



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

ISSN 1609-607X

INFORME ANUAL 2008

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA
EN EUROPA



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

INFORME ANUAL 2008

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA
EN EUROPA

Advertencia legal

Esta publicación es propiedad del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) y está protegida por los derechos de autor. El OEDT no acepta responsabilidad alguna por las consecuencias que pudieran derivarse del uso de los datos contenidos en este documento. El contenido de esta publicación no refleja necesariamente las opiniones oficiales de los socios del OEDT, los Estados miembros de la Unión Europea o cualquier institución o agencia de la Unión Europea o de las Comunidades Europeas.

Más información sobre la Unión Europea, en el servidor Europa de Internet (<http://europa.eu>).

Europe Direct es un servicio destinado a ayudarle a encontrar respuestas a sus preguntas sobre la Unión Europea

Número de teléfono gratuito (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Algunos operadores de telefonía móvil no autorizan el acceso a los números 00 800 o cobran por ello.

El presente informe está publicado en alemán, búlgaro, checo, danés, eslovaco, esloveno, español, estonio, finés, francés, griego, húngaro, inglés, italiano, letón, lituano, neerlandés, noruego, polaco, portugués, rumano, sueco y turco. Todas las traducciones fueron realizadas por el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea.

Al final de la obra figura una ficha bibliográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2008

ISBN 978-92-9168-325-3

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2008

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica

Printed in Luxembourg

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, P-1149-045 Lisboa
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Índice

Prefacio	5
Agradecimientos	7
Nota introductoria	9
Comentario: La situación de las drogas en Europa: nuevas perspectivas y viejas realidades	11
Capítulo 1: Políticas y legislación Desarrollos en el ámbito político internacional y de la UE • Estrategias nacionales • Gasto público • Legislación nacional • Delitos relacionados con las drogas • Investigación nacional	20
Capítulo 2: Respuestas a los problemas relacionados con las drogas en Europa: panorámica general Prevención • Tratamiento • Reducción de daños • Reinserción social • Respuestas sanitarias y sociales en prisión	31
Capítulo 3: Cannabis Oferta y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Tratamiento	40
Capítulo 4: Anfetaminas, éxtasis y LSD Oferta y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Entornos recreativos • Oferta de tratamiento	53
Capítulo 5: Cocaína y crack Oferta y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Tratamiento y reducción de daños	65
Capítulo 6: Consumo de opiáceos y drogas por vía parenteral Oferta y disponibilidad de la heroína • Prevalencia y pautas de consumo • Consumo de drogas por vía parenteral • Tratamiento del consumo problemático de opiáceos	77
Capítulo 7: Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas Enfermedades infecciosas • Prevención de enfermedades infecciosas • Muertes y mortalidad • Reducción del número de muertes	88
Capítulo 8: Nuevas drogas y tendencias emergentes Medidas de la Unión Europea en materia de nuevas sustancias psicotrópicas • Tiendas en línea • El GHB y la GBL	102
Bibliografía	107



Prefacio

Nos congratula presentar el XIII Informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Este informe solo ha sido posible gracias al arduo trabajo y la dedicación de nuestros socios de los puntos focales nacionales de la red Reitox y los expertos diseminados por toda Europa, que han contribuido al análisis. Asimismo, estamos en deuda con las agencias de la Unión Europea (UE) y las organizaciones internacionales que trabajan en el ámbito de la droga. El presente informe nace como resultado de un esfuerzo colectivo; queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los que han contribuido en su elaboración. Este trabajo descansa sobre la idea de que para abrir un debate informado, productivo y razonado es imprescindible llevar a cabo un análisis objetivo de toda la información disponible sobre la situación de la droga. De esta manera, se garantiza que las opiniones estén fundamentadas en hechos y que se puedan tomar decisiones políticas delicadas a partir de una clara idea de los costes y los beneficios que se derivan de las opciones disponibles.

Este año ha sido especialmente fructífero en cuanto a acontecimientos relacionados con la política antidroga. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) ha tenido el honor de contribuir tanto a la evaluación final del actual plan de acción en materia de lucha contra la droga como a la revisión de los objetivos fijados en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) de 1998 para luchar contra el problema global de la droga. Resulta gratificante señalar que, tomando como referencia estándares internacionales, Europa es una de las regiones del mundo donde las capacidades de observación están más desarrolladas. No obstante, somos conscientes de las limitaciones de nuestras actuales fuentes de recursos y trabajamos constantemente con nuestros socios para mejorar la calidad y la relevancia de los datos disponibles.

Un tema subyacente del debate político sobre la droga es el que conforman los costes ocultos y visibles derivados del problema de las drogas en Europa. Este asunto se aborda en diferentes partes del presente informe. El OEDT ha estado trabajando para obtener una visión general del gasto público relacionado con la lucha contra la droga en los Estados miembros de la UE. Esta labor aún está en una fase incipiente y las estimaciones extraídas tienen un valor más indicativo que preciso. No obstante, permiten apreciar que se han invertido sumas considerables: las cifras preliminares oscilan entre los 28 000 millones de euros y los 40 000 millones de euros. Más difícil de cuantificar resulta el daño causado por el consumo de drogas. ¿Cómo podemos cuantificar la trágica pérdida de vidas que origina en Europa el consumo de drogas, el impacto negativo en las comunidades en las que se producen o venden drogas, o cómo podemos evaluar en qué medida el tráfico de drogas menoscaba el desarrollo social y la estabilidad

política de los países productores o de tránsito? Basta solo con considerar las preocupantes evoluciones que resultan del tránsito de cocaína por África Occidental para darse cuenta del daño colateral que este problema puede causar.

Por otra parte, cabe destacar en el plano positivo que el consumo de droga en Europa parece estar estabilizándose y se pueden observar progresos en la manera en que los Estados miembros de la UE están abordando este asunto. Nuestra valoración general es que en la mayoría de las formas de consumo de drogas no estamos asistiendo a un incremento, y en algunas áreas la tendencia parece incluso ir a la baja. Por lo que se refiere a las respuestas, prácticamente todos los Estados miembros han adoptado un enfoque estratégico y, en este ámbito, se puede observar una mayor convergencia a nivel europeo. La disponibilidad de los tratamientos continúa aumentando y en algunos países se ha alcanzado el punto en que la mayoría de los consumidores de heroína, considerados en otra época una población oculta, están ahora en contacto con alguno de los múltiples servicios. No hace muchos años, las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre los consumidores de droga por vía parenteral constituían una preocupación central en el debate político sobre la droga. Desde entonces, en Europa, una combinación pragmática de medidas de prevención, tratamiento y reducción de daños se ha convertido en la norma. Las tasas de nuevas infecciones atribuidas al consumo de drogas han sufrido un retroceso y siguen disminuyendo.

Las buenas noticias no suelen copar los titulares y se las puede pasar por alto. No obstante, es importante que los avances sean reconocidos tal y como se merecen. En Europa cada vez tenemos una idea más clara de las medidas que pueden ser efectivas para atajar el problema de la droga. Aceptar que nuestras actividades pueden, y efectivamente logran, crear una diferencia es indispensable para asegurar las inversiones y el apoyo político. Por otro lado, nuestro informe arroja luz sobre numerosas áreas en las que la Unión Europea aún debe actuar. Ejemplos de ello son el continuo incremento del consumo de la cocaína y las diferencias considerables que aún existen entre países en cuanto a la disponibilidad y la calidad de los servicios para las personas afectadas por el problema de las drogas. Por lo tanto, si bien hemos hecho progresos, debemos concluir que aún nos queda un largo camino que recorrer: por suerte, en Europa reina hoy un consenso más firme que nunca sobre la dirección que debemos tomar.

Marcel Reimen

Presidente del Consejo de Administración del OEDT

Wolfgang Götz

Director del OEDT



Agradecimientos

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) desea expresar su agradecimiento a las siguientes personas e instituciones, cuya contribución hizo posible este informe:

- los directores de los puntos focales nacionales de la red Reitox y su personal;
- los servicios de cada Estado miembro encargados de recoger los datos básicos para el informe;
- los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del OEDT;
- el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea (en particular, su Grupo de trabajo horizontal sobre drogas) y la Comisión Europea;
- el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y Europol;
- el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Interpol, la Organización Mundial de Aduanas (OMA), el proyecto ESPAD y el Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN), así como el Centro Europeo de Control Epidemiológico del Sida (EuroHIV);
- el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea y la Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Puntos focales nacionales de la red Reitox

Reitox es la red europea de información sobre la droga y la drogadicción. Está integrada por los puntos focales nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, Noruega, los países candidatos y la Comisión Europea. Los puntos focales son autoridades nacionales que, bajo la responsabilidad de sus gobiernos, facilitan información sobre drogas al OEDT.

En la siguiente dirección encontrará los datos necesarios para poder ponerse en contacto con ellos:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



Nota introductoria

El presente informe anual se basa en la información facilitada al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) por los Estados miembros de la Unión Europea (UE) y los países candidatos, así como Noruega (que participa en las actividades del OEDT desde 2001), en forma de informes nacionales. Los datos estadísticos que aquí presentamos se refieren al año 2006 (o al último año para el que se dispone de datos). A veces, los gráficos y los cuadros se refieren solo a un subgrupo de países de la Unión Europea: para la selección se han considerado aquellos países que cuentan con datos para el período de referencia.

Los precios de venta al por menor para los estupefacientes comunicados al OEDT reflejan los precios para el consumidor. Los informes de la mayoría de los países sobre pureza o potencia se basan en una muestra de todos los estupefacientes incautados, y por regla general no es posible vincular los datos comunicados a un nivel específico del mercado de las drogas. En lo relativo a la pureza o la potencia, así como para los precios al por menor, todos los análisis se basan en valores (modales) típicos o, a falta de ellos, en valores medios (o medianos).

Los informes sobre la prevalencia del consumo de drogas que se basan en encuestas de población general hacen referencia en su mayoría a la población nacional de edad comprendida entre 15 y 64 años. Entre los países que utilizan límites de edad máximos o mínimos distintos se cuentan: Bulgaria (18-60), la República Checa (18), Dinamarca (16), Alemania (18), Hungría (18-59), Malta (18), Suecia (16) y el Reino Unido (16-59).

En los informes sobre demanda de tratamientos, el término «nuevos pacientes» hace referencia a aquellos que se han acogido a un tratamiento por primera vez en su vida, mientras que «todos los pacientes» se refiere a todos aquellos que inician un tratamiento. Los datos no incluyen a los pacientes que se hallan en tratamiento continuo al principio del año en cuestión. En los casos en los que se indica un porcentaje de demanda de tratamiento para una droga principal, el denominador es el número de casos para los que se conoce la droga principal.

El análisis de tendencias se centra únicamente en los países que proporcionan suficiente información como para describir los cambios durante el período de tiempo en cuestión. Los valores no disponibles para 2006 pueden haber sido reemplazados por cifras de 2005 en los datos de análisis de tendencias para los mercados de la droga; de cara al análisis de otras tendencias, los datos no disponibles pueden haberse interpolado. Las tendencias en materia de precios incluyen un factor de corrección para descontar la inflación a escala nacional.

El término «notificación» de infracciones a la legislación antidroga puede describir distintos conceptos que varían según los países.

En el boletín estadístico de 2008 puede encontrarse más información sobre los datos y los métodos analíticos.

El informe anual está disponible en 23 lenguas y puede descargarse en el sitio web <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>

El boletín estadístico de 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) presenta todos los cuadros originales en los que se basa el análisis estadístico del informe anual. Asimismo, describe en mayor profundidad la metodología empleada y ofrece alrededor de 100 gráficos estadísticos adicionales.

Los resúmenes por país (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) ofrecen un resumen de los aspectos más importantes de la situación de la droga en cada país.

