además, es conocido, que existe una cohorte de consumidores “crónicos” de heroína de edad avanzada que utilizan frecuentemente los servicios de tratamiento y urgencias y que contribuyen al elevado porcentaje de defunciones en las que se identifica heroína.

En relación a otros opioides de uso terapéutico, en 2021 se han notificado 17 fallecidos con presencia de fentanilo y 100 fallecidos con presencia de tramadol.

Cocaína

Desde el inicio de la serie histórica, la cocaína ocupaba el segundo lugar entre las sustancias ilegales, por detrás de los opioides. Durante 2018 y 2019, la cocaína fue la sustancia ilegal más detectada entre los fallecidos por reacción aguda a drogas. A partir de 2020, la cocaína volvió a ser la segunda sustancia detectada por detrás de los opioides, estando presente en el 52,4% de las muertes. En relación a la evolución temporal, se observó un aumento de la presencia de cocaína en los análisis toxicológicos realizados a fallecidos hasta 2007, seguido de una fase de descenso y posterior estabilización, en la que algunos picos parecían indicar una cierta tendencia ascendente, pero que no se confirma en los últimos años.

En el análisis toxicológico la cocaína suele aparecer con otras sustancias, fundamentalmente con opiáceos (61,4%), apareciendo como única sustancia en el 11,3% de los fallecidos en los que se detecta.

Las diferentes fuentes de información son consistentes y muestran cómo tras el aumento de la prevalencia de consumo y problemas asociados (mortalidad, urgencias, admisiones a tratamiento) se produjo un descenso en todos los indicadores y, actualmente, nos encontramos ante un repunte de la cocaína en todos los indicadores que se confirma en 2021.

Cannabis

Desde el inicio de la serie histórica, el cannabis se sitúa en tercer lugar entre las sustancias ilegales, estando presente, en 2021, en el 22,9% de las muertes por reacción aguda a drogas. Se podría decir que la presencia del cannabis mantiene una tendencia estable desde el año 2009, con pequeñas fluctuaciones puntuales.

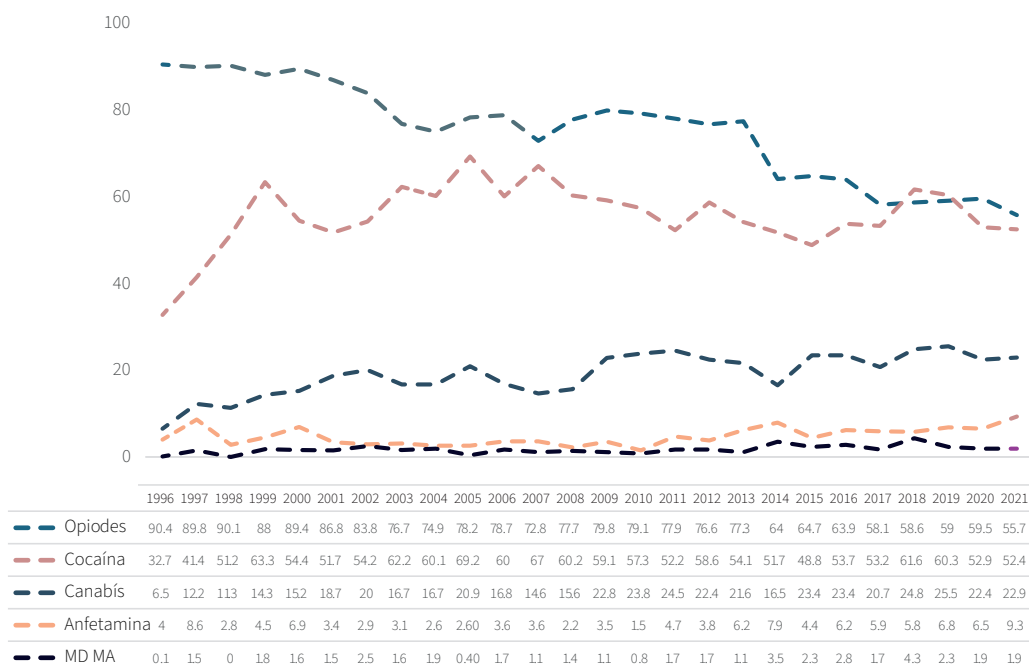
En el análisis toxicológico el cannabis aparece casi siempre con otras sustancias, fundamentalmente con opioides y cocaína, detectándose como única sustancia en menos del 4% de los casos.

Anfetaminas

Desde el inicio de la serie histórica, las anfetaminas se sitúan en cuarto lugar entre las sustancias ilegales, estando presentes, en 2021, en el 9,3% de las muertes por reacción aguda a drogas, valor más alto de la serie histórica.

Al tratarse de cifras pequeñas, y aunque se observan picos algunos años, las variaciones deben interpretarse con cautela. En el análisis toxicológico, las anfetaminas suelen aparecer junto con otras sustancias.

Figura I. Porcentaje de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas ilegales, según diferentes sustancias detectadas en el análisis toxicológico. España 1996-2021.



Fuente: Mortalidad por reacción aguda a drogas del registro Específico de mortalidad. Indicador: Mortalidad por reacción aguda a Sustancias Psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Tabla I. Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España, 2005-2021

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Opioides	356	338	340	324	346	409	318	366	337	333	335	320	367	385	483	519	507
Cocaína	315	250	313	251	247	297	213	280	236	269	253	269	336	405	494	461	477
Hipnosedantes	246	217	223	191	180	302	265	302	273	342	352	337	430	415	527	552	603
Cannabis	95	70	68	65	88	123	100	107	94	86	121	117	131	163	209	195	208
Anfetaminas	12	15	17	9	13	8	19	18	27	41	23	31	37	38	56	57	85
MDMA and derivados	2	7	5	6	4	4	7	8	5	18	12	14	11	28	19	17	17
Alcohol	150	143	130	108	120	149	136	138	136	212	206	215	278	312	325	266	331
Total nº de fallecimientos con información toxicológica	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501	632	657	819	872	910
Total nº. de fallecimientos (con y sin información toxicológica)	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696	732	920	974	1046

Fuente: Mortalidad por reacción aguda a drogas del registro Específico de mortalidad. Indicador: Mortalidad por reacción aguda a Sustancias Psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Hipnosedantes

El Registro Específico de Mortalidad en España recoge información sobre la presencia de hipnosedantes. Desde 2014 se ha mejorado la notificación de estas sustancias, por lo que se ha visto aumentado el número absoluto de muertes y el peso de los hipnosedantes, algo que probablemente tenga más relación con aspectos metodológicos que con un aumento real de defunciones.

Los hipnosedantes son la sustancia más presente en las defunciones del 2021, por encima de todas las ilegales. En 2021 se detectan hipnosedantes en 603 fallecidos (66,3%), esta sustancia aparece generalmente junto con otras sustancias, sobre todo con opiáceos (373), cocaína (279) y alcohol (210). En 20 fallecidos los hipnosedantes son la única sustancia detectada, de los cuales 17 casos son notificados como suicidios. (Nota: la suma de casos puede ser superior al número total de fallecidos por hipnosedantes, porque en un mismo fallecido pueden haber más de dos sustancias).

Alcohol

El Registro Específico de Mortalidad en España recoge información sobre la presencia de alcohol, pero este sólo se registra cuando aparece como acompañante con otra sustancia psicoactiva y nunca cuando aparece como sustancia psicoactiva única. En 2021 se detecta alcohol en el 36,4% del total de defunciones (con información toxicológica) por reacción aguda tras el

consumo de las sustancias psicoactivas. En general, acompaña a hipnosedantes, opiáceos o cocaína, o bien a combinaciones de éstas tres últimas.

Nuevas sustancias psicoactivas

El protocolo del Registro Específico de Mortalidad en España incluye la detección de nuevas sustancias psicoactivas. En 2021 se han notificado algunas de éstas al Indicador de Mortalidad, fundamentalmente opioides (fentanilo y tramadol), ketamina y catinonas sintéticas (mefedrona). Actualmente el seguimiento de las Nuevas Sustancias Psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana. Se puede consultar en el siguiente enlace: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

Tabla II. Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de nuevas sustancias psicoactivas detectadas en el análisis toxicológico. España, 2014-2021

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Mefedrona	0	0	0	0	0	1	2	4
Spice	0	0	0	0	0	1	0	0
Tramadol	30	43	40	56	41	81	80	100
Fentanilo	3	0	0	10	10	19	20	17
Ketamina	0	2	5	7	7	7	5	4

FUENTE: Mortalidad por reacción aguda a drogas del registro Específico de mortalidad. Indicador: Mortalidad por reacción aguda a Sustancias Psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Policonsumo

En la mayoría de los análisis toxicológicos (indicador mortalidad) se detectan varias sustancias. En 2021, en el 88,6% de los fallecidos se ha detectado más de una sustancia (806 casos) y en el 11,4% restante (104 casos) se identifica una única sustancia toxicológica. Estos datos, son coherentes con la información de otros indicadores y encuestas, que muestran el policonsumo como un patrón frecuente.

Información adicional sobre problemas en salud relacionados con drogas

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35178806/>

Muñoz Hornero C, Muriel A, Montero M, Iribarren JA, Masía M, Muñoz L, Sampérez G, Navarro G, Moreno S, Pérez-Elías MJ. Differences in epidemiology and mortality between men and women with HIV infection in the CoRIS cohort from 2004 to 2014. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2021 Oct;39(8):372-382.

Díez C, Del Romero-Raposo J, Mican R, López JC, Blanco JR, Calzado S, Samperiz G, Portilla J, García-Fraile LJ, Gutiérrez F, Gómez-Sirvent JL, Suárez-García I, Amador C, Novella M, Arribas JR, Moreno S, González-García J, Jarrín I, Berenguer J; for CoRIS. COVID-19 in hospitalized HIV-positive and HIV-negative patients: A matched study. *HIV Med.* 2021 Oct;22(9):867-876.

Sanvisens A, Hernandez-Rubio A, Zuluaga P, Fuster D, Papaseit E, Galan S, et al. Long-Term Outcomes of Patients With Cocaine Use Disorder: A 18-years Addiction Cohort Study. *Front Pharmacol.* 18 de febrero de 2021;12:625610.

Pericàs JM, Llopis J, Athan E, Hernández-Meneses M, Hannan MM, Murdoch DR, et al. Prospective Cohort Study of Infective Endocarditis in People Who Inject Drugs. *J Am Coll Cardiol.* 9 de febrero de 2021;77(5):544-55.

Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas [2]

Toxicología de urgencias hospitalarias relacionadas con drogas [2].

En 2021 se recogió una muestra de 6.209 episodios de urgencias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga.

Edad y sexo

La proporción de mujeres se muestra estable a lo largo de la serie histórica, situándose entre el 20% y el 30%. Tanto en hombres como en mujeres, las sustancias que más episodios de urgencias generan son la cocaína, el cannabis, los hipnosedantes y el alcohol. Hay que tener en cuenta que los hipnosedantes y el alcohol solo se registran cuando se relacionan con la urgencia junto con otra sustancia ilegal. Entre los hombres se dan más urgencias por cocaína y cannabis y entre las mujeres la sustancia que más urgencias provoca son los hipnosedantes y el alcohol (siempre junto con otra sustancia).

Se observa una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 28 años (1996) a 34 años (2019), aumento que podría estar en relación con el elevado número de urgencias relacionadas con la cocaína (edad media 36,1 años). No obstante, aunque el peso de los opioides es menor en el total de las urgencias, el análisis por sustancias muestra que aquellos que acuden a urgencias por el consumo de opioides e hipnosedantes tienen edad más avanzada, siendo más jóvenes los usuarios que acuden por el consumo de alucinógenos, éxtasis, cannabis y anfetaminas.