Los informes nacionales de los puntos focales Reitox presentan una descripción y un análisis detallados del problema de las drogas en cada país, y pueden consultarse en el sitio web del OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Comentario

La situación de las drogas en Europa: nuevas perspectivas y viejas realidades

Una potente voz desde Europa en un año importante de reflexión y definición de políticas

En Europa, el año 2008 ha sido el de la evaluación del plan de acción en materia de lucha contra la droga 2005-2008. Además, este año se ha elaborado un nuevo plan para seguir desarrollando la estrategia antidroga en su segunda fase (2009-2012). Al mismo tiempo, 13 Estados miembros están modificando o revisando sus estrategias o planes de acción nacionales en materia de lucha contra la droga. A escala internacional, este año tiene lugar la revisión decenal de las declaraciones y planes de acción adoptados en la XX Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS). Todo ello convierte al año 2008 en un año sin precedentes por lo que se refiere a las reflexiones que surgen en Europa y en todo el mundo acerca de los éxitos cosechados hasta la fecha por las políticas antidroga y el rumbo que deben tomar en el futuro.

Tanto en la manera en que los Estados miembros han adoptado las estrategias antidroga como también desde el punto de vista de sus contribuciones al debate global en materia de lucha contra la droga se puede observar un consenso cada vez más generalizado. A excepción de un Estado miembro, todos los Estados miembros de la Unión Europea (UE) han aprobado documentos nacionales de política antidroga, que en aproximadamente la mitad de los Estados están estructurados de manera similar al plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga. Este hecho demuestra una convergencia política creciente en Europa en torno a la cuestión de cómo abordar el problema de las drogas. Los Estados miembros de la Unión Europea (UE), apoyados por la Comisión, han adoptado una posición cada vez más uniforme en los debates en curso a raíz de la revisión de la UNGASS. En las contribuciones europeas a los debates se hizo especial hincapié en la necesidad de políticas y acciones amplias, equilibradas y basadas en datos científicos, así como en la importancia de mejorar la supervisión del problema global de la droga desde la celebración de la UNGASS.

El consumo de drogas y la aplicación de sanciones penales: un cuadro heterogéneo

En los últimos años, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) ha informado de que existe una tendencia dentro de los países europeos a distinguir mediante la legislación antidroga de forma más precisa entre aquellas personas que trafican o venden drogas y aquellas personas que las consumen. En algunos países esta distinción se ha reflejado en la reducción de las penas por consumo de drogas, mientras que en otros se han rechazado las iniciativas en favor de la reducción de penas o incluso se han llegado a endurecer las mismas. En la práctica, distinguir entre proveedores y consumidores suele plantear dificultades y en los Estados miembros los criterios son dispares a la hora de definir la línea que separa estos dos grupos de personas.

Los datos disponibles no avalan la idea de que los países europeos castigan ahora en menor medida el consumo de drogas con sanciones penales. En los últimos cinco años se ha incrementado en Europa el número de notificaciones de infracciones a la legislación antidroga. La mayoría de las infracciones a la legislación antidroga notificadas están más relacionados con el consumo y la posesión para el consumo que con el suministro y, si bien el número de infracciones relacionadas con el suministro de drogas ha aumentado en un 12%, el número de los delitos relativos a la posesión de drogas se ha incrementado en más del 50%. El cannabis continúa siendo la droga que se asocia con más frecuencia con las infracciones a la legislación antidroga.

No es posible determinar con claridad las causas que explicarían el incremento del número de infracciones a la legislación antidroga relacionadas con el consumo de drogas e incluso cabe la posibilidad de achacar este aumento al hecho de que en algunos países se hayan simplificado los procesos administrativos que regulan las condenas por posesión de drogas. El punto de vista defendido por algunas voces de que en los últimos años ha descendido la probabilidad de que los consumidores de drogas, en especial los consumidores

de cannabis, sean acusados de infringir la legislación antidroga, no se sustenta, sin embargo, en los datos disponibles. Además, no está claro en qué medida se han modificado realmente las sanciones que castigan la posesión de drogas. El OEDT abordará este asunto en una cuestión particular el año próximo.

Nueva encuesta para estudiar la actitud de los jóvenes con respecto al consumo de drogas

En una encuesta del Eurobarómetro realizada recientemente se estudiaban la actitud y la percepción de los jóvenes con respecto a las drogas. Dicha encuesta arrojó considerables paralelismos entre los diferentes países. En conjunto, entre el 81 % y el 96 % de los encuestados consideraron que los riesgos asociados con el consumo de drogas como la heroína, la cocaína y el éxtasis debían calificarse de elevados. La gran mayoría de los encuestados (95 %) manifestó que estas drogas debían seguir siendo controladas en Europa. En lo que respecta al cannabis, se produjeron las mayores divergencias de opinión: el 40 % de los encuestados opinaba que existía un alto riesgo asociado al consumo de esta droga, mientras que prácticamente el mismo porcentaje (43 %) consideraba que el consumo de cannabis representaba un «riesgo medio para la salud», comparable en líneas generales con los riesgos derivados del tabaquismo. La percepción de los riesgos para la salud asociados con el consumo de cannabis quedó reflejada en el menor nivel de apoyo hacia la continuidad de la prohibición del consumo de cannabis (67 %), así como en el hecho de que una minoría considerable (31 %) se mostrara a favor de que el consumo de cannabis fuera regulado de manera similar al consumo de alcohol o tabaco.

Prevención del consumo de drogas: más datos científicos, pero pocos cambios en la práctica

A pesar de que existe un apoyo casi universal a la prevención del consumo de drogas, las evaluaciones formales en esta área representan un reto metodológico. Asimismo, en el pasado tan solo se disponía de un número limitado de datos científicos para demostrar la efectividad de las intervenciones en esta área. Actualmente esta situación está cambiando, dado que la base científica para la prevención del consumo de drogas sigue creciendo y se están llevando a cabo estudios más rigurosos. Si bien aún sigue siendo habitual extraer conclusiones de los resultados de estudios efectuados en los Estados Unidos, cuya relevancia para el contexto europeo puede ser cuestionable, cada vez se puede recurrir más a trabajos

realizados en Europa. En conjunto, los datos de los que se dispone actualmente permiten comprender mejor la cuestión relativa a qué medidas serán efectivas y cómo llegar a los grupos en mayor situación de riesgo. No obstante, los últimos datos indican que en un nutrido número de países los enfoques predominantes siguen siendo con frecuencia aquellos que carecen de una base científica sólida y que, en algunos casos, contemplan incluso medidas que pueden resultar contraproducentes. Los responsables de la formulación de políticas se enfrentan posiblemente al problema de que los programas de los cuales se sabe que arrojan resultados positivos exigen tanto una mayor inversión de recursos como más atención hacia la formación y el control de la calidad.

Con el fin de apoyar el intercambio de conocimientos y las mejores prácticas en el ámbito de las drogas, el OEDT ha creado en 2008 un portal de mejores prácticas. El portal, que incluye también un módulo dedicado a la prevención, proporciona una sinopsis de los últimos datos científicos sobre la eficacia («efficacy») y la efectividad («effectiveness») de diferentes programas, presenta herramientas y normas destinadas a mejorar la calidad de las intervenciones y destaca ejemplos de prácticas evaluadas en toda Europa.

Tratamiento de la drogodependencia: mayor énfasis en los resultados y las necesidades de los pacientes

El número de los consumidores de drogas en tratamiento por la drogodependencia se ha incrementado considerablemente en los últimos años, y en numerosos países un porcentaje significativo de los consumidores problemáticos de opiáceos se somete a un tratamiento de sustitución a largo plazo. Esta tendencia ha permitido aumentar las opciones farmacéuticas disponibles y ha tenido como consecuencia el que la principal preocupación política ya no sea el acceso a la terapia, sino la calidad y los resultados del tratamiento. En particular, los debates giran en torno a la cuestión de cuáles son los objetivos que se pueden considerar realistas a largo plazo para el tratamiento de sustitución y en qué medida son posibles la reinserción social y la vuelta de los pacientes a una vida normal. El acceso a un empleo es uno de los elementos clave para garantizar el éxito de la reinserción en la sociedad y ha demostrado ser de gran valor para pronosticar la posterior evolución de los drogodependientes. No obstante, la reincorporación al mercado laboral suele plantear dificultades, dadas las escasas cualificaciones y el bajo nivel educativo que caracteriza a muchos de los consumidores de

drogas crónicas, en tratamiento a largo plazo en Europa, que forman parte de una población que envejece en su conjunto. Los servicios europeos de tratamiento de la drogodependencia consideran cada vez más importante alcanzar un consenso acerca de cómo definir el éxito de los resultados en personas con problemas de drogodependencia a largo plazo y en qué medida los miembros de este grupo de población pueden reinsertarse con éxito en la sociedad.

Si bien la oferta de tratamientos de la drogodependencia se sigue ampliando en Europa, siguen existiendo diferencias considerables entre países en lo que respecta a la disponibilidad de terapias o a la medida en que se ofrecen servicios para el tratamiento de los diferentes problemas relacionados con el consumo de drogas. Asimismo, si bien se ha reconocido el valor de ofrecer opciones de tratamiento de la drogodependencia a los consumidores recluidos en centros penitenciarios, aún queda pendiente destinar las inversiones correspondientes a los servicios en esta área, que en la mayoría de los países siguen estando muy poco desarrollados. Un importante reto para los servicios de tratamiento de la drogodependencia en Europa consiste en la necesidad de desarrollar modelos de terapia a medida de las necesidades de un grupo de población más heterogéneo de consumidores de drogas. Dado que los datos científicos en esta área en general no permiten identificar un único enfoque óptimo, algunos países europeos están desarrollando nuevos métodos interesantes para el tratamiento de los consumidores de cannabis o cocaína. Los complejos problemas originados por las diferentes pautas del policonsumo de drogas y alcohol constituyen un desafío para el desarrollo de los servicios correspondientes. Por este motivo, cabe partir del hecho de que los servicios europeos de tratamiento de la drogodependencia deberán desarrollar en el futuro medidas cada vez más diferenciadas para dar respuesta a las necesidades de sus pacientes, asimismo cada vez más diferenciadas.

Cada vez más indicios apuntan a una posible caída de la popularidad del consumo de cannabis

Los últimos datos recogidos en encuestas realizadas entre niños en edad escolar y adultos apuntan a que el consumo de cannabis en su conjunto se ha estabilizado o incluso tiende a reducirse en algunos países. No obstante, siguen dándose diferentes tendencias nacionales y pueden observarse diferencias pronunciadas entre países. Esto queda reflejado en las tendencias a medio plazo: mientras que los países con bajas tasas de prevalencia acusan con frecuencia una tendencia al alza,

muchos otros países registran una situación de estabilidad y algunos países con altas tasas de prevalencia presentan una evolución a la baja.

Las disminuciones de las tasas de prevalencia pueden observarse sobre todo entre los grupos de edad más jóvenes. Los nuevos datos de la última encuesta escolar realizada en el marco del proyecto HBSC (*Health behaviour in school-aged children* [Comportamiento sanitario de niños en edad escolar]) arrojan en la mayoría de los países para el período comprendido entre 2001 y 2006 una tendencia estable o bajista en el consumo de drogas entre los escolares de 15 años. Los informes preliminares sugieren que esta conclusión podría verse respaldada por los datos de la última ronda del proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD), que se publicarán a finales de 2008. En el Reino Unido, un país que tradicionalmente registraba tasas de prevalencia del consumo de cannabis extraordinariamente altas, se puede observar ahora una tendencia a la baja estable que se manifiesta especialmente en el grupo de edad de 16 a 24 años. Las razones para esta posible caída de la popularidad del consumo de cannabis entre los jóvenes apenas están documentadas, no obstante en determinadas circunstancias podrían achacarse a un posible cambio de percepción de los riesgos asociados al consumo de esta droga. Algunos comentaristas han sugerido que la caída de la popularidad del consumo de cannabis puede deberse, entre otros factores, a un cambio de actitud con respecto al consumo de cigarrillos. En Europa es frecuente que el cannabis se fume en combinación con tabaco y los programas de prevención de drogas abordan cada vez más los efectos sobre la salud del consumo tanto de drogas legales como ilegales.