Resolución de la urgencia

La distribución de las urgencias, según la resolución de la misma, no ha variado de manera significativa a lo largo de los años, siendo lo más frecuente que el paciente sea dado de alta (73,4% en 2021). No obstante, a lo largo de los años se registra una tendencia ascendente del número de urgencias que precisan ingreso hospitalario (7,6% en 1996 al 14,3% en 2021), con pequeños repuntes derivados del diferente peso de las sustancias relacionadas con las urgencias. Aunque la resolución de la urgencia no varía de manera destacable en función de la sustancia se puede observar mayor porcentaje de ingresos en las urgencias por anfetaminas, heroína y otros opioides. Además, en 2021 se observan más traslados a otros centros en las urgencias relacionadas con anfetaminas (6,7%) y hay más altas voluntarias entre los consumidores de heroína (12,3%). Debido al escaso número de casos de MDMA y de Inhalables volátiles y al hecho de que estas sustancias suelen aparecer junto con otras, no se valoran las características de estas urgencias.

La situación de pandemia vivida en el país a raíz del COVID19 tuvo un impacto en las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, y aunque las sustancias que más episodios de urgencias generaron en 2020 fueron el cannabis, la cocaína y los hipnosedantes, el peso de estas sustancias presentó un gran cambio respecto a lo que se venía observando. En 2021 se mantuvieron los cambios observados en 2020, estabilizándose la bajada de urgencias por cocaína, pasando de estar presente en la mitad de las urgencias por consumo de sustancias a estar presente en 4 de cada 10 urgencias, estabilizándose la bajada de las urgencias por cannabis pasando de estar en el 50,6% en 2019 a ser responsable del 44,4 y confirmándose la subida de las urgencias en las que se relaciona la urgencia con hipnosedantes junto con otra sustancia. El alcohol se mantiene en el 41,3% de las urgencias como sustancia responsable junto con otra sustancia.

Cannabis

En 2021, de los 6.209 episodios de urgencias relacionados con el consumo de drogas, en el 44,4% la urgencia se relacionó con el cannabis. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de cannabis es el de un hombre (76,6%) con una edad media de 32,2 años. El 73,7% de los episodios acaba con alta médica y el 14,5% con ingreso hospitalario. La edad media es más baja que la encontrada para otras sustancias, aunque ha mostrado una clara tendencia ascendente.

Cocaína

En 2021, de los 6.209 episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, en el 40,2% la urgencia se relacionó con la cocaína. Es la sustancia responsable del mayor número de urgencias relacionadas con el consumo de drogas, junto con el cannabis. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de cocaína son mayoritariamente hombres (80,0%), con una edad media de 37,6 años. La edad media venía

mostrando una clara tendencia ascendente y parecía estabilizada en los últimos años alrededor de los 36 años, pero desde 2020, al aumentar la edad revisada en el indicador se observa un aumento de la edad media, que confirmaría la hipótesis del aumento de edad de los consumidores. El 74,8% de estas urgencias, reciben el alta médica.

Opioides

Los opioides se sitúan en tercer lugar (11,5%), en cuanto al peso que suponen dentro del total de urgencias relacionadas con el consumo de drogas. Desde el inicio de la serie histórica se han diferenciado las urgencias relacionadas con la heroína (5,0%) de las urgencias relacionadas con otros opioides (8,1%) donde se detectan principalmente metadona, fentanilo, tramadol y morfina. En el 2017, por primera vez en la evolución histórica del indicador, el peso de otros opioides superó al peso de la heroína en las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias, hecho que se mantiene en 2021.

Las urgencias relacionadas con heroína muestran una clara tendencia descendente desde 1996 aún con algunas variaciones interanuales, registrándose en 2021 el valor más bajo de la serie histórica. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de heroína es el de un hombre (83,4%) con una edad media de 41,6 años, cifra estabilizada en los últimos años, pero siendo la edad más elevada de la serie histórica. En el 63,9% la urgencia finaliza con el alta médica y en el 19,6% de los episodios en ingreso hospitalario.

Por otro lado, podemos analizar el perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de otros opioides distintos de la heroína, en el que se observa una mayor presencia de mujeres (29,6%) y personas un poco más mayores (42,8 años). En cuanto a la resolución de la urgencia, el 65,7% finalizan con el alta médica y el 18,0% de los episodios en ingreso hospitalario.

Tras el aumento del consumo de analgésicos opioides en EEUU y en el resto de Europa, se monitorizó de manera retrospectiva desde 2005, la presencia de analgésicos opioides en urgencias. Los datos muestran que estas sustancias tienen una baja frecuencia de aparición en urgencias; sin embargo, se observa cierta tendencia ascendente, pasando de 50 episodios en 2005 a 140 en 2021, detectándose principalmente tramadol (75 episodios) y fentanilo (16 episodios).

Anfetaminas

En 2021, las anfetaminas estaban presentes en el 7,3% de las urgencias relacionadas con drogas. Tendencia estable desde 2011 con algunos altibajos en probable relación con el hecho de tratarse de pequeños valores numéricos. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de anfetaminas es el de un hombre (77,1%), con una edad media de 34,1 años. Los episodios de las urgencias se resuelven mayoritariamente con el alta médica (69,1%) y en 2021, un 18,0% de los episodios finalizó con el ingreso hospitalario.

Otras sustancias

El resto de sustancias que se relacionan con las urgencias como son: MDMA y derivados, alucinógenos e inhalables volátiles, tienen una baja presencia en el total de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas. Son sustancias que han presentado altibajos a lo largo de la serie histórica, pero dado al bajo número de casos en las que se detectan y que habitualmente aparecen con otras sustancias, no permiten establecer perfiles de consumidores. El MDMA se detectó en 2021 en el 2,8% de las urgencias, los alucinógenos en 1,3% y los inhalables volátiles en el 0,2%.

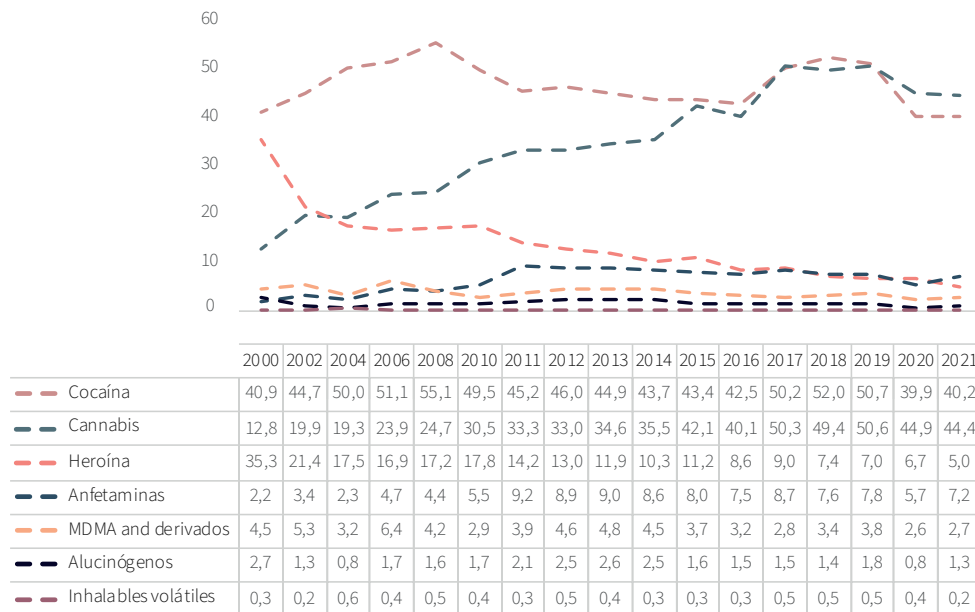
Nuevas sustancias psicoactivas

El protocolo del Registro del Indicador de Urgencias Hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas incluye la detección de nuevas sustancias psicoactivas. En 2021 se detectaron 8 episodios relacionados con la mefedrona (2 episodios en 2017, 16 en 2018, 9 en 2019 y 16 en 2020) y 2 episodios de urgencias hospitalarias por consumo de spice, no detectándose ningún otro episodio de urgencias hospitalarias relacionados con ninguna otra nueva sustancia psicoactiva.

Respecto a estos datos y al registro de nuevas sustancias en el indicador de urgencias, hay que tener en cuenta que, debido a las características de las urgencias relacionadas con estas sustancias y a que en muchas ocasiones los usuarios no saben exactamente lo que han consumido, el registro de estas nuevas sustancias es complicado con este indicador. Por ello, actualmente el seguimiento de las nuevas sustancias psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana:

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

Figura II. Porcentaje de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de diferentes sustancias psicoactivas. España*, 2000-2021.



* Comunidades autónomas que notifican el indicador de emergencias hospitalarias.

FUENTE: Indicador de Emergencias hospitalaria en consumidores de sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Tabla III. Número total de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas y porcentaje según tipo de droga. España*, 2000-2021.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cocaína	40,9	44,7	50	51,1	55,1	49,5	45,2	46	44,9	43,7	43,4	42,5	50,2	52	50,7	39,9	40,2
Cannabis	12,8	19,9	19,3	23,9	24,7	30,5	33,3	33	34,6	35,5	42,1	40,1	50,3	49,4	50,6	44,9	44,4
Heroína	35,3	21,4	17,5	16,9	17,2	17,8	14,2	13	11,9	10,3	11,2	8,6	9	7,4	7,0	6,7	5,0
Anfetaminas	2,2	3,4	2,3	4,7	4,4	5,5	9,2	8,9	9	8,6	8	7,5	8,7	7,6	7,8	5,7	7,2
MDMA and derivados	4,5	5,3	3,2	6,4	4,2	2,9	3,9	4,6	4,8	4,5	3,7	3,2	2,8	3,4	3,8	2,6	2,7
Alucinógenos	2,7	1,3	0,8	1,7	1,6	1,7	2,1	2,5	2,6	2,5	1,6	1,5	1,5	1,4	1,8	0,8	1,3
Inhalables volátiles	0,3	0,2	0,6	0,4	0,5	0,4	0,3	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,4	0,2
Número de episodios	2.328	2.673	5.828	7.042	6.431	5.626	5.279	5.999	5.715	6.441	5.238	4.565	4.293	5.027	5.352	4.657	6.209

* No todas las categorías de sustancias recogidas en el indicador de Emergencias hospitalarias están incluidas. El sumatorio de los porcentajes es superior a 100 porque los episodios de emergencias pueden relacionarse a más de una sustancia psicoactiva.

Nota: Comunidades o ciudades autónomas que notifican el indicador de Emergencias hospitalarias.

FUENTE: Indicador de emergencias Hospitalarias en consumidores de Sustancias Psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Enfermedades Infecciosas en consumidores de drogas

Principales enfermedades infecciosas (VIH, VHB, VHC) [2]

Los datos presentados se obtienen a partir de la información del Indicador de Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Por tanto, para ser interpretados adecuadamente debe tenerse en cuenta que se refiere a la situación de las infecciones en consumidores de drogas que acuden a tratamiento por uso de drogas.

VIH

Entre los inyectores admitidos a tratamiento en el año 2021 (tanto si se inyectaron alguna vez en la vida como en el último año), aproximadamente 7 de cada 10 conocen su estado serológico para el VIH. Esta proporción se ha venido manteniendo estable con pocas oscilaciones durante los últimos años reduciéndose ligeramente en 2021 el porcentaje de inyectores alguna vez en la vida que conocen su estado serológico.

Entre aquellos que se habían inyectado alguna vez en la vida y conocen su estado serológico frente al virus VIH (1.999 personas), el 32,0% mostró serología positiva (639 casos). Asimismo, entre los que utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico para el VIH (766 personas), el 34,2% mostró serología positiva (262 casos).

En lo que respecta a la evolución temporal, la prevalencia de infección por VIH venía mostrando una tendencia descendente entre los inyectores alguna vez en la vida entre los años 2005 (36,1%) y 2013 (30,6%), estabilizándose a partir de entonces en valores cercanos al 30%. En 2021 se observa una estabilización tras el repunte en la prevalencia del 2020, situándose en el 32,0%.

En cuanto a la prevalencia de VIH entre los inyectores en los últimos 12 meses, la serie histórica ha venido mostrando una tendencia general descendente con altibajos puntuales, que arrojan prevalencias entre el 24%-35%. En 2020 se observó un aumento en la prevalencia de VIH en inyectores, alcanzando el 35,6%, valor que no se observaba desde los años 90 y que se ha reducido discretamente en 2021.

Figura III. Prevalencia de infección por VIH y conocimiento del estado serológico entre los admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que han usado la vía inyectada. España 2005-2021.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Hepatitis B

Con respecto al grado de conocimiento sobre su estado serológico frente a la infección por el virus de la hepatitis B, en 2021 el 39,6% de los que se inyectaron alguna vez en la vida y el 35,7% de los que lo hicieron durante los 12 meses previos a ser admitidos, admitieron conocer su estado serológico frente al VHB. Estos porcentajes son claramente inferiores a los que se obtienen para el grado de conocimiento serológico para el VIH, que ronda el 70%.

En 2021, entre los admitidos a tratamiento que utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos y conocían su estado serológico frente a VHB, el 4,0% mostró serología positiva para VHB (HBs Ag positivo- Portador crónico). Asimismo, entre los que se habían inyectado alguna vez en la vida, esta cifra se sitúa en el 5,3%. Los resultados registrados en 2021 muestran una descendente de la prevalencia de VHB desde 2015.

Entre los admitidos a tratamiento que se inyectaron en los últimos 12 meses, la prevalencia de infección de VHB es superior en hombres que en mujeres (4,1% frente a 2,7%) siendo mayor el porcentaje de hombres que conocen su estado serológico (36,4% frente a 30,1%). En relación con la edad, tanto la prevalencia de infección como la proporción de los que conocen su estado serológico frente al VHB son más elevadas en el grupo de los mayores de 35 años.

Se registran diferencias en la prevalencia de infección por VHB según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento, siendo más elevada entre los que consumen opioides.

Hepatitis C

Con respecto al grado de conocimiento sobre su estado serológico frente a la infección por el virus de la hepatitis C, en 2021 el 62,5% de los que se inyectaron alguna vez en la vida conocían esta información, dato algo superior entre los que se inyectaron en los 12 meses previos a ser admitidos a tratamiento (66,6%). Estos porcentajes son semejantes a los que se obtienen para el grado de conocimiento serológico para el VIH y muy superiores a los obtenidos para el VHB.

En 2021, entre los que conocían su estado serológico frente a VHC, la prevalencia de infección entre los que se han inyectado en los últimos 12 meses es de 43,6%, siendo muy superior al resto de infecciones (VHB y VIH). Estos resultados confirman la tendencia descendente que se aprecia desde 2015.

Entre los admitidos a tratamiento que se inyectaron en los últimos 12 meses, la prevalencia de infección por hepatitis C en 2021 es similar entre las mujeres (43,4%) que entre los hombres (43,6%), siendo ligeramente mayor la proporción de hombres que la de mujeres que conocen su estado serológico frente al VHC (67,2% frente a 61,8%). Tanto la prevalencia de infección como el conocimiento del estado serológico son más elevados entre aquellos que tienen 35 o más años. También son más elevados entre los consumidores de opioides.

Es conveniente interpretar las variaciones de prevalencia de infección de VIH, VHB y VHC con cautela, ya que pueden verse influidas por cambios en el número absoluto de casos de las diferentes categorías consideradas y por la variación del número de personas que conocen su estado serológico.

Tabla IV. Prevalencia y conocimiento del estado serológico sobre infección por VIH, hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC) entre los inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas (N.º absolutos y %). España, 2021.

	HIV		Hepatitis B		Hepatitis C	
	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
TOTAL						
Total inyectores (no.)	3.161	1.119	3.161	1.119	3.161	1.119
Prevalencia de infección (%)	32,0	34,2	5,3	4,0	45,9	43,6
Conocen estado serológico (%)	63,2	68,5	39,6	35,7	62,5	66,6
SEXO						
Hombres inyectores (nº)	2.767	995	2.767	995	2.767	995
Prevalencia de infección (%)	31,5	34,0	5,1	4,1	45,3	43,6
Conocen estado serológico (%)	63,8	69,4	40,3	36,4	63,1	67,2
Mujeres inyectoras (nº)	389	123	389	123	389	123
Prevalencia de infección (%)	35,3	36,0	6,6	2,7	50,4	43,4
Conocen estado serológico (%)	60,4	61,0	35,2	30,1	59,6	61,8
EDAD						
Inyectores < 35 años (nº)	413	246	413	246	413	246
Prevalencia de infección (%)	23,5	30,0	1,5	1,2	26,8	29,5
Conocen estado serológico (%)	57,6	61,0	31,7	33,3	53,3	56,5
Inyectores ≥ 35 años (nº)	2.745	871	2.745	871	2.745	871
Prevalencia de infección (%)	33,0	35,0	5,7	4,7	48,3	46,9
Conocen estado serológico (%)	64,0	70,5	40,8	36,3	63,9	69,3
OPIOIDES						
Inyectores consumidores de opioides (nº)	2.318	780	2.318	780	2.318	780
Prevalencia de infección (%)	28,9	27,0	5,4	6,0	48,5	47,9
Conocen estado serológico (%)	63,1	67,4	39,3	34,0	63,8	68,2
Inyectores no consumidores de opioides (nº)	843	339	843	339	843	339
Prevalencia de infección (%)	40,4	50,0	5,0	0,0	38,2	32,9
Conocen estado serológico (%)	63,7	70,8	40,7	39,5	59,1	62,8

Nota: la prevalencia se calcula sobre los casos que conocen el estado serológico.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Nuevos diagnósticos de VIH relacionados con las drogas [2] [6]

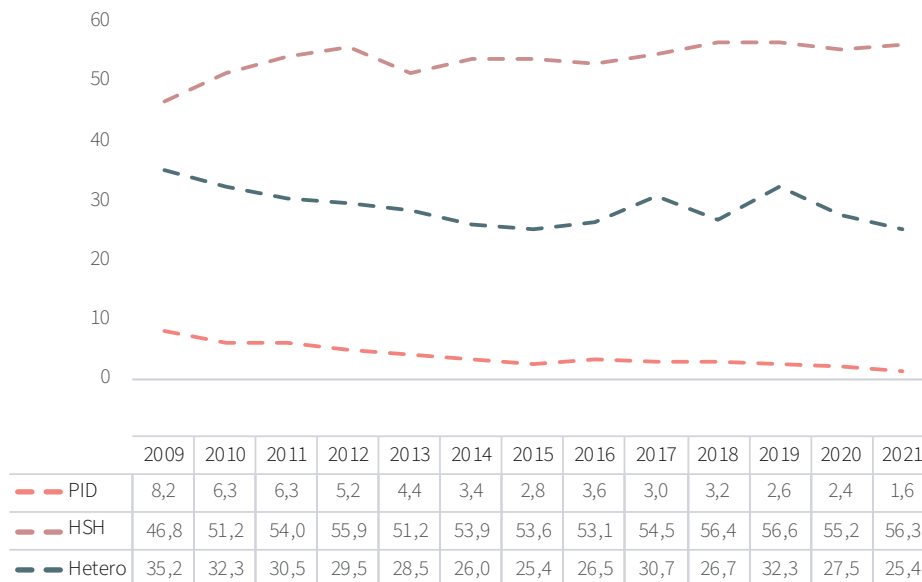
En 2021, se diagnosticaron en España 2.786 nuevos casos de VIH (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 7,41/100.000 habitantes). El 1,6% se infectaron como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral. En los últimos 7 años, el uso de drogas inyectadas, ha repre-

sentado un porcentaje bajo respecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH y el peso atribuible a este mecanismo de transmisión se mantiene relativamente estable en los últimos años.

En 2021, se identificaron 340 nuevos casos de SIDA (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 0,8/100.000 habitantes). El 80,9% de los nuevos casos de SIDA fueron hombres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 44 años, similar en hombres y mujeres. En cuanto al modo de transmisión, para la mayoría de los nuevos casos diagnosticados en 2021 la infección se contrajo por relaciones heterosexuales de riesgo (35,3%) o por HSH (34,4%). El porcentaje de personas diagnosticadas de sida en 2021 que contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas fue del 3,5%.

La evolución temporal de la distribución de las diferentes vías de transmisión para los casos de sida diagnosticados entre 2009 y 2021 muestra un importante y continuado descenso de la proporción de casos contraídos por PID y un aumento progresivo de la vía de transmisión sexual, siendo en 2021 similar el peso de la vía de HSH y la de relaciones heterosexuales de riesgo.

Figura IV. Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH según categoría de transmisión. España, 2009-2021.

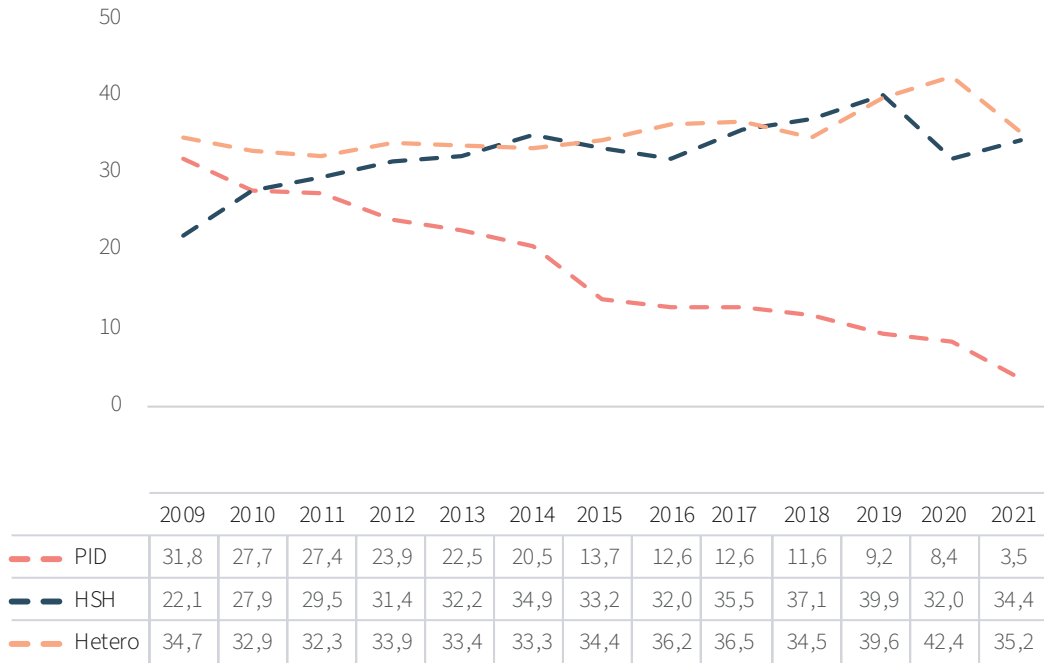


PID: Personas que se inyectan drogas.

HSH: Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

Hetero: Relaciones heterosexuales de riesgo.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

Figura V. Porcentaje de nuevos casos de sida según categoría de transmisión. España, 2009-2021.

PID: Personas que se inyectan drogas.

HSH: Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

Hetero: Relaciones heterosexuales de riesgo

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

Información adicional sobre enfermedades infecciosas

Corona-Mata D, Rivero-Juarez A. The road to HIV and HCV elimination among people who inject drugs. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* junio de 2023;8(6):497-8.

Muñoz-Chimeno M, Valencia J, Rodríguez-Recio A, Cuevas G, García-Lugo A, Manzano S, et al. HCV, HIV AND HBV rapid test diagnosis in non-clinical outreach settings can be as accurate as conventional laboratory tests. *Sci Rep.* 9 de mayo de 2023;13(1):7554.

Not A, Saludes V, Gálvez M, Miralpeix A, Bordoy AE, González N, et al. Usefulness of dried blood spot samples for monitoring hepatitis C treatment outcome and reinfection among people who inject drugs in a test-and-treat program. *J Med Virol.* febrero de 2023;95(2):e28544.

Soriano V, Moreno-Torres V, Mendoza C de, Corral O, Barreiro P. Viral hepatitis in persons living with HIV in the post-COVID era. *AIDS Rev.* 2023;25(1):1-13.

Lens S, Miralpeix A, Gálvez M, Martró E, González N, Rodríguez-Tajes S, et al. HCV microelimination in harm reduction centres has benefits beyond HCV cure but is hampered by high reinfection rates. *JHEP Rep.* diciembre de 2022;4(12):100580.