A pesar de las tendencias recientes, históricamente el consumo de cannabis en Europa se sigue manteniendo en altos niveles, y en muchos países se registran cifras significativas de consumidores regulares e intensivos de cannabis, especialmente entre los varones jóvenes. El número de los consumidores de cannabis regulares e intensivos podría evolucionar de manera independiente con respecto a las tasas de prevalencia del consumo de cannabis en la población general. Por ese motivo, es necesario prestar mayor atención a estas pautas de consumo y a los problemas asociados a las mismas.

La producción local de cannabis: esa gran desconocida

En un gran número de Estados miembros de la UE la resina de cannabis es tradicionalmente el producto de consumo predominante y en Europa Occidental se

Resumen de las estimaciones sobre el consumo de drogas en Europa

Estas estimaciones se refieren a la población adulta (de entre 15 y 64 años) y se basan en los datos más recientes de los que se dispone. El conjunto completo de datos e información sobre la metodología se pueden consultar en el boletín estadístico de 2008.

Cannabis

Prevalencia a lo largo de la vida: al menos 71 millones (el 22 % de los europeos adultos).

Consumo durante el último año: unos 23 millones de europeos adultos, es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida.

Consumo en el último mes: más de 12 millones de europeos.

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses: variación general, del 0,8% al 11,2%.

Cocaína

Prevalencia a lo largo de la vida: al menos 12 millones (el 3,6 % de los europeos adultos).

Consumo durante el último año: 4 millones de adultos europeos, es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida.

Consumo en el último mes: unos 2 millones.

Variación entre países del consumo en los últimos doce meses: variación general, del 0,1 % al 3,0%.

Éxtasis

Prevalencia a lo largo de la vida: unos 9,5 millones (el 2,8 % de los europeos adultos).

Consumo durante el último año: más de 2,6 millones, es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida.

Consumo en el último mes: más de un millón.

Variación entre países del consumo en los últimos doce meses: variación general, del 0,2% al 3,5%.

Anfetaminas

Prevalencia a lo largo de la vida: casi 11 millones (el 3,3 % de los europeos adultos).

Consumo durante el último año: unos dos millones, es decir, una quinta parte de los consumidores a lo largo de la vida.

Consumo en el último mes: menos de un millón.

Variación entre países del consumo en los últimos doce meses: variación general, del 0,0% al 1,3%.

Opiáceos

Consumo problemático de opiáceos: entre 1 y 6 casos por 1 000 adultos.

En el período 2005-2006 en el 3,5% de todos los casos de muertes de europeos de entre 15 y 39 años se trataba de muertes inducidas por drogas, de las cuales en el 70% de los casos se detectaron opiáceos.

Droga principal en un 50% del total de las solicitudes de tratamiento.

Más de 600 000 consumidores de opiáceos recibieron tratamientos de sustitución en 2006.

sigue registrando el mayor consumo a escala mundial de esta forma de droga. Por otra parte, en Europa se está expandiendo la producción local de cannabis, aunque esta evolución se ha producido en gran medida de forma inapreciable. Actualmente, la mayoría de los países informan sobre la producción local de cannabis, variando la magnitud de los cultivos de unas pocas plantas para el consumo personal hasta plantaciones a gran escala con fines comerciales.

Dado que hasta ahora no se dispone de datos sobre la extensión y la cuota de mercado relativa de la hierba de cannabis producida localmente, el OEDT está llevando a cabo actualmente un estudio para realizar un inventario del mercado del cannabis en Europa. Asimismo, crece el debate en torno a las implicaciones de la constante evolución del mercado del cannabis. Entre las preocupaciones manifestadas se incluyen el impacto negativo de los centros de producción de cannabis en las comunidades locales a consecuencia del aumento de la criminalidad, así como el hecho de que el cannabis producido localmente es, por lo general, de gran potencia. La producción local plantea también un desafío para los cuerpos y fuerzas de seguridad, dado que las superficies de cultivo se encuentran en las proximidades de los consumidores, son relativamente fáciles de ocultar y no es necesario transportar las drogas a través de las fronteras nacionales.

El consumo de cocaína sigue aumentando en un mercado europeo de estimulantes segmentado

Los estimulantes desempeñan un papel importante en Europa no solo por lo que respecta a las pautas de consumo identificadas entre los grupos de consumidores crónicos de drogas problemáticos y marginalizados, sino también entre los grupos de jóvenes mejor integrados socialmente, que consumen drogas predominantemente en su tiempo de ocio. No obstante, en Europa pueden registrarse diferentes pautas del consumo de estimulantes: en numerosos países del sur y el oeste de Europa, la cocaína es actualmente el estimulante consumido con mayor frecuencia y el consumo de esta droga sigue en aumento. En contrapartida, los indicadores de consumo de anfetaminas y éxtasis apuntan a una evolución estable o a un retroceso. No obstante, las anfetaminas siguen siendo en la mayoría de los países del centro, norte y este de Europa los estimulantes más consumidos y en algunos casos representan una parte importante del problema de la droga. El consumo de metanfetaminas

sigue estando prácticamente limitado a la República Checa y Eslovaquia, aunque esporádicamente también otros países informan de la disponibilidad o el consumo de esta droga.

Dado que existen similitudes tanto por lo que se refiere a los entornos en los que se consumen los distintos estimulantes como desde el punto de vista de los motivos citados para justificar su consumo, estas sustancias pueden considerarse en cierta medida como productos competidores dentro del mercado europeo. Esto significaría que las medidas pertinentes deben dirigirse a las sustancias en sí y tratar a los estimulantes como grupo y no como problemas individuales. Este aspecto es relevante en la medida en que cualquier acción destinada a reducir la disponibilidad de una de estas sustancias se vería menoscabada por el hecho de que los consumidores simplemente recurrirían a productos alternativos.

Los desarrollos en la producción de drogas sintéticas en Europa aumentan la preocupación sobre los costes derivados de los daños medioambientales

Los países europeos siguen siendo los principales productores de anfetaminas y MDMA, si bien la importancia relativa en Europa ha podido verse mermada debido al incremento de la producción en otras partes del mundo. Por regla general, anualmente se descubren entre 70 y 90 centros de producción, principalmente en algunos países de Europa Occidental y Oriental. Los datos policiales permiten inducir que en la producción de drogas sintéticas, incluidas las metanfetaminas, se emplean procedimientos cada vez más sofisticados: el uso de cubas de reacción de mayor tamaño, de equipamiento industrial y a medida y de equipos móviles permiten producir cada vez a mayor escala.

Este incremento general del volumen de la producción típica podría originar una exacerbación del problema del vertido de residuos. Por regla general, en la producción de un kilogramo de anfetamina o MDMA se crean aproximadamente entre 15 y 20 kilogramos de residuos que incluyen productos químicos tóxicos e inflamables que representan un riesgo para el medio ambiente. En términos de daños al medio ambiente y el saneamiento de los vertederos ilegales de residuos químicos que se derivan de la producción de drogas sintéticas, los costes pueden ser cuantiosos.

Preocupaciones y acciones relativas al tráfico de cocaína a través de África Occidental

Dado que el consumo de cocaína en Europa sigue aumentando, los esfuerzos se centran cada vez más en las medidas de prohibición del consumo de cocaína. Tanto el volumen como el número de las incautaciones de cocaína se siguen incrementando: las incautaciones anuales ascienden actualmente a más de 120 toneladas, de las cuales más de tres cuartas partes se interceptan en España y Portugal. Los esfuerzos para contener el tráfico de cocaína hacia Europa han sido respaldados por la creación, en Lisboa, del Centro de Análisis y Operaciones contra el Tráfico de Estupefacientes (MAOC-N, por sus siglas en inglés). Este centro de lucha contra el tráfico de drogas desempeña un papel central en la coordinación de medidas de prohibición y en el intercambio de inteligencia entre los Estados miembros participantes.

Si bien la cocaína entra en Europa a través de diferentes rutas, el tráfico a través de los países de África Occidental ha aumentado drásticamente y, en la actualidad, representa una de las rutas de transporte más importantes de la cocaína destinada al mercado europeo. Esta situación puede llegar a desestabilizar y menoscabar los esfuerzos por alcanzar el desarrollo de esta región, que ya debe enfrentarse a un nutrido número de problemas sociales, sanitarios y políticos. En particular, los ingresos generados por el tráfico de cocaína pueden constituir una gran amenaza para el buen funcionamiento de los sistemas de justicia penal y potenciar la corrupción. La Unión Europea y sus Estados miembros colaboran con países de África Occidental para desarrollar una serie de medidas destinadas a frenar esta amenaza creciente.

No se vislumbra una mejora del problema de la heroína y crece el consumo de otros opiáceos sintéticos

Las últimas estimaciones ponen de manifiesto que la producción potencial mundial de heroína ha seguido aumentando y que actualmente se eleva a aproximadamente 733 toneladas. No obstante, los efectos de este incremento en la disponibilidad y el consumo de esta droga en Europa son difíciles de determinar. Los datos de los que se dispone apenas permiten extraer conclusiones. Por ejemplo, el ligero retroceso del volumen de heroína incautada en la Unión Europea queda compensado por el considerable incremento en Turquía.

No existen datos científicos de peso que sugieran un crecimiento epidémico de los problemas de la heroína similar al que se pudo observar en los años noventa en muchas partes de Europa. Antes bien, los datos apuntan a una estabilización de la problemática, aunque ya ha dejado de registrarse una tendencia a la baja. De esta manera, el consumo de heroína continúa representando en Europa un grave problema para la salud pública y sigue siendo responsable de un gran porcentaje del total de los costes sanitarios y sociales asociados al consumo de drogas. Los datos sugieren que en Europa aproximadamente el 60% de los pacientes en tratamiento de su drogodependencia son tratados por el consumo de opiáceos, principalmente heroína. Entre aquellos pacientes que acceden por primera vez a un tratamiento de la drogodependencia, el porcentaje relativo de los consumidores de opiáceos —pero no el número real— ha descendido, si bien esta tendencia parece haberse interrumpido. Además, aunque hay pruebas que demuestran que el promedio de edad de los consumidores de opiáceos en Europa aumenta paulatinamente, según los datos disponibles el número de los nuevos consumidores sigue siendo tan alto que el alcance del problema no disminuirá en un futuro predecible. Al contrario de lo que la situación en Afganistán tal vez hacía intuir, en algunos países resulta evidente que se están extendiendo los problemas tanto con los opiáceos sintéticos desviados como con los fabricados ilegalmente. En Letonia, Lituania y Estonia, por ejemplo, hay indicios de que existe un problema creciente a consecuencia de la disponibilidad de 3-metilfentanilo fabricado ilegalmente fuera de la UE. Debido a su potencia (el fentanilo es significativamente más potente que la heroína), el consumo de esta droga puede ser extremadamente peligroso. Prueba de ello son los más de 70 envenenamientos mortales relacionados con el fentanilo de los que informó Estonia en el año 2006. Otros países registran un número creciente de solicitudes de tratamiento por problemas relacionados con el consumo de opiáceos aparentemente desviados de su uso terapéutico. Esto alimenta el creciente problema del policonsumo de drogas, que actualmente es característico del consumo crónico de drogas en algunas partes de Europa.