Gonzalez-Serna A, Macias J, Corma-Gomez A, Tellez F, Cucurull J, Real LM, et al. High efficacy of glecaprevir/pibrentasvir for HCV-infected individuals with active drug use. *J Infect.* septiembre de 2022;85(3):322-6.

Forns X, Colom J, García-Retortillo M, Quer JC, Lens S, Martró E, et al. Point-of-care hepatitis C testing and treatment strategy for people attending harm reduction and addiction centres for hepatitis C elimination. *J Viral Hepat.* marzo de 2022;29(3):227-30.

Calvo F, Carbonell X, Rived M, Giralt C. When people who inject drugs speak: Qualitative thematic analysis of the perception of a mobile app for needle exchange programs. *Adicciones.* 1 de julio de 2021;33(3):217-34.

Comín J, Cebollada A, Ibarz D, Viñuelas J, Vitoria MA, Iglesias MJ, et al. A whole-genome sequencing study of an X-family tuberculosis outbreak focus on transmission chain along 25 years. *Tuberculosis (Edinb).* 2021;126:102022.

Macías J, Téllez F, Santos I, Morano LE, Merino D, Granados R, et al. Impact of recent drug use on the efficacy of elbasvir/grazoprevir for HCV-infected people on opioid agonist therapy. *Journal of Viral Hepatitis.* junio de 2021;28(6):878-86.

García RC. Razones de las prácticas de riesgo en usuarios de drogas por vía parenteral adscritos a programas de reducción de daños en Barcelona. *Revista española de drogodependencias.* 2021;(46):75-89.

07 Políticas de reducción de daños

Política de drogas y objetivos de reducción de daños

España cuenta con un Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) desde el año 1985. El Plan surgió como una iniciativa del Gobierno de la Nación (Gobierno Central) y su principal objetivo es coordinar y potenciar las políticas de drogas de las distintas Administraciones Públicas (Central, Autonómica y Local), así como las actividades que llevan a cabo las entidades y organizaciones sociales.

El rasgo más distintivo de la política de drogas en España en los últimos veinticinco años, ha sido “su enfoque preeminentemente de Salud Pública”, siendo pioneros en la implantación de estrategias de reducción de daños y riesgos. Desde la creación del PNSD se han aprobado tres Estrategias Nacionales sobre Drogas: la primera abarcó el período 2000-2008, la segunda, abarca el periodo 2009-2016, y la tercera abarca el periodo 2017-2024. Las dos primeras Estrategias han incluido, entre otros, objetivos relacionados con la atención y el tratamiento a las personas consumidoras de drogas, así como también con la reducción de daños y la reinserción social de estas personas.

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 [7] tiene tres objetivos generales:

- ▶ Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales;
- ▶ Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales;

- ▶ Retrasar la edad de inicio a las adicciones.

Además, la Estrategia Nacional incluye los siguientes objetivos estratégicos (más específicos) relacionados con la reducción de daños:

Dentro del Área de Prevención y Reducción del Riesgo:

- ▶ Detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo

Dentro del Área de Reducción de Daños:

- ▶ Mantener, ampliar la cobertura y adaptar a los nuevos perfiles de consumo los programas de reducción del daño (incluye ampliar la oferta y mejorar el acceso a medicación sustitutiva de opiáceos, a los programas de prevención de sobredosis; a los programas de intercambio de jeringuillas etc...; trabajar la incorporación social de personas excluidas con adicciones en programas de reducción de daños; Impulsar la reducción de daños en lugares de consumo y extender la metodología de reducción del daño a los consumos de jóvenes y adolescentes; mantener las medidas alternativas a la prisión en pacientes con problemas de adicción).
- ▶ Mejorar y ampliar el diagnóstico precoz de las infecciones transmisibles (VIH, VHC, etc.) y el acceso a tratamiento de los usuarios de drogas
- ▶ Integrar la metodología de reducción de daños en las redes asistenciales de manera transversal
- ▶ Mejorar la coordinación con la Atención Primaria de Salud y Salud Mental para detección de trastornos mentales e intervención temprana.
- ▶ Implementar programas de reducción de daños en relación con otras conductas adictivas (adicciones comportamentales).

Para promover el desarrollo de la Estrategia, se han planificado dos Planes de Acción, en lo que respecta al primero de ellos “Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020” [8], las acciones relacionadas con la reducción de daños (en sentido amplio) eran:

- ▶ Ampliación de la oferta de tratamientos con sustitutivos a personas con dependencia a opiáceos.
- ▶ Extensión de Programas de prevención de sobredosis.
- ▶ Programas de Medidas Alternativas a prisión.

Por otro lado, el Plan de prevención y control de la infección por el VIH y las ITS 2021-2030 [9] en España, del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad, reconoce en su objetivo 1.6 a las personas que se inyectan drogas (PID) como una población prioritaria. En España,

estas personas siguen estando expuestas a un elevado riesgo de infección por enfermedades transmisibles como el VIH y la hepatitis B y C, y sin las actuaciones adecuadas pueden terminar desarrollando SIDA y morir de forma prematura.

Ante el problema de salud que supone la hepatitis C crónica en España el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en su sesión del 14 de enero de 2015 adoptó la decisión por unanimidad de elaborar un Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud [10], y su actualización de fecha 21 de junio de 2017, con el objetivo de disminuir la morbilidad causada por el virus de la hepatitis C (VHC) en la población española, abordando eficientemente la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes. En este Plan Estratégico las personas que se inyectan drogas (PID) han de considerarse también como población prioritaria.

El Plan de Acción 2021-2024 [8] del Plan Nacional sobre Drogas consolida los avances realizados en el área de reducción de daños durante el Plan de Acción 2018-2020. En el Plan de Acción actualmente en vigor se está trabajando en varios aspectos prioritarios como son:

- ▶ Revisión de la situación actual de la oferta de tratamientos sustitutivos para adicción a opiáceos, con el objetivo de realizar seguimiento de la incorporación y utilización de nueva farmacoterapia, habiéndose conseguido la disponibilidad de naloxona intranasal que permitirá la extensión de los programas de prevención de sobredosis, la disponibilidad de la buprenorfina inyectable de liberación retardada y también algunos avances que se han producido en el marco de la respuesta a la pandemia COVID 2019 (modificación de pautas de tratamiento de mantenimiento por adicción a opiáceos y estrategias de reducción de daños en población sin hogar y exclusión social).
- ▶ Extensión y mejora de actividades de reducción de daños: Promoción de la extensión de las estrategias de reducción del daño y su adecuación a contextos específicos revisando la implantación y funcionamiento de programas de prevención de sobredosis por consumo de opioides en el Sistema Nacional de Salud y en el ámbito penitenciario, identificación y difusión de experiencias de espacios de consumo supervisado, y promoción de estrategias de reducción de daños en colectivos específicos como son: LGTBIQ+, personas que practican chemsex, consumidoras de metanfetamina, entornos de prostitución, trabajo sexual, VIH+, y otros.

Organización y financiación de servicios de reducción de daños

Los Planes Autonómicos de Drogas/Adicciones, - a través de la cual se implementan las políticas de drogas en los respectivos territorios autonómicos- se han dotado de Estrategias o Planes de actuación, que son actualizados periódicamente y que son los instrumentos estratégicos para la planificación, ordenación y evaluación de las actuaciones que se llevan a cabo en materia de drogas/adicciones, y que, en general, se agrupan en las áreas de coordinación, prevención, control de la oferta, disminución de riesgos y reducción de daños, tratamiento e inserción social, formación, investigación, etc.

Asimismo, las Comunidades Autónomas han aprobado leyes, de aplicación en sus respectivos territorios, cuyo objetivo es regular el conjunto de medidas y acciones dirigidas a la prevención de las adicciones, el tratamiento e inserción social de los drogodependientes, la formación e investigación, así como las funciones y competencias de las distintas administraciones públicas, entidades privadas e instituciones que operan en el territorio. Un número significativo de estas leyes también contemplan las adicciones sin sustancias: ludopatía, nuevas tecnologías, etc.

Además de lo señalado anteriormente, el PNSD se dotó desde sus comienzos de una serie de estructuras de coordinación, a nivel de todo el Estado, en las que participan representantes del Gobierno central y de las Comunidades y Ciudades Autónomas. Estas estructuras de coordinación se reúnen periódicamente para debatir y poner en común las principales líneas de actuación en el campo de las drogodependencias.

- ▶ Conferencia Sectorial sobre Drogas. Su presidencia la ostenta el titular del Ministerio de Sanidad. Forman parte de esta Conferencia Sectorial los consejeros de las Comunidades y Ciudades Autónomas en cuyo ámbito competencial se incluye la ejecución de las políticas de drogas en su territorio autonómico, así como algunos altos funcionarios de la Administración Central.
- ▶ Comisión Interautonómica sobre Drogas (también denominada Comisión Sectorial de la Conferencia Sectorial). Está presidida por el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y constituida por el personal directivo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y los responsables directos de la gestión de los Planes Autonómicos de Drogas.
- ▶ Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones, como órgano colegiado de consulta y asesoramiento (adscribido al Ministerio de Sanidad). Su finalidad es la mejora de la calidad técnica en la definición y ejecución de las políticas y actuaciones estatales de control de la oferta y reducción de la demanda de drogas, así como de otras adicciones, y de sus perjudiciales efectos en la vida de las personas y en la sociedad, que se promuevan, coordinen o lleven a cabo por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Por su parte, la Delegación del Gobierno para el PNSD actúa como órgano de dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del PNSD a nivel de todo el Estado español. La Delegación es una Dirección General, dentro del Ministerio de Sanidad y, en el ámbito de sus competencias, asume el impulso de las políticas de reducción de la demanda del consumo de drogas y de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción de daños, relacionados con conductas adictivas.

Los Planes Autonómicos de Drogas/Adicciones realizan la valoración del estado de situación y las tendencias del consumo de drogas y otras adicciones en cada uno de sus ámbitos territoriales. En función de esa valoración, llevan a cabo las actuaciones pertinentes en las diferentes áreas de intervención en relación con este tema e, igualmente, implementan los recursos apropiados para la atención y el tratamiento a los consumidores de drogas y personas que sufren otras adicciones, incluidos los programas de reducción de daños.

Estos Planes Autonómicos establecen, asimismo, los requisitos y criterios de calidad que deben cumplir los centros y servicios de atención, sus normas de funcionamiento, el perfil profesional del personal de los mismos, etc. De igual modo, regulan los derechos y obligaciones de las personas beneficiarias de las diferentes modalidades terapéuticas, el tiempo de estancia de los pacientes en los diferentes recursos, etc.

También son los Planes Autonómicos de Drogas/Adicciones los que valoran el funcionamiento de los servicios y recursos terapéuticos, y llevan a cabo los controles de calidad de los mismos que estiman oportunos.

Desde comienzos de los años 90 del pasado siglo, España cuenta con una red de atención y tratamiento de las drogodependencias amplia, diversificada y bien asentada en todo el territorio nacional. Esta red (tanto a nivel ambulatorio como residencial) es capaz, en líneas generales, de atender de forma satisfactoria las necesidades planteadas por los usuarios de drogas.

Finalmente, hay que señalar que en España existe un sistema de atención y tratamiento a las adicciones que tiene carácter público, alcance universal y de acceso gratuito para toda aquella población que lo necesite. Obviamente, además de este sistema público, existen centros de carácter privado, o profesionales privados que atienden a aquella población con problemas de uso de drogas y otras adicciones que desean acudir a los mismos pagando sus servicios. Desde el Plan Nacional sobre Drogas no se recoge información sobre estos centros o profesionales.

Lo anteriormente expuesto en relación a la gobernanza, la financiación y la implementación del tratamiento de drogas es aplicable a los servicios de reducción de daños. Tanto en las Comunidades Autónomas como en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, los servicios de

tratamiento y los que se ocupan de la reducción de daños están integrados en las mismas estructuras administrativas (agencias) por lo que trabajan en contacto muy estrecho, operando conjuntamente.

Cabe destacar, como algunas grandes ciudades españolas (especialmente Madrid y Barcelona) también tienen competencias en la financiación, planificación y gestión de los recursos y programas de tratamiento de drogas y otras adicciones existentes en su ámbito territorial. Estas actuaciones se llevan a cabo, habitualmente, en colaboración con los Planes Autonómicos de las Comunidades Autónomas donde están radicadas estas ciudades.

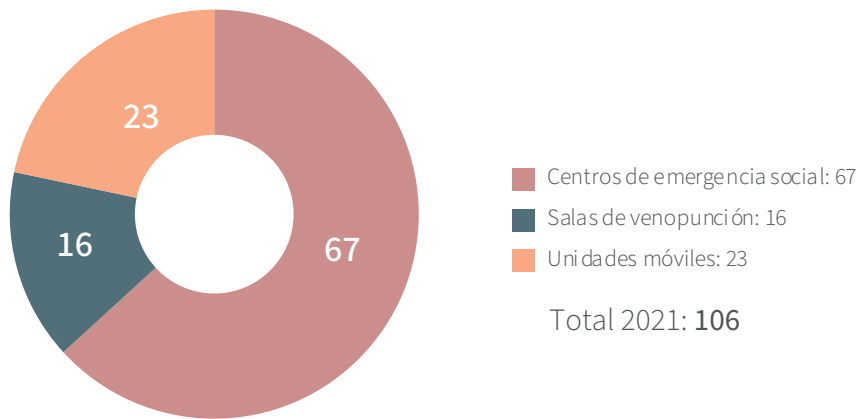
Es necesario hacer una mención especial al Ayuntamiento de Madrid, que cuenta con su propia agencia (Instituto de Adicciones) y que, a través de ella, gestiona una importante red de recursos y servicios de tratamiento y reducción de daños. No obstante, hay que señalar que esta agencia tiene una coordinación muy estrecha con el Plan Autonómico de la Comunidad Autónoma de Madrid, región donde se encuentra el citado ayuntamiento. La ciudad de Barcelona también cuenta con el Área de Drogodependencias de la Agencia de Salud Pública, que dispone de una amplia red de recursos de tratamiento y reducción de daños, que siguen los principios del Plan de Acción sobre Drogas y Adicciones 2021-2024 de Barcelona. Esta Agencia funciona en coordinación con la Subdirección General de Drogodependencias de Secretaría de Salud Pública del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

Prestación de servicios de reducción de daños

Los Programas de Reducción del Daño se realizan con drogodependientes activos y fundamentan sus estrategias en actuaciones encaminadas a contactar y atender a una población que no acude a los centros de tratamiento de drogodependencias dirigidos a la abstinencia, y que está afectada por problemas sociales y sanitarios asociados al consumo activo y actual de drogas de abuso.

Los recursos de reducción del daño están integrados y/o trabajan en estrecha relación con los servicios de tratamiento, en el marco de actuación y competencias de los distintos Planes Autonómicos. Los recursos (públicos o privados con financiación pública) notificados para 2021 se muestran en el siguiente gráfico:

Figura VI. Recursos de atención a drogodependientes para reducción del daño (públicos o privados con financiación pública). España, 2021.



FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de datos facilitados por las Comunidades y Ciudades Autónomas

Centros de emergencia social [11]

Acogen a la población drogodependiente con mayores problemas de marginación, atendiendo sus necesidades básicas y favoreciendo el contacto con otros recursos de mayor exigencia de la red asistencial. Priorizan, entre otras, las estrategias encaminadas a disminuir las muertes por reacción adversa a drogas, así como aquellas dirigidas a prevenir la infección por VIH y otras infecciones.

En España, a lo largo del 2021, han estado en funcionamiento 67 de estos centros (64 centros en 2020) que han atendido a un total de 17.209 personas (25.517 personas en 2020). Estos centros tienen un papel destacado en la dispensación de jeringuillas. En 2021, dispensaron un total de 431.488 jeringuillas (el 35,7% del total de jeringuillas dispensadas) [3].

Unidades móviles [11]

Son vehículos polivalentes (autobuses, furgonetas, coches) que acuden a los lugares donde existen consumidores de drogas marginales que no acuden a los centros de tratamiento, para suministrarles apoyo socio sanitario a través de diversas actuaciones: asesoramiento; ayuda médica, psicológica y/o social; intercambio de jeringuillas; dispensación de metadona, etc. A estas actuaciones se las denomina “estrategias de acercamiento” o “*outreach programmes*”.

En España, en 2021 han estado en funcionamiento 23 unidades móviles que atendieron a 9.925 personas. De estas unidades, 12 han dispensado metadona a un total de 1.849 usuarios

(2.197 usuarios en 2020) y 20 unidades han distribuido 325.250 jeringuillas (el 26,9% del total de jeringuillas distribuidas). Destaca la oferta de estas unidades en las CCAA de Madrid, Baleares y Cataluña.

Oficinas de farmacia [11]

Las farmacias son fácilmente accesibles y tienen una gran cobertura territorial. Ello unido a la condición sanitaria del personal que trabaja en ellas, las sitúa en un lugar privilegiado para acceder a las personas usuarias de drogas por vía inyectada y participar activamente en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud.

En 2021, distribuyeron 152.390 jeringuillas (el 12,6% del total), destacando como dispositivo de distribución en las comunidades de Cataluña, País Vasco y Navarra. Asimismo, estos dispositivos destacan como dispensadores de metadona en las comunidades de Madrid, y Cataluña.

Salas de inyección segura o de consumo supervisado de drogas (supervised drug consumption facilities) [11].

Son centros que, bajo control sanitario, permiten a los pacientes administrarse la sustancia de abuso en condiciones sanitarias adecuadas y bajo la supervisión de profesionales. Ofrecen, además, intervenciones preventivo-educativas, atención en las emergencias y derivación a otros recursos.

En el año 2021, han estado en funcionamiento 16 dispositivos en las Comunidades Autónomas de Cataluña y País Vasco (15 y 1 respectivamente), que han atendido a un total de 2.854 personas (3.480 en 2020). Estos centros han dispensado el 8,2% (99.364) del total de jeringuillas dispensadas. Además de estas 16 salas de inyección segura, es importante destacar que en la Comunidad de Madrid durante 2021 han estado funcionando 2 dispositivos que intervienen en salas de reducción del daño del consumo de alcohol en centros de la Red de Personas Sin Hogar, y que han atendido a 79 personas.

También hay que señalar el rol de los **centros ambulatorios** en la dispensación de sustitutivos opiáceos y en la distribución de jeringuillas; en estos centros se han distribuido 27.459 jeringuillas, representando el 2,3% del total de jeringas distribuidas (41.627 en 2020).

Por último, existen otros tipos de programas de reducción del daño como Programas de Acercamiento a Grupos de Riesgo en la Calle gestionado por diversas ONGs, Comités Ciudadanos Anti-sida, etc. que, en 2021 en el conjunto del país, sumaron 225 dispositivos que han repartido 172.190 jeringas (137.046 jeringas en 2020).

Con esta información podemos señalar que los recursos de atención para reducción del daño (Centros de Emergencia Social, Unidades Móviles, y Salas de venopunción, y otros recursos) han atendido a 34.478 personas, esta cifra significa una disminución respecto a 2020 (40.021).

Atención médica integrada en centros de drogodependencia

Pruebas, tratamiento y atención de enfermedades infecciosas

Los Planes Autonómicos de Drogas/Adicciones ofrecen una amplia y variada gama de medidas para prevenir y controlar las enfermedades infecciosas entre los usuarios de drogas. Prácticamente, todos los usuarios de drogas problemáticos o de alto riesgo (PDU/HRDU) que lo necesiten disponen de servicios de asesoramiento individual (*individual counselling*) sobre riesgos de enfermedades infecciosas, pruebas para detectar el virus de la hepatitis C y el tratamiento necesario, tratamiento antirretroviral para aquellos infectados por VIH, consejo y formación sobre el uso seguro de jeringuillas, programas de dispensación de éstas, etc.

En algunas Comunidades y Ciudades Autónomas se han puesto en marcha algunos programas considerados de Buenas Prácticas que fomentan la detección de infección por VHC en el momento en el que un usuario es admitido en los centros de tratamiento, facilitando el acompañamiento de estos usuarios hasta las unidades de tratamiento de Hepatitis C disponibles en el Sistema Nacional de Salud en aquellas Comunidades Autónomas en las que las redes de asistencia a drogas y salud no son coincidentes, todo ello con el objeto de asegurar que los pacientes infectado por VHC acceden a tratamiento de manera inmediata.

Vacunación

La vacuna de la hepatitis B, con una cobertura universal y para todos los recién nacidos, se lleva a cabo desde 1995 en todas las Comunidades Autónomas y en las Ciudades de Ceuta y Melilla. También se facilita esta vacuna a los usuarios de drogas que lo soliciten, así como a aquellos colectivos que por su trabajo están o puedan estar en contacto con poblaciones de riesgo: personal sanitario en general, educadores, trabajadores de la red de tratamiento a usuarios de drogas, trabajadores en centros penitenciarios, etc.

Formación en respuesta a emergencias (entornos, grupos destinatarios) y distribución de naloxona

En relación con la prevención de muertes relacionadas con el uso de drogas y las urgencias relacionadas con las mismas (*acute drug-related deaths and drug-related emergencies*), los sistemas social y sanitario de las Comunidades Autónomas ofrecen materiales informativos, evaluación individual sobre riesgos de sobredosis y otras medidas de prevención, a través de los

correspondientes recursos y servicios, incluyendo programas de alcance (*outreach programmes*). Además, se están desarrollando programas de prevención de sobredosis, principalmente en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid, Islas Baleares y País Vasco, en 2021 han pasado por estos programas 2.084 personas. En Cataluña, en estos programas se realiza formación específica para el manejo de situaciones de sobredosis, dirigida a profesionales, personas con adicciones a opiáceos y sus familias y allegados, incluyendo en Cataluña el suministro de kits de naloxona. Sin embargo, la implementación de estos programas aún es limitada ya que, aunque se está trabajando en esta dirección, recientemente se ha otorgado la autorización de comercialización de naloxona en formato intranasal en 2021, lo que facilitará su disponibilidad y la implementación generalizada de programas de prevención de sobredosis.

Integración en la puesta en libertad / transición de la prisión a la comunidad

El objetivo genérico de la intervención con los consumidores de drogas que ingresan en prisión es su normalización e integración social, para lo cual se desarrollan programas preventivos, asistenciales y de reincorporación social en centros penitenciarios y centros de inserción social (CIS), en colaboración con Instituciones, entidades y ONG's.

Según la “Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP) 2022” [12], el consumo de drogas afecta a la mayoría de las personas que ingresan en prisión: el 53,5% de los internos consumía drogas en el mes anterior al ingreso en prisión, generalmente en un contexto de policonsumo. Referido al total de la población de internos, el 6,7% de las personas ingresadas en prisión eran consumidores de drogas por vía parenteral en el mes previo al ingreso (6,4% en ESDIP 2016). Una vez ya en prisión, esta vía de consumo desciende al 1,2% de las personas ingresadas en prisión (consumo en el último mes en prisión) (1,3% en ESDIP 2016). El uso de la vía inyectada entre los internos es más frecuente cuando están en libertad que cuando están en prisión. Perfil del interno que se inyecta en prisión (últimos 30 días): hombre español, mayor de 35 años, actualmente penado, que se inyectó por primera vez con 21,2 años. En prisión (últimos 30 días), las drogas que los internos se han inyectado son los tranquilizantes no recetados seguidos de los opioides y la cocaína.

El objetivo principal de los programas de reducción de riesgos y daños es reducir los efectos nocivos del consumo de drogas a nivel sanitario, psicológico y social. Consisten, fundamentalmente, en programas sanitarios, intervenciones de prevención, educación para la salud y mediadores en salud, programas de intercambio de jeringuillas y distribución de papel de aluminio, programas de actuación en sobredosis y los programas de tratamiento con metadona.