El consumo de droga por vía parenteral y el VIH: un panorama general positivo con importantes diferencias entre países

Más del 40% de todos los consumidores de heroína que inician un tratamiento en régimen ambulatorio declara que se inyecta la droga. Esto pone de manifiesto el hecho

de que esta forma de administración especialmente nociva sigue representando un tema importante en Europa en el ámbito de la salud pública. El consumo de droga por vía parenteral va unido, además de a la propagación de enfermedades que se transmiten por vía sanguínea, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis C, con un sinfín de otros problemas. Los cambios del porcentaje de los consumidores de droga por vía parenteral entre los pacientes que inician un tratamiento indican que en un gran número de países se está registrando una tendencia a la baja del consumo por vía parenteral, si bien los datos arrojan diferencias a nivel regional y nacional. En algunos países, especialmente de Europa del Este, el consumo de heroína por vía parenteral sigue siendo la principal vía de administración de esta droga y es indicada por más del 80% de los consumidores de heroína que inician un tratamiento. En algunos Estados miembros las tasas de iniciación también parecen seguir siendo relativamente altas: los estudios llevados a cabo entre los consumidores de droga por vía parenteral documentan un porcentaje relativamente alto de consumidores de droga por vía parenteral jóvenes y nuevos.

En total, la tasa de las nuevas infecciones por VIH en Europa ha experimentado un retroceso desde que a principios de este decenio se alcanzaran niveles máximos debido a una epidemia local en algunos países. El retroceso del consumo de droga por vía parenteral, así como la mayor disponibilidad de servicios de tratamiento y medidas para minimizar los daños han contribuido a mejorar la situación en general. En los pocos casos en los que se ha observado un aumento de las nuevas infecciones, dicho aumento ha sido de escasa importancia. Con todo, siguen existiendo diferencias significativas entre países. Aunque los datos apuntan a una mejora de la situación en Estonia, Letonia y Portugal, estos países siguen informando de tasas desproporcionadamente altas de nuevas infecciones y representan un porcentaje significativo de todos los nuevos casos de VIH relacionados con el consumo de drogas detectados en Europa. Los datos obtenidos de estudios regionales o locales también sugieren que la transmisión de infecciones por VIH sigue representando un problema también en España e Italia, si bien la falta de datos sobre la notificación de casos de VIH en estos países dificulta el trazado de tendencias. Asimismo en otros países, debido a la persistencia de los comportamientos de riesgo, sigue existiendo el riesgo de nuevas epidemias. A este respecto se recomienda encarecidamente adoptar una actitud alerta: por ejemplo Bulgaria informó en el año 2006 de 34

nuevos casos, mientras que en el período comprendido entre 2000 y 2003 prácticamente no se informó de infecciones en ese país.

Muertes relacionadas con las drogas: un gran lastre para la salud pública

El OEDT vigila los envenenamientos mortales atribuibles directamente al consumo de drogas (muertes inducidas por las drogas). De media, en Europa se registran anualmente aproximadamente entre 7 000 y 8 000 muertes inducidas por las drogas, aunque se sabe que no se informa de todos los casos, por lo que estas cifras deben considerarse una estimación mínima. Los opiáceos, y especialmente la heroína, constituyen las drogas relacionadas con más frecuencia con las sobredosis, aunque suelen detectarse también otras drogas y alcohol. El número de muertes inducidas por las drogas ha disminuido a principios de este decenio y actualmente se ha estabilizado. Las razones de esta evolución no están claras, y deberían llevarse a cabo más trabajos de investigación tanto sobre los factores relacionados con las sobredosis como sobre la efectividad de las medidas de prevención. Los consumidores de drogas que abandonan los centros penitenciarios son, en determinadas circunstancias, los que corren un riesgo mayor de sufrir una sobredosis. En el marco de un estudio realizado recientemente se constató que las tasas de mortalidad de este grupo de personas es entre ocho y diez veces superior a lo esperado. En total, la prevención de sobredosis sigue siendo un ámbito que requiere un aumento de las inversiones.

De los estudios se desprende, además, que la mortalidad total, es decir, teniendo en consideración enfermedades, accidentes y actos de violencia, entre los consumidores de drogas es hasta 50 veces superior que entre la población general. Por lo tanto, es necesario invertir en estudios de cohorte adecuadamente diseñados para poder comprender mejor las causas y el alcance de la mortalidad total relacionada con las drogas y examinar los diferentes riesgos, como por ejemplo aquellos a los que están expuestos los consumidores de drogas que han salido de centros penitenciarios o interrumpen un tratamiento.

Internet e innovación de mercado: un reto para la política antidroga

De una encuesta realizada recientemente por el OEDT se desprende que en Europa se venden más de 200

productos psicotrópicos naturales, semisintéticos y sintéticos a través de tiendas en línea. Muchas de estas sustancias se califican de legales («legal highs») o naturales («herbal highs») y se anuncian como alternativas a las sustancias controladas, aunque en realidad no tienen siempre el mismo estatus jurídico en toda Europa. Los informes sugieren que el número de personas que comercian en línea con estos productos va en aumento, toda vez que los vendedores son capaces de reaccionar rápidamente a los intentos de someter este mercado a control ofreciendo, por ejemplo, nuevos productos. Además, también las farmacias en línea y los comerciantes en línea que venden sustancias psicotrópicas destinadas a fines supuestamente legales pueden abrir posiblemente nuevas vías para la distribución de drogas ilegales. En conjunto, las ventas a través de Internet representan un reto considerable para las estrategias políticas antidroga y los mecanismos de control tanto nacionales como internacionales. Dada la velocidad a la que los nuevos productos llegan al mercado y son distribuidos, la supervisión de las actividades en línea se está convirtiendo en un área que debe seguir desarrollándose urgentemente.

Reconocimiento cada vez mayor de la importancia del diálogo con la sociedad civil

El problema de la droga está estrechamente relacionado con una serie de problemas sociales y sanitarios. En consecuencia, el éxito de las intervenciones en esta área exige la implicación de una amplia alianza de participantes. Asimismo, dichas intervenciones pueden beneficiarse del apoyo de las comunidades en las que se llevan a cabo. Esta conclusión se refleja en el hecho de que la necesidad de enriquecer el debate político mediante el diálogo con la sociedad civil cada vez encuentra más reconocimiento. Con este objetivo en mente, recientemente se han adoptado varias medidas en el marco del debate europeo sobre drogas. A este respecto, cabe mencionar especialmente la creación de un Foro de la sociedad civil sobre las drogas a través de la Comisión Europea que puede garantizar que las experiencias de la práctica tengan entrada en el proceso de desarrollo de la nueva estrategia antidroga de la UE y la evaluación del plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga. La importancia de consultar a los representantes de las organizaciones no gubernamentales y las comunidades locales se ha reconocido asimismo en el marco de la estrategia antidroga de la UE, así como en un informe del Parlamento Europeo de marzo de 2008, en el que se destacó el papel principal que desempeña la

sociedad civil en el desarrollo, aplicación, evaluación y observación de la política en materia de lucha contra la droga.

Investigación europea de la droga y necesidad de una cooperación transnacional

Tal y como muestra la cuestión particular publicada en 2008 por el OEDT sobre trabajos de investigación, a lo largo de los últimos diez años se han producido grandes avances por lo que se refiere a la investigación relacionada con las drogas y la correspondiente infraestructura (centros de investigación, revistas científicas, mecanismos de financiación). Lamentablemente, estos avances no han

ido acompañados del correspondiente aumento de la cooperación y la coordinación en lo que respecta a los trabajos de investigación relacionados con las drogas de los Estados miembros de la UE. Se está prestando más atención a esta cuestión, por lo que la Comisión Europea ha encargado un nuevo estudio con el fin de proporcionar un inventario de las actividades de investigación, así como un análisis comparativo de las infraestructuras disponibles en Europa y otras regiones del mundo. El informe incluirá recomendaciones para mejorar la cooperación en la Unión Europea y contribuirá al debate sobre cómo mejorar la coordinación entre las posibles fuentes de financiación para trabajos de investigación en Europa y las necesidades de los sectores de la investigación y la política.



Capítulo 1

Políticas y legislación

Introducción

La política antidroga constituirá un tema importante durante 2008. Este año, tanto las Naciones Unidas como la Unión Europea (UE) evalúan los resultados de sus políticas antidroga en relación con el consumo de drogas ilegales y los daños causados por las mismas. Las Naciones Unidas pasarán revista a los progresos realizados en la aplicación de las medidas y la consecución de los objetivos fijados durante la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) de 1998 dedicada al problema mundial de las drogas. En Europa, el año 2008 será testigo de la evaluación final del actual plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2005-2008) y de la preparación del plan de acción para los años 2009-2012. Además, un número sin precedentes de Estados miembros de la UE revisará también durante este año sus planes de acción y sus estrategias nacionales en materia de lucha contra la droga y elaborará nuevos documentos de política antidroga (1).

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) debatirá los resultados y los avances conseguidos durante 2008 en su próximo informe anual. Este año, el capítulo 1 se centra en cambios recientes en la política antidroga, presenta nuevos datos en materia de gasto público relacionado con las drogas, explora tres dimensiones específicas de la legislación sobre droga —la posesión para consumo personal, las alternativas a la condena y el énfasis en la protección del público— y destaca las últimas tendencias en materia de delitos relacionados con las drogas. El capítulo acaba con un resumen de la investigación sobre las drogas en los Estados miembros de la UE.

Desarrollos en el ámbito político internacional y de la Unión Europea

Revisión de diez años de la UNGASS

En junio de 1998, se celebró en Nueva York la XX Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para debatir el problema mundial de las drogas. Esta

«cumbre sobre drogas» estableció una nueva agenda para la comunidad internacional mediante la aprobación de tres documentos clave (2): una declaración política; una declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas; y una resolución de cinco partes con medidas para reforzar la cooperación internacional. Al adoptar la declaración política, los Estados miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a alcanzar hasta el año 2008 resultados mensurables en el ámbito de la reducción de la oferta y la demanda de drogas ilícitas.

En el marco del actual período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes (CND) de las Naciones Unidas se ha lanzado la revisión de diez años para evaluar el progreso realizado en la consecución de las metas y los objetivos fijados durante la UNGASS de 1998. Un informe presentado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) indica que en los últimos diez años se ha progresado de forma significativa, aunque en algunas áreas y regiones los Estados miembros de las Naciones Unidas no han alcanzado en su totalidad las metas y los objetivos mencionados en la declaración política (3). Esta evaluación deberá ir seguida de un período de reflexión de un año durante el cual los debates se realizarán en un primer momento en grupos de trabajo de expertos intergubernamentales y posteriormente en reuniones entre períodos de sesiones. Ello permitirá realizar los preparativos para una reunión de alto nivel de dos días en el período de sesiones de 2009 de la CND, la cual decidirá sobre una eventual futura declaración política y las medidas a adoptar.

La Unión Europea está desempeñando un papel activo dentro del marco de la revisión de la UNGASS. Las resoluciones preparadas por la UE fueron aprobadas en las sesiones de 2006 (49/1), 2007 (50/12) y 2008 (51/4) de la CND, y en todas ellas se aboga por un proceso de examen científico y transparente. El OEDT también ha participado en consultas de expertos financiadas por la Comisión Europea y organizadas por la ONUDD y, en este contexto, ha proporcionado una panorámica general

(1) El término «documento nacional de política antidroga» designa cualquier documento oficial aprobado por un gobierno que defina principios generales e intervenciones u objetivos específicos en el ámbito de la lucha contra las drogas y que sea presentado oficialmente como estrategia antidroga, plan de acción, programa o cualquier otro documento de orientación.

(2) <http://www.un.org/ga/20special/>

(3) <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

de las estrategias y las medidas en materia de drogas en Europa desde 1998.

Evaluación del plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga

En diciembre de 2007, la Comisión Europea presentó su segundo informe sobre el estado de aplicación del plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2005-2008). El informe, que incluye datos de los Estados miembros de la UE, el OEDT, Europol y la Comisión Europea, evalúa hasta qué punto se han llevado a cabo las medidas planeadas para 2007. Una de las principales conclusiones del informe fue que hay indicios de convergencia en las políticas antidroga de los Estados miembros. También se subrayaban dificultades a la hora de recopilar datos sobre actividades de reducción del suministro y vincular algunas de las acciones planeadas al indicador elegido para evaluar su ejecución.

La evaluación final del actual plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga se realizó en 2008 con aportaciones de los Estados miembros, Europol y el OEDT. Está previsto que la Comisión publique el informe de evaluación en otoño de 2008, y los resultados y las conclusiones del mismo contribuirán a la elaboración del segundo plan de acción (2009-2012) dentro de la actual estrategia de la UE en materia de drogas (2005-2012).

Otros desarrollos en la Unión Europea

En septiembre de 2007, el Consejo y el Parlamento Europeo aprobaron el «programa de prevención e información en materia de drogas» ⁽⁴⁾ dentro del marco financiero 2007-2013 y el programa general de justicia civil y derechos fundamentales. Los objetivos generales del programa son: prevenir y reducir el consumo de estupefacientes, la dependencia y los daños relacionados con la droga; contribuir a la mejora de la información en relación con el consumo de estupefacientes; y prestar apoyo a las acciones llevadas a cabo dentro de la estrategia de la UE en materia de drogas (2005-2012). El programa está dotado con 21,35 millones de euros para estudios de la Comisión, costes operativos de organizaciones no gubernamentales europeas activas en el ámbito de las drogas y proyectos transnacionales. Asimismo, pueden realizarse acciones conjuntas con otros programas comunitarios, como por ejemplo el segundo Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013) ⁽⁵⁾, el cual, en el apartado relacionado con el fomento de la salud en relación con distintos factores determinantes de la salud, incluye

iniciativas sobre drogas ilegales en entornos específicos tales como escuelas o puestos de trabajo.

En junio de 2006, la Comisión Europea publicó un Libro Verde sobre el papel de la sociedad civil en la política sobre drogas, tal y como se pide en el actual plan de acción en materia de lucha contra la droga. A esto le siguió en 2007 el proceso de selección de participantes en un foro de la sociedad civil sobre las drogas. El foro tiene como objetivo servir de plataforma para el intercambio informal de información y puntos de vistas entre la Comisión y las organizaciones de la sociedad civil de la UE, los países candidatos y, si procede, países concernidos por la política europea de vecindad. El foro incluye 26 organizaciones que representan un amplio espectro de opiniones. Se reunió por primera vez en diciembre de 2007 y por segunda vez en mayo de 2008 para debatir la evaluación del actual plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga y el nuevo plan de acción.

Estrategias nacionales antidroga

Evoluciones recientes

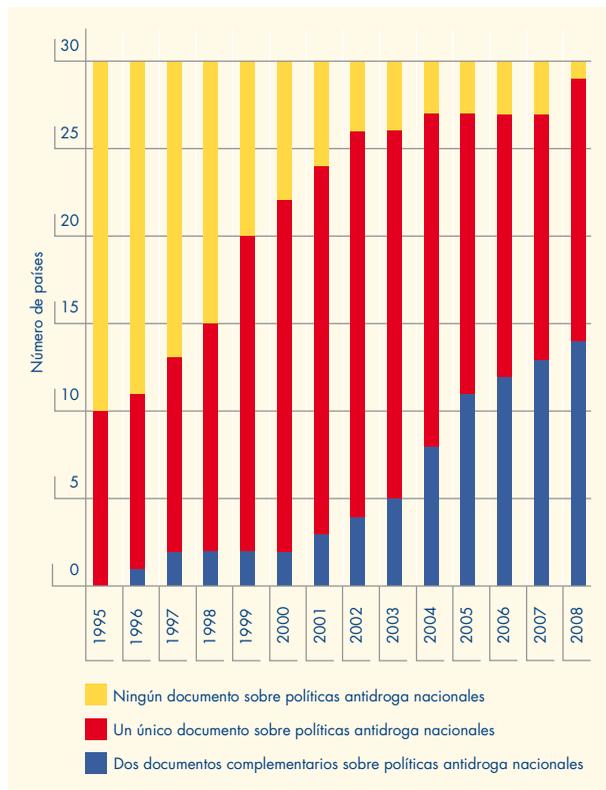
Durante la segunda mitad de 2007, cuatro Estados miembros de la UE (República Checa, Estonia, Hungría y Finlandia), así como Turquía y Noruega, aprobaron nuevos planes o programas de acción en materia de lucha contra la droga. Todos esos documentos cubren un lapso temporal de tres a cuatro años y, a excepción del plan turco, todos ellos han sido precedidos por anteriores planes o programas. España también aprobó el mismo año un programa de acción nacional complementario contra la cocaína (2007-2010).

A principios de 2008 otros tres Estados miembros adoptaron nuevos documentos de orientación en este ámbito. El primer plan de acción italiano en materia de lucha contra la droga tiene un plazo de validez de un año y se prevé que vaya seguido de un plan de acción cuatrienal (2009-2012) que se coordinará con el nuevo plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga. El primer documento nacional de política antidroga de Malta, aunque no define ningún marco temporal, incluye casi cincuenta acciones que deberán llevarse a cabo en los próximos años. Para finalizar, la nueva estrategia decenal en materia de drogas del Reino Unido (2008-2018) queda complementada, por primera vez, por un plan de acción trienal (2008-2011) que define acciones clave que deberán realizarse en un futuro próximo.

⁽⁴⁾ Decisión n° 1150/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de septiembre de 2007, por la que se establece para el período 2007-2013 el programa específico Información y prevención en materia de drogas como parte del programa general Derechos fundamentales y justicia (DO L 257 de 3.10.2007, p. 23).

⁽⁵⁾ Decisión n° 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2007, por la que se establece el segundo Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013) (DO L 301 de 20.11.2007, p. 3).

Gráfico 1: Tendencia en el número de países con documentos de política antidroga nacionales entre los 27 Estados miembros de la Unión Europea, Croacia, Turquía y Noruega



Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

La mayoría de documentos nacionales de política antidroga aprobados a finales de 2007 y principios de 2008 se centran principalmente en las drogas ilegales, aunque algunos de ellos también abarcan otras sustancias como el alcohol, el tabaco, los medicamentos y las drogas para mejorar el rendimiento. Ello refleja una tendencia generalizada entre los Estados miembros según la cual se reconoce la existencia de vínculos y similitudes entre el consumo de sustancias ilícitas y sustancias lícitas, pero los documentos de política antidroga raras veces tratan de forma exhaustiva sustancias distintas a las drogas ilegales⁽⁶⁾. Noruega sigue siendo una de las pocas excepciones a la regla, y recientemente ha aprobado un plan de acción en el que se integran totalmente tanto las drogas ilegales como el alcohol. El gran número de estrategias y planes de acción antidroga a escala nacional que habrá que desarrollar de cara a 2009, junto con aquellos recientemente aprobados, permitirá al OEDT examinar si continúa la tendencia identificada en la cuestión particular del informe anual de 2006 hacia una mayor consideración de las drogas ilegales y las drogas legales en las políticas nacionales antidroga.

Situación general

Austria es en la actualidad el único Estado miembro de la UE que no ha aprobado una estrategia o un plan de acción antidroga a escala nacional, aunque cada uno de sus Estados federados cuenta con una estrategia o un plan de acción regional de lucha contra la droga o la adicción. En los otros 26 Estados miembros, así como en Croacia, Turquía y Noruega, la política antidroga queda establecida en documentos nacionales de política antidroga. Sirva de comparación decir que, en 1995, solo 10 de estos 30 países había elaborado un instrumento de este tipo (gráfico 1).

Así pues, la convergencia también puede verse en el formato de las estrategias y los planes de acción antidroga. Catorce países estructuran actualmente sus documentos nacionales de política antidroga de forma similar a la estrategia y el plan de acción de la UE en materia de drogas. Además, el mismo número de países organiza ahora sus políticas nacionales antidroga sobre la base de dos instrumentos complementarios: un marco estratégico y un plan de acción (gráfico 1). En el año 2000, cuando la Unión Europea utilizó por primera vez este enfoque, solo dos Estados miembros contaban con dos documentos de política antidroga complementarios.

Los contenidos de los documentos nacionales de política antidroga constituyen otra área donde hay signos de convergencia entre los Estados miembros, Croacia, Turquía y Noruega, pues cada vez más se perciben objetivos e intervenciones comunes en las estrategias y los planes de acción antidroga adoptados por distintos países. Sin embargo, dado que los países europeos difieren tanto en sus problemas específicos con las drogas como en sus contextos políticos, sociales y económicos, cabe suponer que la diversidad existente en las distintas políticas nacionales antidroga, a pesar de irse reduciendo, se mantenga en cierta medida de cara al futuro. Se destacan algunos ejemplos de esta diversidad en el capítulo 2.

Evaluación

Trece Estados miembros de la UE han modificado ya en 2008 sus documentos nacionales de política antidroga o tienen previsto llevar a cabo una revisión o modificación, lo cual convierte a este año en un año de actividad sin precedentes en materia de elaboración de políticas a escala nacional. Siguiendo la estela de Italia, Malta y el Reino Unido, Irlanda renovará su estrategia antidroga en 2008; por su parte, Francia, Portugal y Rumanía renovarán sus planes de acción en materia de lucha contra la droga; Bulgaria, España, Chipre, Lituania y Eslovaquia actualizarán tanto sus estrategias como sus planes de acción antidroga. Finalmente, los Países Bajos, que cuentan con el documento nacional

(6) Véase la cuestión particular de 2006 «Políticas europeas en materia de drogas: ¿debe ampliarse su ámbito de aplicación más allá de las drogas ilegales?».

de política antidroga más antiguo, tienen la intención de elaborar un documento nuevo durante el año 2008.

En Europa se reconoce cada vez más la necesidad de incluir la supervisión y la evaluación como elementos esenciales dentro de las estrategias y los planes de acción nacionales elaborados a escala nacional. Casi todos los países mencionados anteriormente han elaborado o planean elaborar una revisión de progreso en relación con la aplicación de sus estrategias o sus planes de acción antidroga, y algunos de ellos, por ejemplo Irlanda, Chipre y Portugal, podrían realizar evaluaciones más detalladas durante 2008.

En cualquier caso, los Estados miembros de la UE presentan diferencias en cuanto a métodos y enfoques para evaluar las estrategias y los planes de acción antidroga, y existe la necesidad de identificar las mejores prácticas en este ámbito. Este hecho se subrayó en una conferencia sobre evaluación organizada por la presidencia portuguesa de la UE en septiembre de 2007. Para hacer frente a ese reto, el OEDT está explorando en colaboración con los Estados miembros la posibilidad de desarrollar directrices europeas en este campo.

Gasto público relacionado con las drogas

Cuatro Estados miembros (República Checa, Irlanda, Polonia y Portugal) han proporcionado para 2006 información detallada sobre el gasto público destinado a atajar el problema de las drogas (véase el resumen en el cuadro 1). Dos de esos cuatro países han facilitado información sobre la distribución del gasto relacionado con las drogas entre el gobierno central, por un lado, y los gobiernos regionales o las administraciones locales,

por otro, lo cual permite comparar en cada caso el papel desempeñado por los distintos niveles estatales. En los países para los que se dispone de datos, la mayor parte del gasto público notificado en relación con las drogas se asigna a actividades financiadas por el gobierno central.

Once Estados miembros aportaron información detallada sobre gastos incurridos por el Estado para ciertas actividades realizadas en respuesta al problema de las drogas. Otros dos países comunicaron estimaciones aproximadas del gasto público total relacionado con el problema de la droga (España y Malta), aunque sin dar información sobre las actividades a las que se destinaron los fondos.

En 2005 se calculó que el gasto público total de los países europeos relacionado con las drogas se situaba entre 13 000 millones y 36 000 millones de euros (OEDT, 2007a). Esta cifra se estimó extrapolando al resto de Estados los gastos públicos totales relacionados con las drogas de seis países (Bélgica, Hungría, Países Bajos, Finlandia, Suecia, Reino Unido). Recientemente se ha propuesto una estimación revisada que incluye datos de países adicionales (República Checa, Francia, Luxemburgo, Polonia, Eslovaquia) (OEDT, 2008d). La nueva estimación del gasto público relacionado con las drogas en Europa asciende a 34 000 millones de euros (intervalo de confianza del 95%, 28 000 millones-40 000 millones de euros), lo cual equivale al 0,3% del producto interior bruto combinado de todos los Estados miembros de la UE. Esto sugiere que el gasto estatal para atajar el problema de las drogas cuesta al ciudadano comunitario medio 60 euros al año. En cualquier caso, estas cifras deben entenderse como cifras únicamente indicativas dada la información limitada en la que se basan.