Hacia estos objetivos están dirigidas las siguientes medidas y actividades:

- ▶ Talleres de preparación para la salida y reincorporación social.
- ▶ Formación prelaboral y laboral.
- ▶ Salidas programadas.
- ▶ Salidas diarias para trabajar o para tratamiento.
- ▶ Participación en los recursos sociales que favorezcan la normalización.
- ▶ Clasificación en tercer grado y cumplimiento en centros abiertos.
- ▶ Derivación a dispositivos no penitenciarios para el cumplimiento de la condena por el artículo 182 del Reglamento Penitenciario.
- ▶ Derivación a los dispositivos comunitarios de atención especializada al drogodependiente en los casos de progresión a tercer grado, permisos de salida y libertad.

Es fundamental la continuación del proceso terapéutico. Para ello se contacta y se trabaja de forma coordinada con las asociaciones, entidades y los recursos asistenciales de los Servicios Autonómicos de Salud, Planes Autonómicos y Municipales sobre Drogas y de los Servicios Sociales, para conseguir una globalidad entre las actuaciones, evitando la ruptura en el proceso terapéutico, garantizando la continuación de la intervención terapéutica y obtener una reincorporación dinámica y positiva por medio de acciones viables.

Durante 2021 un total de 1.715 personas ingresadas en centros penitenciarios fueron derivadas a centros comunitarios para continuar el tratamiento con motivo de alcanzar la libertad (condicional, definitiva o provisional) y en los casos de tercer grado art. 182 del Reglamento Penitenciario (derivación a comunidad terapéutica extrapenitenciaria). El desglose por centro o recurso es el siguiente:

- ▶ 778 a centros de tratamiento con metadona.
- ▶ 447 a centros ambulatorios (*outpatient centres*).
- ▶ 289 a comunidades terapéuticas.
- ▶ 191 a otros recursos (centros de día, pisos de inserción, programas de inserción laboral, etc.).

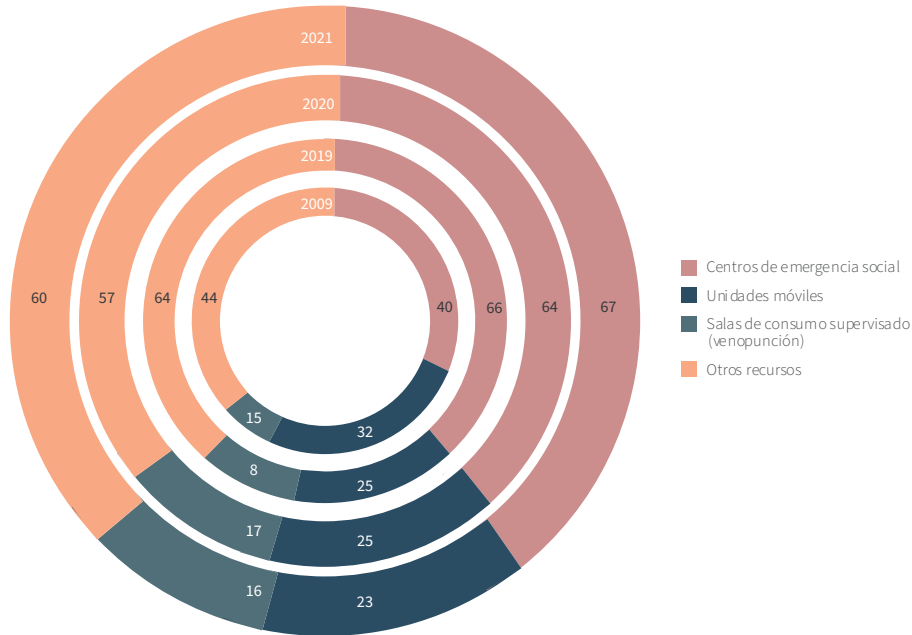
Disponibilidad, acceso y tendencias de los servicios

Según el **Informe de la Evaluación final de la Estrategia Nacional sobre Drogas (END) 2009-2016 [13]**, realizada en 2016 y 2017, los **programas de reducción de daños** están generalizados en el territorio nacional, aunque con perfiles variados según la CCAA. Prácticamente en todas se realizan actividades de educación sanitaria o de intercambio de jeringas. La reducción de daños también está generalizada en los centros penitenciarios españoles y hay un buen grado de implementación de programas en contextos marginales y de ocio. Tan solo los programas de prevención de sobredosis son una opción limitada en la actualidad, siendo un área a desarrollar y en la que se está trabajando.

También existen importantes diferencias en el perfil de programas ofertados entre las distintas CCAA: ocho de ellas implementan todos o la mayoría de los programas incluidos en esta evaluación, mientras que tres de ellas disponen de una oferta mucho menos variada que la media, con tan solo dos o tres de estos programas. Probablemente, estas diferencias son explicables por la diferente ubicación del Plan de Drogas/Adicciones en la propia organización de la Comunidad Autónoma, bien sea dentro del sistema sanitario, o bien en el de los servicios sociales.

El **número total de recursos de reducción de daños** en el periodo de vigencia de la actual Estrategia Nacional sobre Drogas 2017-2024 [7] se mantiene estable, ligeramente al alza, a pesar del aumento considerable respecto a 2009 (Fig.VII). Este incremento se debió a la inclusión de los Centros Asistenciales, que no habían sido considerados en el año 2009. No obstante, sí que hubo cambios en cuanto al tipo de recursos: aumentaron notablemente los Centros de Emergencia Social y también, aunque menos, los Dispositivos de Consumo Supervisado; se redujeron los programas de captación activa (*outreach*) y las Unidades Móviles. Probablemente esto tuviera que ver con el descenso de la vía inyectada de los consumidores de drogas.

En 2021, las cifras se mantienen relativamente estables en el número de recursos de reducción de daños.

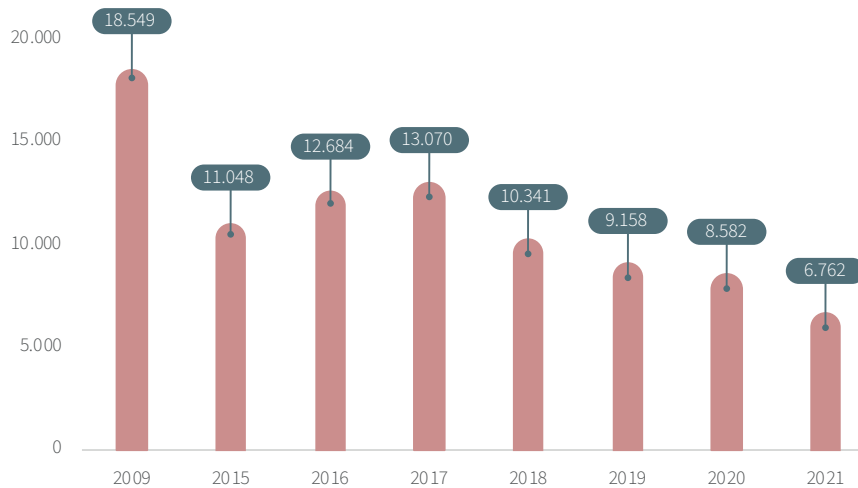
Figura VII Número de Servicios de reducción de daños 2009-2019-2020-2021:

FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de datos facilitados por las Comunidades y Ciudades Autónomas.

En relación al **número de personas atendidas**, en 2021 ha disminuido el número de casos atendidos en los programas de reducción de daños respecto a 2020 (34.478 personas en 2021 vs 40.021 personas en 2020). Según los datos del OEDA la estimación del número de inyectores estuvo aumentando desde 2015 hasta 2017 (Figura VIII) y coincide con una tendencia también ascendente del número de jeringuillas distribuidas en ese periodo. No obstante, desde 2018 se registra un descenso del número estimado de inyectores, que se ha confirmado para 2021, lo que se corresponde con el descenso del número de jeringuillas distribuidas que se ha registrado en 2020 y 2021, dato en probable relación con la pandemia por COVID19, con el propio descenso del número de inyectores y que, no obstante, habrá que continuar monitorizando en los próximos años.

En esta misma línea se encuentra también el descenso del porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH cuya vía de transmisión es el consumo de drogas por vía inyectada que, en 2021, es del 1,6% y representa la cifra más baja registrada en los últimos doce años (2009-2021).

Figura VIII. Estimación del n.º de inyectores de drogas en el último año, 2009-2021. Valor medio entre la población general de 15-64 años*.



FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, OEDA y Memoria PND, a partir de datos facilitados por las Comunidades y Ciudades Autónomas

* Estimación por métodos indirectos. En 2017 se produjo un cambio en la cifra estimada del n.º de inyectores en relación con la que fue notificada inicialmente, debido a un error en la notificación de la CCAA de Andalucía en 2017, pasando el total de usuarios en tratamiento con Metadona en España de 53.753 a 52.753 y modificando la estimación del n.º de inyectores en 2017 de 13.136 a 13.070.

Tendencias en jeringas [3]:

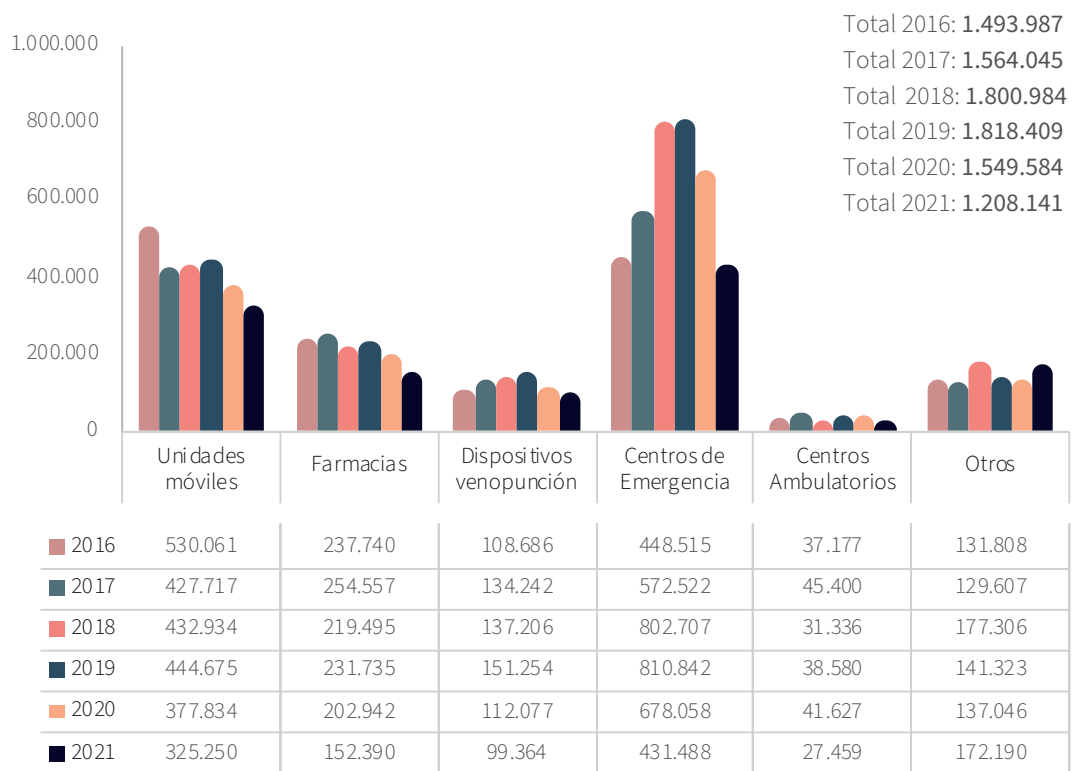
Los Programas de intercambio de jeringuillas (PIJS) tienen una especial importancia en la reducción del daño asociado al consumo de drogas por vía parenteral, al disminuir la vida media de las jeringuillas y prevenir la diseminación del VIH, VHB y VHC, etc.

En 2021, según datos notificados por las CCAA, se dispensaron en España 1.208.141 jeringuillas en diversos dispositivos. Esta cifra es significativamente inferior a la notificada para 2020 (1.549.584). En comparación con las cifras registradas hace 15 años, el número de jeringuillas dispensadas se ha reducido considerablemente, pero en los últimos años (2015: 1.430.426; 2016: 1.493.987; 2017: 1.564.045; 2018: 1.800.984; 2019: 1.818.409; 2020: 1.549.584) se vienen observando modificaciones en la tendencia, ya que entre los años 2015 y 2019 se registró un aumento, que fue paralelo a la tendencia ascendente del número estimado de inyectores realizado por el OEDA en 2015, 2016 y 2017, pero no se correspondía con el descenso registrado para esta estimación en 2018 y 2019. Finalmente, en 2020 y 2021, se ha confirmado el descenso paralelo del n.º de jeringuillas distribuidas y del n.º de inyectores estimado por el OEDA. De todas formas, este descenso se ha producido en el contexto de la pandemia por COVID19, por lo que habrá que monitorizar la tendencia en los próximos años.