Cuadro 1: Gasto público consignado como relacionado con las drogas (1) en determinados Estados miembros de la Unión Europea

País	Gastos consignados como relacionados con las drogas y notificados por el gobierno (EUR)				Proporción del gasto público total (2) (%)
	Central	Regional	Local	Total	
República Checa	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Irlanda (3)	214 687 000	—	—	214 687 000	0,39
Polonia	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugal	75 195 175	—	—	75 195 175	0,11

(1) Gastos públicos explícitamente consignados como relacionados con las drogas en informes financieros oficiales.

(2) Gastos totales de las administraciones públicas durante el año.

(3) En Irlanda se pide a los ministerios y a las agencias estatales que comuniquen su gasto anual relacionado con las drogas al Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs. Estos gastos no se consignan necesariamente como relacionados con las drogas en informes financieros oficiales.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox y Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

Hacia una mejor comprensión del gasto público relacionado con las drogas en Europa. Cuestión particular de 2008 del OEDT

En respuesta al plan de acción de la Unión Europea (UE) en materia de lucha contra la droga 2005-2008, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) ha elaborado un proyecto destinado a identificar, desarrollar y probar métodos para cuantificar los gastos públicos relacionados con las drogas. Una cuestión particular sobre este tema brinda una visión general sobre las cifras globales del gasto público relacionado con las drogas en 2005 en los Estados miembros de la UE y en Noruega. La mayoría de los gastos identificados se «consignaron» originalmente como relacionados con las drogas, y por norma general su origen se determinaba mediante la revisión exhaustiva de los informes financieros oficiales, reflejando así posiblemente el compromiso voluntario de los distintos países en el ámbito de las drogas. Los gastos ocultos o «sin consignar» incluidos en programas con objetivos más amplios se estimaron, en la medida de lo posible, mediante técnicas de modelización. Este nuevo enfoque doble proporciona estimaciones estandarizadas que maximizan la validez y la comparabilidad transnacional de los gastos públicos para atajar el problema de las drogas y de la drogodependencia.

Esta cuestión particular está disponible en versión impresa y en línea, pero únicamente en inglés (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Informes sobre el coste social del consumo de drogas

Cuatro Estados miembros han proporcionado datos sobre el coste social del consumo de drogas (costes directos e indirectos provocados por el consumo de drogas). Si bien estos informes pueden ofrecer una panorámica general muy útil sobre el impacto del consumo de drogas en el país en cuestión, las diferencias en los métodos y en la forma en la que se notifican los resultados imposibilitan el establecimiento de comparaciones entre los distintos países. La falta de comparabilidad de los datos procedentes de distintos países subraya la necesidad de adoptar un enfoque común en materia de supervisión del coste social del consumo de drogas en Europa.

En Italia, el coste social del consumo de drogas ilegales se estimó en 6 473 millones de euros, asignándose la mayor parte del total (43%) a las actividades policiales y repartiéndose el resto entre servicios sanitarios y sociales (27%), así como la pérdida de productividad de los consumidores de droga y las personas indirectamente afectadas por el consumo de drogas (30%). Además, se calculó que los consumidores de drogas gastaban 3 980 millones de euros en la adquisición de drogas ilegales. Sobre la base de estos datos, se estima que el coste del consumo de drogas en Italia representa el 0,7% del

producto interior bruto del país. En los datos comunicados por Austria en 2004, la distribución entre costes directos e indirectos era la opuesta a la reflejada en los datos italianos: del coste social estimado de 1 444 millones de euros ocasionado por el consumo de drogas, el 72% se asignaba a costes indirectos.

El Reino Unido indicó que, en 2003-2004, los costes económicos y sociales del consumo de drogas de clase A (7) en Inglaterra y Gales ascendían a 22 260 millones de euros, lo cual representa un coste anual de 63 940 euros por cada consumidor problemático de drogas. Se sugirió que el consumo problemático de droga representaba el 99% de los costes totales. Los costes provocados por la delincuencia relacionada con las drogas, incluyendo la actividad de las fuerzas y cuerpos de seguridad y los costes para las víctimas de la delincuencia relacionada con las drogas, constituía la mayor proporción del total de costes (un 90% o 20 100 millones de euros).

Evolución de la legislación nacional

El examen de los cambios que se han producido en la legislación antidroga desde la UNGASS sobre drogas de 1998 reviste un interés particular durante este año de revisiones y evaluaciones internacionales, europeas y nacionales de documentos de política antidroga. Teniendo en cuenta los cambios en tres áreas clave, este apartado formula la siguiente pregunta: ¿indican los cambios en las definiciones jurídicas y las medidas ofrecidas a los consumidores de droga una nueva y más amplia tendencia en relación con cómo ven los países a los consumidores de droga?

Posesión para el consumo personal

Durante los últimos diez años, la mayoría de países europeos ha adoptado un enfoque que establece una diferencia entre el traficante de drogas, considerado un delincuente, y el consumidor de drogas, a quien se ve más bien como una persona enferma que requiere tratamiento. Sin embargo, los Estados miembros presentan diferencias considerables en cuanto a las definiciones de estas categorías contempladas en las nuevas leyes aprobadas durante los últimos años.

Una de las cuestiones en las que los Estados miembros han mostrado mayor grado de divergencia es la definición de cantidades límite en relación con la posesión para consumo personal. En el período 2004-2006, Bulgaria eliminó el concepto de posesión personal, Italia lo reinstauró 12 años después de haberlo eliminado, y el Reino Unido instauró el concepto pero luego decidió no aplicarlo. Chipre y

(7) Las drogas de clase A se definen como aquellas más perjudiciales.

Bélgica introdujeron cantidades límite definidas en 2003 para todas las drogas y para el cannabis, respectivamente; por su parte, en Alemania, los Estados federados están trabajando para aplicar de la forma más coherente posible una sentencia del tribunal constitucional en la cual el término «cantidades insignificantes» quedaba sin definir, lo que daba lugar a interpretaciones que oscilaban entre los 3 y los 30 gramos. En 2005, en Eslovaquia, las definiciones jurídicas de consumo personal se ampliaron de un máximo de una dosis a un máximo de tres y, para cantidades superiores, un máximo de diez dosis. Al mismo tiempo, no obstante, la pena por posesión de cantidades superiores a las mencionadas se incrementó a un mínimo de cuatro años de prisión, de modo que corresponde ahora a la de un delito de tráfico.

El consumo de drogas en pequeños grupos plantea otro reto al intento de diferenciar entre los consumidores y los proveedores. En Bélgica, el delito específico de consumo en grupo se revocó en 2003; ese mismo año, una enmienda al código penal húngaro permitía derivar a tratamiento al proveedor de una pequeña cantidad para consumo «conjunto» (esta enmienda se ha recurrido desde entonces por el hecho de ser legalmente poco clara). En 2006, Malta constató que la pena mínima de seis meses para los proveedores no siempre era apropiada en situaciones en las que se compartían las drogas, por lo que modificó la legislación para permitir excepciones.

En cuanto a la imposición de penas, las sanciones máximas o probables por consumo o posesión para uso personal, de no existir circunstancias agravantes, se han reducido en varios países europeos desde 2001, bien para todas las drogas (Estonia, Grecia, Hungría, Portugal y Finlandia), bien únicamente en el caso del cannabis (Bélgica, Luxemburgo y Reino Unido), bien para las drogas de menor riesgo (Rumanía). Sin embargo, no todos los países han reducido las sanciones durante este período: después de realizar consultas, Francia y Polonia decidieron no cambiar su legislación; y Dinamarca incrementó las sanciones «normales» de amonestaciones a multas (que a continuación se incrementaron). Una nueva ley en Italia ha recatalogado el consumo de estupefacientes como falta, y ha reclasificado el cannabis para que pueda ser objeto de las mismas sanciones que otras sustancias ilegales como la heroína y la cocaína. En el Reino Unido se ha anunciado que el cannabis se reclasificará para formar parte de una clase de drogas superior.

Penas alternativas

Los cambios en las derivaciones de los consumidores de droga al tratamiento desde el sistema de justicia penal comparten por regla general dos características. En primer

lugar, todos ellos amplían el margen de maniobra para la remisión a tratamiento de los consumidores de drogas. Sin embargo, existen algunas diferencias entre los Estados miembros en relación con la fase en la que se realiza la oferta de tratamiento: la mayoría de países no ofrece tratamiento en un estadio temprano durante los primeros contactos con la policía o la fiscalía, sino solo en la fase de proceso judicial. En segundo lugar, todos ellos son condicionales: el incumplimiento de la orden de tratamiento reiniciará el procedimiento de imputación de cargos penales, proceso judicial o condena.

Los países han introducido o ampliado las opciones o los sistemas para derivar a delincuentes hacia servicios de tratamiento o asesoramiento como alternativa a las sanciones o el encarcelamiento, en sintonía con los objetivos de la UNGASS y el plan de acción de la UE. En Irlanda y Malta, después de la detención, los consumidores de droga pueden ser ahora derivados a tratamiento; esta posibilidad se da también en el Reino Unido, donde la realización de análisis para detectar el consumo de drogas está permitida en ciertas circunstancias. Se han instaurado tribunales especiales para temas relacionados con las drogas en Irlanda, el Reino Unido (Inglaterra y Escocia) y Noruega, y se está debatiendo esta posibilidad en Malta; Portugal ha instaurado un sistema de «comisiones para la disuasión de la drogodependencia» compuesto por un abogado, un médico y un asistente social. En otros países se ha introducido mediante nueva legislación alguna forma de tratamiento como alternativa a la imposición de penas: en Francia, las personas no dependientes que infrinjan la legislación antidroga pueden participar a título oneroso en cursos de sensibilización; en España, Hungría y Letonia, las penas de privación de libertad pueden suspenderse para los consumidores de droga que se someten a tratamiento; y en Bulgaria, Hungría, Rumanía y Turquía, se puede combinar la libertad vigilada con el tratamiento. Los Países Bajos tienen la intención de incrementar el recurso al tratamiento como condición para una liberación anticipada. Cuando se considera apropiado, en Finlandia los delincuentes condenados pueden derivarse a una cárcel de régimen abierto siempre que se abstengan de consumir drogas; en Grecia, se les puede derivar a una unidad especial de tratamiento. El acceso de personas condenadas por delitos más graves a programas de tratamiento contra el consumo de drogas se ha ampliado en Italia (si la pena no excede un máximo de seis años de cárcel, límite que anteriormente se situaba en cuatro años) y España (donde se ha elevado de tres a cinco años). En Bélgica, existen alternativas en todos los niveles del proceso penal para derivar hacia el tratamiento a los delincuentes consumidores de drogas.

Pueden encontrarse descripciones más detalladas sobre las distintas posibilidades de tratamiento como alternativa a la imposición de penas y hasta qué punto se utilizan en los apartados de «Topic overview» (Resumen de temas) y «Legal reports» (Informes jurídicos) de la Base de Datos Jurídica Europea sobre Drogas (ELDD) ⁽⁸⁾.

Énfasis en la protección del ciudadano

En los últimos diez años, la legislación penal se ha venido utilizando cada vez más para proteger a la sociedad de los toxicómanos y, paralelamente a la distinción que se hace entre el consumidor «enfermo» y el traficante «delincuente», la categoría de «consumidor» también se está subdividiendo jurídicamente para definir a los que molestan y dañan a otros miembros de la sociedad y a los que no. Las medidas que reducen las sanciones penales para el consumo personal u ofrecen alternativas a la imposición de penas, descritas anteriormente, forman parte de esta evolución. Estas opciones de tratamiento o sanciones reducidas se conceden, por ejemplo, a condición de que el consumidor no provoque algún tipo de desorden público.

También se han ampliado los criterios y se han incrementado las sanciones para aquellos infractores susceptibles de causar un daño a otros miembros de la sociedad. La mayor parte de la actividad legislativa se ha concentrado en aquellas personas que consumen drogas y luego conducen (Bélgica, República Checa, Dinamarca, España, Francia, Letonia, Lituania, Portugal y Finlandia). Nuevas leyes que regulan la realización de pruebas de consumo de drogas en el puesto de trabajo en Irlanda, Finlandia y Noruega subrayan que la realización de análisis para detectar el consumo de drogas está permitida principalmente en situaciones en las que estar bajo la influencia de las drogas podría suponer un peligro o un riesgo considerables. Existen nuevas leyes que controlan el consumo de drogas en varios medios de transporte: trenes y barcos en Irlanda, embarcaciones en Letonia y el ámbito de la aviación en Finlandia. En los últimos años se han adoptado, además, toda una serie de medidas: la aprobación de leyes y estrategias para prevenir o sancionar la alteración del orden público relacionado con las drogas (véase la cuestión particular de 2005); nuevas prerrogativas para cerrar bares u otras instalaciones o incluso excluir a personas de los mismos (Bélgica, Irlanda y Países Bajos); y derecho a clausurar propiedades privadas en las que se lleva a cabo la distribución comercial o el consumo sistemático de drogas (Países Bajos y Reino Unido,

respectivamente). Paralelamente, durante este período se han introducido en toda Europa nuevas leyes para proteger a los no consumidores ante el consumo de tabaco: desde 2004, 24 Estados miembros de la Unión Europea (todos excepto Grecia, Hungría y Polonia) han prohibido o restringido de forma severa el consumo de tabaco en espacios públicos cerrados, previendo a menudo sanciones económicas importantes para los transgresores.

A modo de resumen cabe afirmar en relación con los cambios jurídicos analizados en este punto que parece que las sanciones penales se han reducido con frecuencia para el consumidor individual que evita cualquier tipo de circunstancias agravantes, pero, casi como contrapartida, se han incrementado para aquellas acciones que puedan perjudicar a otros miembros de la sociedad. Este último hecho refleja el mayor hincapié que se hace en el uso de la legislación penal para proteger al ciudadano.

Delitos relacionados con las drogas

La delincuencia relacionada con la droga constituye un amplio concepto que puede incluir todos los delitos cometidos que, de alguna forma, están vinculados con las drogas ⁽⁹⁾. En la práctica, en Europa se recopilan de forma rutinaria solo datos sobre las notificaciones iniciales, principalmente de la policía, de infracciones a la legislación antidroga. Aunque estos datos a menudo se utilizan como indicadores indirectos del consumo o el tráfico de drogas, debe tenerse en cuenta que reflejan las diferencias entre las legislaciones nacionales y las distintas formas de aplicar y hacer cumplir las leyes. Los datos también muestran diferencias entre las prioridades y los recursos que los organismos judiciales asignan a delitos concretos. Además, los sistemas de información sobre las infracciones a la legislación antidroga presentan diferencias según los países, sobre todo en lo que respecta a los procedimientos de notificación y registro. Estas diferencias dificultan la comparación de los datos entre los países, por lo que resulta más apropiado comparar tendencias que cifras absolutas.

En general, en los Estados miembros de la UE, el número notificado de delitos contra las leyes antidroga aumentó de media en un 36% entre los años 2001 y 2006 (gráfico 2). La información revela tendencias en ascenso en todos los países que facilitaron datos, excepto Bulgaria, Grecia, Letonia y Eslovenia, que anunciaron un descenso general durante el quinquenio ⁽¹⁰⁾.

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>

⁽⁹⁾ Para un análisis de la relación entre las drogas y la delincuencia, véase OEDT (2007b).

⁽¹⁰⁾ Véase el cuadro DLO-1 del boletín estadístico de 2008.

Infracciones relacionadas con el consumo y el suministro

La relación entre las infracciones a la legislación antidroga relacionadas con el consumo y las relacionadas con el suministro (venta, tráfico y producción) es similar a la indicada en años anteriores. La mayor parte de los países europeos informa de que la mayoría de los delitos tiene como objeto el consumo o la posesión para el consumo, y el porcentaje de casos atribuibles a esta categoría para el año 2006 ascendía hasta el 93 % en el caso de España ⁽¹¹⁾. Sin embargo, en la República Checa, los Países Bajos, Turquía y Noruega predominaban los delitos contra la legislación antidroga relacionados con el suministro, que correspondían a porcentajes situados entre el 52 % (Turquía) y el 88 % (República Checa) del total de casos declarados en 2006.

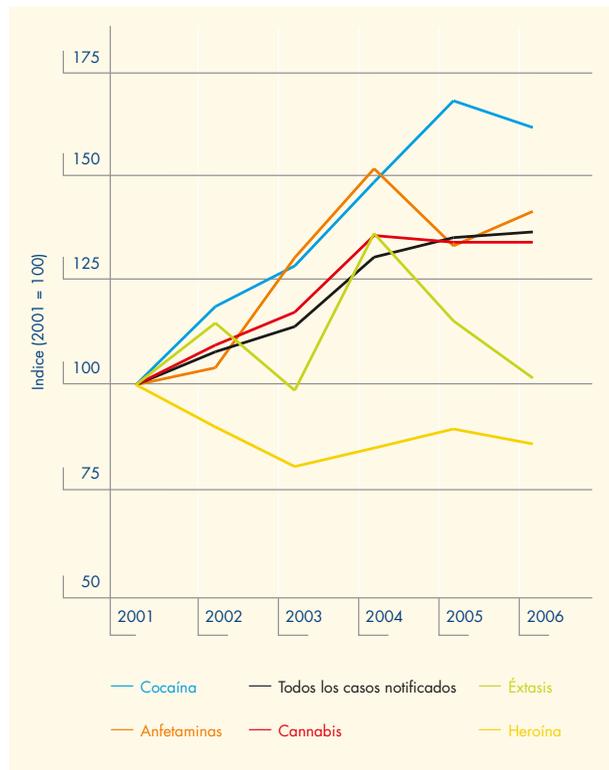
El número de infracciones a la legislación antidroga relacionadas con el consumo se incrementó de media en un 51 % entre 2001 y 2006 en la Unión Europea; dos terceras partes de los países que aportaron información presentaban tendencias al alza, y solo Eslovenia y Noruega mostraban una tendencia decreciente a lo largo del quinquenio ⁽¹²⁾. Además, cabe destacar que el porcentaje de infracciones relacionadas con el consumo con respecto al total de infracciones a la legislación antidroga creció durante el mismo período en la mitad de los países que proporcionaron información.

Las infracciones relacionadas con el suministro de drogas también han crecido durante el período 2001-2006, pero a un ritmo notablemente menor, con un incremento medio del 12 % en la Unión Europea. Durante este periodo, el número de infracciones relacionadas con el suministro aumentó en más de la mitad de los países que facilitaron datos y se redujo en cuatro países (Alemania, Chipre, Países Bajos y Eslovenia) ⁽¹³⁾.

Tendencias por tipo de droga

En la mayoría de los países europeos, el cannabis continuó siendo en 2006 la droga ilegal que más aparecía mencionada en las infracciones a la legislación antidroga ⁽¹⁴⁾. En los países en que este era el caso, los delitos relacionados con el cannabis representaron entre el 36 % y el 86 % de todas las infracciones a la legislación antidroga. En unos pocos países, las drogas distintas al cannabis eran las predominantes en las infracciones en materia de drogas: en la República Checa, la metanfetamina representaba el 60 % de todas las infracciones; en Malta, la cifra correspondiente a la heroína ascendía al 41 %. En Luxemburgo, las infracciones a la

Gráfico 2: Tendencias indexadas de las infracciones a la legislación antidroga recogidas en informes de los Estados miembros de la Unión Europea, 2001-2006



N.B.: Las tendencias recogen la información disponible sobre el número de casos de infracciones (penales o no) a la legislación antidroga notificados por todos los cuerpos y fuerzas de seguridad de cada Estado miembro de la Unión Europea. Todas las series se han indexado sobre una base de 100 correspondiente al año 2001 y se ponderan de acuerdo con el tamaño de población del país para establecer una tendencia general de la Unión. El número total de infracciones notificadas en 2006 en los países incluidos en las tendencias (antes de la ponderación) fue: anfetaminas, 41 069; cannabis, 550 878; cocaína, 100 117; éxtasis, 17 598; heroína, 77 242; todos los informes, 936 866. Los países que carecen de datos para dos o más años consecutivos no se incluyen en los cálculos de tendencias: la tendencia general se basa en todos los países de la Unión Europea, con excepción del Reino Unido; la tendencia para el cannabis se basa en 18 países, para la heroína en 18, para la cocaína en 17, para las anfetaminas en 12 y para el éxtasis en 13. Para más información sobre la metodología, véase el gráfico DLO-3 del boletín estadístico de 2008.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox y, para datos sobre población, Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

legislación antidroga se repartían casi por igual entre el cannabis, la heroína y la cocaína.

Durante el quinquenio 2001-2006, el número de infracciones en relación con el cannabis se mantuvo estable o aumentó en la mayoría de los países que proporcionaron datos, lo cual resultó en un aumento medio total del 34 % en la UE (gráfico 2). En cambio, Bulgaria, la República Checa

⁽¹¹⁾ Véase el cuadro DLO-2 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹²⁾ Véanse el gráfico DLO-2 y el cuadro DLO-4 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹³⁾ Véase el cuadro DLO-5 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹⁴⁾ Véase el cuadro DLO-3 del boletín estadístico de 2008.

(2002-2006), Italia y Eslovenia informaron de tendencias a la baja ⁽¹⁵⁾.

El número de delitos relacionados con la cocaína se ha incrementado durante el período 2001-2006 en todos los países europeos a excepción de Bulgaria, Alemania y Eslovaquia. La media de la UE creció un 61 % durante ese mismo lapso de tiempo.

Durante el período 2001-2006, los delitos contra la legislación antidroga en los que interviene la heroína muestran una panorámica diferente a la de las infracciones relacionadas con el cannabis o la cocaína, con un descenso general del 14 % de media en la Unión Europea, principalmente entre los años 2001 y 2003. Sin embargo, los distintos países no han registrado a lo largo del período una tendencia uniforme en cuanto a infracciones por heroína, dado que una tercera parte de los países ha afirmado experimentar tendencias alcistas en este ámbito ⁽¹⁶⁾.

La media comunitaria de infracciones relacionadas con las anfetaminas y el éxtasis alcanzó niveles máximos en 2004. Mientras que la tendencia para las infracciones relacionadas con la anfetamina se mantuvo al alza (incremento medio del 41 % de 2001 a 2006), la media comunitaria de infracciones relacionadas con el éxtasis fluctuó a lo largo del período, pero sin un cambio global entre 2001 y 2006.

Investigación nacional en materia de drogas

En todos los países europeos se lleva a cabo una investigación sobre el problema de las drogas, la cual proporciona la información necesaria para describir y entender el impacto de las drogas ilegales a escala nacional. Sobre la base de los informes de 25 Estados miembros, de Croacia y de Noruega, es posible ofrecer una panorámica general de la organización de la investigación en materia de drogas en los países europeos. En un momento en el que la importancia de las intervenciones basadas en datos científicos goza de un reconocimiento cada vez mayor, resulta destacable que 21 países hayan indicado que los resultados de las investigaciones se tienen en cuenta, al menos en cierta medida, en la concepción de la política antidroga.

Coordinación y financiación

La investigación en materia de drogas se menciona en la estrategia nacional antidroga o en el plan de acción de 20 de los 27 países que han aportado información, ya sea como tema específico o como un componente esencial de las políticas basadas en datos científicos. En el caso

de 15 de los 27 países que han facilitado información existen estructuras a escala nacional para coordinar la investigación en materia de drogas. Solo cinco países afirman que la investigación en materia de drogas no se menciona en sus estrategias nacionales o que no cuentan con una estructura de coordinación nacional en este campo.

Según los informes de los Estados miembros, el Estado constituye la principal fuente de financiación para la investigación en el ámbito de las drogas, bien a través de programas de investigación general, bien a través de programas de investigación específicos del ámbito de las drogas. Las ciencias sociales y de la salud suponen dos de las áreas principales de investigación general de donde pueden obtenerse fondos para la investigación sobre drogas. A través de los organismos nacionales de coordinación en materia de drogas (República Checa, España, Francia, Luxemburgo, Hungría, Polonia, Portugal y Noruega) se puede facilitar financiación especialmente destinada a este ámbito de investigación. Ambos tipos de programas de financiación a menudo combinan la investigación sobre las drogas ilegales con otras adicciones, como por ejemplo el alcohol, el tabaco o los juegos de azar. Los fondos se asignan principalmente a través de contratos de encargo de investigación o por vía de programas marco a los que los investigadores pueden acogerse. Otros tipos de fuentes de financiación sobre las que se ha informado incluyen fundaciones, academias científicas, instituciones privadas, fondos especiales para la lucha contra las drogas, la Comisión Europea y las Naciones Unidas.

Estructuras y proyectos

La mayoría de países declaran que la investigación se lleva a cabo en primer lugar en universidades y centros especializados, algunos de los cuales albergan puntos focales nacionales, y en segundo lugar en centros de investigación públicos y privados. Algunos países (Alemania, España y Portugal) también mencionaron las redes de investigación nacionales. Estas pueden desempeñar un papel importante en la organización y la financiación de actividades de investigación, y pueden fomentar el establecimiento de vínculos más directos entre la investigación y la práctica.

Entre los principales estudios realizados desde el año 2000 y comunicados por los Estados miembros, más de la mitad era de tipo epidemiológico y alrededor de una tercera parte correspondía al campo de la investigación aplicada (principalmente evaluaciones de intervenciones en materia de prevención y tratamiento). También se citaron estudios sobre determinantes, factores de riesgo y de protección en

⁽¹⁵⁾ Véase el cuadro DLO-6 del boletín estadístico de 2008. Para un análisis complementario de las infracciones relacionadas con el cannabis, véase el capítulo 3.

⁽¹⁶⁾ Véase el cuadro DLO-7 del boletín estadístico de 2008.

el consumo de estupefacientes, consecuencias del consumo y mecanismos y efectos de las drogas.

Varios países indicaron la existencia de obstáculos a la investigación sobre drogas. Entre los problemas identificados cabe mencionar: aspectos organizativos, como por ejemplo la falta de coordinación y recursos dispersos (Alemania, Francia y Austria); la falta de personal investigador cualificado (Letonia y Hungría); y aspectos metodológicos (temas de protección de datos, problemas para acceder a las poblaciones ocultas o falta de continuidad en proyectos de investigación). Varios países identificaron como principal obstáculo la limitación de financiación disponible para la investigación en materia de drogas (Bélgica, Grecia, Polonia, Rumanía y Finlandia).

Divulgación

Se identificó un total de 25 revistas científicas europeas revisadas por especialistas independientes dedicadas a las

drogas y que se publican en 11 idiomas distintos al inglés. La mayoría de estas revistas científicas nacionales publican resúmenes en inglés y agradecen las contribuciones internacionales. Además de las publicaciones especializadas en las drogas ilegales y la adicción, también se publican artículos sobre consumo de drogas ilegales en revistas científicas revisadas por expertos procedentes de un amplio abanico de disciplinas, así como en revistas profesionales. En 2006, los resultados de las investigaciones en el ámbito de las drogas se publicaron en más de 100 revistas científicas europeas de ese tipo. Asimismo, desempeñan un importante papel divulgador otros tipos de publicaciones entre las que se incluyen las de los puntos focales nacionales.

Los puntos focales nacionales de la red Reitox desempeñan también un papel importante en la divulgación de los resultados de investigación en todos los países que han aportado información, principalmente a través de sus informes nacionales.

Más información sobre la investigación relacionada con las drogas

A través de sus puntos focales nacionales de la red Reitox, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) ha recopilado información detallada sobre la investigación en el ámbito de las drogas llevada a cabo en países europeos. La información suministrada por los Estados miembros incluye una descripción de las organizaciones nacionales de investigación y de los acuerdos de financiación. Los Estados miembros también han facilitado listas de los principales estudios realizados desde el año 2000 y han indicado los documentos científicos, publicaciones científicas y sitios web a través de los cuales se han difundido los resultados de la investigación científica relacionada con las drogas realizada en su país. El OEDT está publicando estas y otras informaciones a través de diferentes productos y canales de divulgación (véase <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Para una revisión más exhaustiva de este tema, véase la cuestión particular de 2008 sobre la investigación relacionada

con las drogas (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

La Comisión Europea ha encargado un exhaustivo análisis comparativo de la investigación sobre drogas ilegales en la Unión Europea. El estudio debería proporcionar una visión general de los fondos disponibles asignados por parte de la Unión Europea y de los Estados miembros para la investigación relacionada con las drogas, basándose en los resultados de la cuestión particular sobre investigación y ampliando el alcance para incluir la investigación en el ámbito de la reducción del suministro de droga y de la seguridad. El estudio revisará la infraestructura de investigación existente en los Estados miembros y a nivel europeo, y realizará una comparación con otras regiones, como Norteamérica y Australia. Concluirá con las recomendaciones sobre opciones políticas para cubrir las lagunas de conocimientos y para mejorar la cooperación a nivel europeo. También evaluará las redes europeas existentes, incluyendo las del OEDT y sus puntos focales nacionales de la red Reitox. Los resultados de este estudio se publicarán a principios de 2009.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capítulo 2

Respuestas a los problemas relacionados con las drogas en Europa: panorámica general

Introducción

Este capítulo presenta una panorámica general de las respuestas a los problemas vinculados a las drogas en Europa y, cuando es posible, destaca tendencias, evoluciones y cuestiones de calidad. El paquete de medidas revisadas aquí incluye elementos de prevención, tratamiento, reducción de daños y reinserción social, los cuales, tratados conjuntamente, configuran un sistema completo de reducción de la demanda. El capítulo también incluye una revisión de los datos disponibles sobre las necesidades de los consumidores de drogas en las prisiones y las respuestas existentes en este entorno particular. Además, se debaten brevemente futuros retos de supervisión en otro campo de la política antidroga, a saber, la reducción del suministro de drogas.

Prevención

La prevención en el ámbito de las drogas se articula en distintos niveles o estrategias, desde la prevención dirigida a entornos concretos a la prevención específica, que en principio no deberían competir entre sí, sino complementarse. La siguiente descripción de la situación y las tendencias actuales en Europa se basa en datos cualitativos sobre las medidas de prevención universal y selectiva notificadas al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) en 2007 ⁽¹⁷⁾ y en una reseña bibliográfica sobre prevención específica (OEDT, 2008f).

Prevención universal

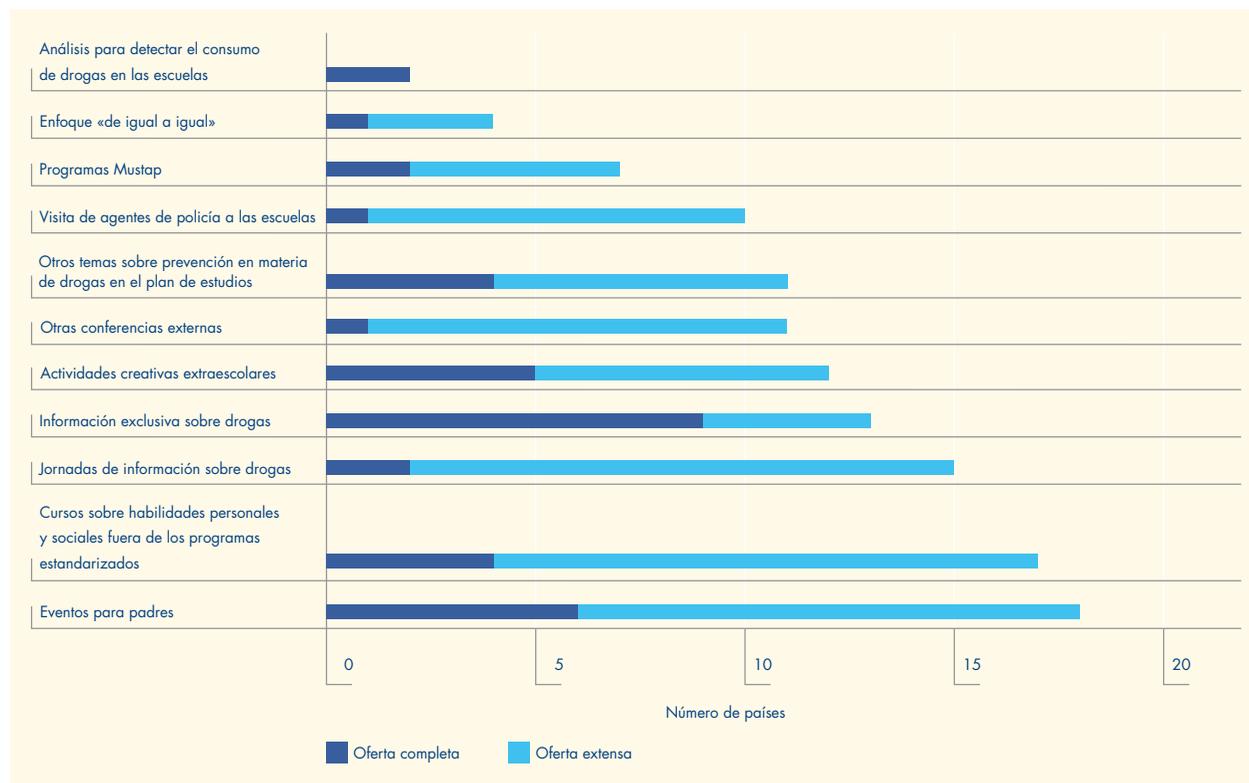
Los objetivos de la prevención universal en materia de drogas en el medio escolar parecen haber experimentado cambios en los últimos años en Europa. En 2007, el desarrollo de habilidades para la vida constituía el objetivo más frecuentemente indicado dentro del campo de las actividades de prevención (12 de los 28 Estados que facilitaron información), mientras que en 2004, la mitad de los países (13 de 26) indicaba la concienciación y el suministro de información como principal objetivo. La creación de entornos escolares protectores —un tipo de intervención estructural— también se mencionó más a menudo como principal objetivo en 2007 (seis países) que en 2004 (cuatro países). Los

Mejora del seguimiento de la reducción del suministro de droga

La reducción del suministro de droga puede definirse como una medida que engloba todas las actividades destinadas a prevenir que las drogas ilegales lleguen hasta los consumidores. Estas actividades pueden incluir instrumentos tales como convenios internacionales, legislaciones y políticas nacionales y de la Unión Europea (UE), así como acciones dirigidas a los diferentes procesos y actores involucrados en la producción y en el tráfico de drogas ilegales, pero también en el desvío o la fabricación ilícita de sustancias legales (medicamentos, precursores químicos) con fines ilícitos y en el blanqueo de dinero procedente del narcotráfico. Las actividades policiales, las iniciativas de desarrollo alternativas y los proyectos destinados a prevenir los delitos relacionados con las drogas ayudan a reducir el suministro de drogas ilegales. El seguimiento y el análisis constituyen, como ocurre en el caso de la reducción de la demanda de droga, un importante apoyo para estas actividades y para su evaluación.

Recientes ejercicios de recopilación de