Además, hay que tener en cuenta que en el proceso de recogida de datos concurren diversos factores que pueden dar lugar a una falta de precisión a la hora de reflejar el número total de jeringuillas distribuidas. Dado el elevado número de dispositivos y programas que llevan a cabo esta distribución, es posible que no siempre se lleve una contabilidad precisa del número de jeringuillas distribuidas, o que no se registren de forma precisa por razones de tipo administrativo, etc., por lo que las cifras anteriormente citadas pueden sufrir variaciones anuales en relación con la forma y la calidad de la notificación de las CCAA. No obstante, se mantiene monitorización permanente de los datos y de su correlación con otros indicadores (nuevos casos de VIH en relación con uso de drogas por vía inyectada, porcentaje de inyección en el indicador de mortalidad, etc.).

En el caso de Instituciones Penitenciarias, el número de jeringuillas que se distribuyen a través de los programas que se llevan a cabo en los centros penitenciarios dependientes del Ministerio del Interior mantiene una clara tendencia descendente (2009: 12.043; 2015: 4.500; 2016: 4.037; 2017: 4.109; 2018: 3.233; 2019: 2.971; 2020: 1.726; 2021: 908).

Figura IX Nº de jeringas dispensadas en programas de reducción de daños 2016-2021 (*excluyendo prisiones).



FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de datos facilitados por las Comunidades y Ciudades Autónomas.

Actividades de reducción de daños frente al VIH y VHC

A diciembre de 2021, se estima que aproximadamente el 7,5% de las personas con infección por VIH no están diagnosticadas (*Actualización del Continuo de atención del VIH en España 2021-2022*) [14].

Por ello, en el marco del **Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y otras ITS [9]**, el diagnóstico precoz del VIH es una prioridad, y en los últimos años el Plan Nacional sobre el Sida en coordinación con todos los agentes implicados en la respuesta a la epidemia, ha dedicado mucho esfuerzo, recursos y programas para disminuir esta fracción no diagnosticada y detectar la infección de forma temprana.

De hecho, en relación con los objetivos establecidos por ONUSIDA 90%-90%-90%, España habría alcanzado los objetivos planteados para el porcentaje de personas diagnosticadas en tratamiento antirretroviral (96,6%), para el de personas que alcanzan supresión viral (90,4%) y también para el objetivo del porcentaje de personas que conocen su diagnóstico (92,5%).

Actualmente, la prueba del VIH está disponible para toda la población en todos los centros sanitarios: hospitales, urgencias y centros de salud. Además, para mejorar el acceso al diagnóstico, también se puede realizar la prueba en otro tipo de centros. La prueba del VIH es voluntaria y confidencial, y en muchos de estos centros, gratuita. Para facilitar el acceso, se ha elaborado un Mapa de Centros Comunitarios, georreferenciado, que incluye:

- ▶ Centros de ONGs
- ▶ Centros de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS)
- ▶ Farmacias (programas comunitarios de algunas CCAA)
- ▶ Otros: centros juveniles, municipales...

En relación a la Hepatitis C el **Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (2015) [10]** se estructura en 4 Líneas Estratégicas:

- ▶ Cuantificar la magnitud del problema, describir las características epidemiológicas de los pacientes con infección por hepatitis C y establecer las medidas de prevención.
- ▶ Definir los criterios científico-clínicos que permitan establecer la adecuada estrategia terapéutica considerando el uso de antivirales de acción directa para el tratamiento de la hepatitis C en el SNS.

- ▶ Establecer mecanismos de coordinación para implementar adecuadamente la estrategia para el abordaje de la hepatitis C en el SNS.
- ▶ Fomentar el avance en el conocimiento de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C en el SNS mediante actuaciones en I+D+.

Desde entonces, se han realizado estudios de seroprevalencia en población general (7.675 participantes del grupo de 2 a 80 años de edad) en 2017-2018, registrando una prevalencia de infección activa del 0,2% para el grupo de 20 a 80 años. Asimismo, se han realizado esfuerzos en prevención secundaria con el fin de promover el diagnóstico precoz en poblaciones prioritarias, como son las personas con adicciones (y especialmente las que utilizan sustancias psicoactivas por vía inyectada). Además, en julio de 2020 fue publicada una guía de cribado de la infección por VHC [15] en el marco de un grupo de trabajo liderado por el Plan del SIDA y en el que participaron expertos nacionales e internacionales y los responsables del área correspondiente en las Comunidades Autónomas.

Intervenciones específicas para otros daños a la salud relacionados con las drogas: Conducción [16]

Desde 2003-2004, los programas de reducción de daños han presentado una tendencia a la estabilización en contraste con el importante crecimiento que experimentaron en años anteriores. Si bien en un principio estuvieron muy relacionados con la prevención de la infección del VIH y el SIDA, y en estrecha relación con el consumo de heroína, estos programas han ido evolucionando y en la actualidad incluyen actividades de prevención de accidentes de tráfico por consumo de alcohol y otras drogas, así como actuaciones de disminución de riesgos, especialmente en contextos de ocio nocturno.

El 14,5% de españoles que conducen turismos han consumido alguna droga de comercio ilegal y/o alcohol, antes de conducir. Este es el dato general del estudio de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas elaborado por la DGT en 2021 [16].

Otros datos relevantes del estudio (en base a la determinación de sustancias en fluido oral realizada en la vía pública, y confirmados en laboratorio), son:

- ▶ Un 10,5% de los conductores que circulan por las vías públicas en España, han realizado un consumo reciente de drogas, con o sin alcohol.
- ▶ Un 4,5% de los conductores presentaron consumos recientes de alcohol (por encima de 0,05 miligramos por litro de aire), con o sin drogas.

- ▶ Un 4,0% de los conductores dieron positivo al test de alcohol (>0,05 mg/l de aire espirado) sin haber consumido drogas.
- ▶ Un 9,9% de los conductores presentaron consumo reciente de drogas sin haber tomado alcohol.
- ▶ Las drogas más consumidas entre los conductores continúan siendo el cannabis (7,1%), seguida de la cocaína (5,2%). En el 2,7% han consumido varias sustancias.

El consumo combinado de distintas sustancias psicoactivas sigue siendo un problema importante en España. Un 2,7% de los conductores participantes en el estudio EDAP'15 habían consumido más de una sustancia antes de conducir

Prevención de accidentes de tráfico por consumo de alcohol y otras drogas

Los Planes Autonómicos de Drogas, en muchos casos en colaboración con los municipios, llevan a cabo programas y actuaciones diversas con el objetivo de prevenir y reducir los accidentes de tráfico y las consecuencias derivadas de los mismos, especialmente en lo que se refiere a la relación de los mismos con el consumo de alcohol y otras drogas.

Entre estos programas hay que destacar actividades de sensibilización, información y prevención dirigidas a jóvenes y menores de edad, principalmente durante el período vacacional de verano y otras fiestas a lo largo del año, con el fin de concienciarlos para que en caso de que hayan consumido alcohol eviten conducir vehículos, o se pongan de acuerdo para que el conductor que lleve a varios pasajeros no consuma bebidas alcohólicas u otro tipo de drogas. Asimismo, se fomenta y facilita el uso de transporte público en determinadas fechas y lugares de gran concentración juvenil y ambiente festivo.

En un número apreciable de casos, estos programas se realizan, asimismo, en colaboración con el sector de la hostelería y la industria del ocio nocturno (bares, discotecas, pubs, etc.).

Por otra parte, la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil, dependiente de la Dirección General de Tráfico (Ministerio del Interior) en el marco de la **Estrategia de Seguridad vial 2030** [17], realiza actividades de control a los conductores de vehículos para la **prevención de accidentes de tráfico asociados al consumo de sustancias psicoactivas** (en relación con el consumo de alcohol y otras drogas), a lo largo de todo el año (y de forma especialmente intensa en los meses de verano, Navidad y otras fiestas).

Pruebas de drogas a conductores de vehículos [16]

La Dirección General de Tráfico ha realizado en 2021, 123.229 controles a conductores en carretera para determinar la presencia de drogas distintas al alcohol (drogas de comercio ilegal). Esa cifra ha supuesto un incremento de más del doble de los controles realizados en 2020, como

consecuencia de la recuperación de la normalidad en los desplazamientos y en los controles de vehículos debidos a la pandemia por COVID19.

Cabe destacar el gran incremento en el número de pruebas de drogas realizadas en España desde 2013. En el ámbito de actuación de la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil [18] [19], se ha pasado de los 4.285 controles realizados en 2013, a los 95.461 realizados en 2021. Los motivos de las pruebas pueden ser el control preventivo, la infracción o la implicación en accidente. En conjunto, en 2021, el 39,0% (39,3%) de las pruebas revelaron un resultado positivo en la prueba de cribado (lo que supone la obligación de someterse a una segunda prueba evidencial en laboratorio). Este porcentaje supone un 4,0% más que el obtenido en el año 2020. En cuanto a las sustancias detectadas, cannabis y cocaína son, por este orden, las dos más frecuentes, constituyendo la mayoría de los casos positivos detectados en carretera.

Pruebas de alcohol a conductores de vehículos [18]

La Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil (ATGC) ha realizado durante 2021 un total de 3.617.582 pruebas de alcohol en aire espirado (tanto en controles preventivos, como en accidentes, como en caso de infracciones) de las que el 1,2% dieron resultado positivo (1,0% en 2020). El porcentaje de pruebas positivas relacionadas con la existencia de un accidente (5,6%) es casi cinco veces mayor al obtenido en controles preventivos (1,2%). En caso de infracción el porcentaje se reduce al 0,6%.

En la tabla V se expone el número de pruebas de alcohol realizadas en el ámbito interurbano de competencia estatal.

Hay que recordar que tanto las pruebas en carretera de alcohol como de otras drogas se realizan en conductores que, en el caso de que se trate de un accidente, se encuentran en un estado de salud que permite la realización de las pruebas.

Tabla V. Pruebas de alcoholemia en controles preventivos*. España, 2006-2021.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pruebas en controles preventivos	3.347.015	3.759.574	4.417.645	5.105.660	4.550.158	5.561.269	5.680.158	5.652.308	5.536.613	5.741.134	4.356.921	4.485.385	4.752.798	5.610.291	2.453.661	3.617.582
Positivas %	2,5	2,1	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,6	1,4	1,5	1,4	1,3	1,2	1,0	1,2

* La actividad excluye las vías públicas del País Vasco y Cataluña, así como los municipios con policía propia. Fuente: Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil

Presencia de sustancias psicoactivas en conductores y peatones fallecidos en accidente de tráfico [20]:

Como se ha expuesto, los resultados toxicológicos en caso de heridos graves y fallecidos se obtienen mediante otras fuentes. Cabe destacar los datos procedentes de las autopsias, que son preceptivas en España en caso de accidente de tráfico. En su informe correspondiente a los análisis realizados en fallecidos por accidente de tráfico en 2021, el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses [20], notifica un total de 1.094 fallecidos por accidente de tráfico con prueba toxicológica realizada repartidos entre conductores (812), peatones (180), acompañantes (102). Esto supone, respecto al total de fallecidos en 2021, una proporción del 74,2%, 16,5% y el 9,3%, respectivamente.

Entre los conductores fallecidos por accidente de tráfico, el 49,4% (401 casos) de los conductores fallecidos mostraron positividad para alguna sustancia psicoactiva en los análisis toxicológicos, siendo hombres el 92,3% del total. El alcohol (>0,3 g/litro para conductores noveles/profesionales o >0,5 g/l para el resto de conductores) aparece en el 34,5% de todos los conductores fallecidos (solo o asociado a drogas y/o psicofármacos), drogas de comercio ilegal en el 21,3% (solas o asociadas con alcohol y/o psicofármacos) y psicofármacos en el 11,7% (solos o asociados con alcohol y/o drogas de abuso). De los positivos a drogas de abuso, el cannabis y la cocaína son las drogas más detectadas, en el 63,0% y el 48,5% respectivamente. Las anfetaminas y relacionados están implicados en el 7,5% de los casos positivos a drogas de abuso.

Entre los peatones fallecidos por accidente de tráfico, el 37,8% (68 casos) mostraron resultados positivos en sangre a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol (por encima de 0,3 gramos por litro), siendo hombres el 75,0%. En el 23,3% de los peatones fallecidos se detectó alcohol solo o asociado a drogas y/o psicofármacos. En un 13,3% se detectaron drogas de comercio ilegal solas o asociadas con alcohol y/o psicofármacos. Finalmente, en el 14,4% de los peatones fallecidos se hallaron psicofármacos solos o asociados con drogas y/o alcohol.

Novedades en las intervenciones de reducción de daños: Chemsex

En relación con el nuevo patrón de consumo de sustancias conocido como Chemsex, se ha constituido un Grupo de Trabajo en el Ministerio de Sanidad, liderado por la Plan Nacional sobre el SIDA, con el fin de abordar la situación que se está afrontando en las consultas de los diferentes centros de tratamiento de adicciones sobre este patrón de consumo de alto riesgo, que entre otras tareas ha elaborado dos publicaciones “Guía abordaje del fenómeno del Chemsex [21]” y “Preguntas y respuestas sobre Chemsex [22]”

https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/CHEMSEX._ABORDAJE.pdf

https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Documento_preguntas_chemsex.pdf

Además, en 2018, 2019, 2020 y 2021, se han financiado ya algunas iniciativas de formación en prevención y reducción de riesgos en poblaciones de riesgo (LGTB) a través de las convocatorias de ayuda (call for tender) de la DGPNSD.

Reducción de daños en pandemia COVID.

A consecuencia de la pandemia COVID y, especialmente, durante la etapa de confinamiento, las intervenciones de reducción de daños tuvieron que ser adaptadas a la situación existente, así:

- ▶ Se modificaron las pautas de dosificación de metadona en los pacientes en tratamiento sustitutivo por adicción a opiáceos, aumentando la dosis total para llevar a casa (*take-home dosage*) y reduciendo la frecuencia de visitas a los centros de dispensación.
- ▶ Se modificaron las pautas de acceso al material de consumo inyección estéril, estableciendo puntos accesibles para que los usuarios pudieran acudir y tomar los materiales que necesitaban (jeringuillas, antisépticos y desinfectantes, etc.) o incluso se establecieron, por parte de algunas ONG, servicios a domicilio para los usuarios habituales de los centros de reducción de daños.
- ▶ Para aquellos usuarios de sustancias psicoactivas (legales o ilegales) en situación de exclusión social grave y sin hogar, se habilitaron diversos recursos (albergues, hoteles, etc.) que les permitieron guardar las medidas de seguridad relativas al COVID al mismo tiempo que se aplicaban intervenciones de reducción del daño con respecto al consumo de sustancias psicoactivas (consumo regulado de alcohol, administración de metadona, benzodiazepinas, etc.). En la actualidad, se trabaja en la valoración del mantenimiento de algunas de estas iniciativas tras la pandemia.

Garantía de calidad de los servicios de reducción de daños

En España no se cuenta, con carácter general, con un sistema que sea de aplicación a nivel de todo el Estado español para acreditar la calidad de los servicios de tratamiento de drogas. No obstante, en el caso de los tratamientos con sustitutivos opiáceos sí que existe una normativa legal a nivel estatal que los regula: Real Decreto 75/1990 y Real Decreto 5/1996. Estas normas

se refieren, entre otros aspectos, a los centros o servicios para realizar este tipo de tratamiento (incluidos los centros penitenciarios); las Comisiones de acreditación, evaluación y control de estos centros o servicios; la elaboración, conservación o dispensación de los sustitutivos opiáceos; y los criterios de admisión a tratamiento con estas sustancias. A partir de esta normativa común, las Comunidades Autónomas han desarrollado disposiciones más específicas de aplicación en sus territorios autonómicos.

Una vez expuesto lo anterior, es necesario hacer referencia a varias actuaciones que se han desarrollado en los últimos años. Por un lado, se ha aprobado en diciembre de 2013 la Ley 20/2013, de Garantía de la Unidad de Mercado que, si bien tiene un contenido de carácter básicamente económico, establece un modelo de refuerzo de la cooperación entre el Estado, las Comunidades Autónomas y las entidades locales a un nivel más general.

Esa cooperación propicia la supervisión de los operadores económicos y la cooperación para el control de los bienes y servicios, a fin de evitar perjuicios sobre la salud y la seguridad de las personas. De acuerdo con ello, la Delegación del Gobierno para el PNSD creó un grupo de trabajo con la participación de los Planes Autonómicos de Drogas, a fin de simplificar y de adecuar a la nueva ley, la normativa vigente en cada Comunidad Autónoma que regula el funcionamiento de los centros y servicios de atención a los usuarios de drogas.

La segunda actuación a este respecto se enmarcó en el Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 [23] y, concretamente en la acción 31. Dicha acción proponía la elaboración de un documento de consenso donde se recogían los criterios mínimos que deben cumplir los programas de reducción de la demanda, y que, además, debía servir para la puesta en marcha de sistemas de acreditación de ese tipo de programas. Para la implementación de esa acción se constituyó un grupo de trabajo formado por representantes de la Delegación, de varios Planes Autonómicos y de ONGs, cuyo resultado fue la elaboración del documento de estándares mínimos de calidad en reducción de la demanda. Se puede consultar en el siguiente enlace: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion_31_Estandares_minimos.pdf

En el Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020 [8], se incluyeron dos acciones, la primera: Cartera de servicios en reducción de la demanda, continuación de la Acción 31 del anterior Plan de Acción, y que basada en los criterios mínimos que deben cumplir los programas de reducción de la demanda, pretendía establecer una cartera mínima de servicios en todo el territorio nacional en el ámbito de Reducción de la Demanda, trabajo que será continuado en el marco del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024. La otra Acción enfocada a procurar la calidad de los servicios de tratamiento de drogas es el Portal de Buenas prácticas en Reducción de la Demanda que tiene como objetivo promover la implementación y

extensión de los programas basados en la evidencia y las Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda. Se puede consultar aquí:

Portal de Buenas Prácticas en Drogodependencias - (buenaspracticasadicciones.es)

Finalmente, en el Plan de Adicciones 2021-2024 se continúan con las dos acciones del Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020, sobre la Cartera de Servicios y el Portal de Buenas Prácticas en reducción de la demanda, buscando consolidar la Cartera de Servicios mínima en programas de prevención, asistencia e incorporación social en adicciones, incluidas las adicciones comportamentales e identificar, acreditar y promover la implementación y extensión de programas basados en la evidencia. Según el Informe de la Evaluación final de la Estrategia Nacional sobre Drogas (END) 2009-2016 [13], realizada en 2016 y 2017, la calidad de los programas de reducción de daños es media, muy similar a la del resto del área asistencial. Se dispone de una cartera de servicios en 10 de las 19 CC.AA. y en 7 de ellas, un catálogo de programas. En cuanto a la evaluación, al igual que ocurre en los ámbitos de prevención y asistencia, es más frecuente la evaluación de necesidades y de procesos, pero menos la de resultados.

En lo que se refiere a *standards* y líneas directrices, existen numerosas publicaciones de instituciones, expertos y sociedades científicas que abordan cuestiones relativas a las características de las diferentes sustancias, así como las consecuencias de su consumo, y abordan también aspectos relacionados con el tratamiento de los consumidores.

Es en el ámbito autonómico donde están más desarrollados tanto los sistemas para la acreditación y evaluación de la calidad de los servicios de tratamiento de drogas, como los *standards*, las guías y protocolos a los que deben ajustarse estos tratamientos.

En general, todos los Planes Autonómicos de Drogas han aprobado normas legales, de aplicación en sus ámbitos territoriales respectivos, para la autorización y acreditación de los diferentes recursos y servicios donde se lleva a cabo el tratamiento y la asistencia a los consumidores de drogas. Esta normativa suele ser más rigurosa para aquellos centros y servicios que reciben apoyo económico de las Administraciones autonómicas o que son contratados por estas Administraciones para la prestación de los servicios de tratamiento.

Varios Planes Autonómicos (así como algunas grandes ciudades), han elaborado una “Cartera de servicios” (*Services Portfolio*) en la que se expone y se informa a los ciudadanos de los servicios que ofrecen y en qué condiciones, las responsabilidades y compromisos de prestación de esos servicios, con unos determinados estándares de calidad, los derechos y obligaciones de los usuarios, etc.

Un número significativo de redes de centros y servicios de atención a los usuarios de drogas, que dependen tanto de Administraciones Públicas (autonómicas o locales) como de ONGs, han obtenido acreditaciones de calidad otorgadas por el Club de excelencia europeo EFQM. Otras entidades han preferido acreditar sus procesos conforme a normas ISO.

Además de lo señalado anteriormente, un número apreciable de Planes Autonómicos han elaborado guías de práctica clínica o guías de procesos y procedimientos asistenciales para su uso por los profesionales que trabajan en los distintos centros y servicios. Estas guías, así como los protocolos de actuación son de aplicación tanto en los diferentes recursos de tratamiento (ambulatorios y residenciales) como para el tratamiento del consumo de diferentes sustancias (cocaína, opiáceos, alcohol, etc.), y también para el tratamiento con sustitutivos opiáceos.

Bibliografía

- [1] «Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.» Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 2023.
- [2] «Estadísticas 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.» Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones., Madrid, 2023.
- [3] «Memoria Plan Nacional sobre Drogas 2021.» Ministerio de Sanidad, Secretaría de Estado de Sanidad; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 2021.
- [4] «Biblio de controles de tráfico».
- [5] Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud., Washington D.C.: 10ª Edición. Organización Panamericana de la salud., 2018.
- [6] «Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y Sida en España 2021: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida.» Ministerio de Sanidad. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis., Madrid, 2022.
- [7] «Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.» Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas., Madrid.
- [8] «Plan de Acción sobre adicciones 2018-2020.» Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas., Madrid.
- [9] «Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030.» Ministerio de Sanidad, Madrid.
- [10] «Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C Crónica. Actualización Línea Estratégica 2.» Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General de Sanidad y Consumo., Madrid, 2017.
- [11] «Datos reducción de daños» facilitados por las CCAA a la Subdirección General de Coordinación de Programas de la DGPNSD.
- [12] «Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias 2022.» Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones., Madrid.
- [13] «Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Informe de Evaluación Final.» Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- [14] «Unidad de vigilancia del VIH, ITS y hepatitis B y C. Actualización del continuo de Atención del VIH en España.» Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis- Dirección General de Salud Pública, Madrid.
- [15] «Guía de cribado de la infección por el VHC.» Ministerio de Sanidad, Madrid, 2020.

- [16] «Revisión sistemática sobre drogas y conducción 2021,» Observatorio Nacional de Seguridad Vial. Dirección General de Tráfico, Madrid, 2021.
- [17] «Estrategia de seguridad vial 2030,» Observatorio Nacional de Seguridad Vial, Madrid, 2022.
- [18] «Las principales cifras de la siniestralidad vial España 2022,» Ministerio de Interior. Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial., 2022.
- [19] Observatorio Nacional de Seguridad Vial. Universidad de Valladolid., «Estudio de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en conductores de vehículos en España EDAP 2021,» Dirección General de Tráfico. , Madrid, 2021.
- [20] «Hallazgos toxicológicos en víctimas mortales de accidentes de tráfico. Memoria 2021,» Ministerio de justicia. Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses., Madrid, 2021.
- [21] «Abordaje del fenómeno del Chemsex,» Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad., Madrid, 2020.
- [22] «Preguntas y respuestas del Chemsex,» Ministerio de Sanidad. Plan Nacional sobre el Sida., Madrid.
- [23] «Plan de acción sobre Drogas. España 2013-2016,» Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General de Sanidad y Consumo., Madrid.



Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS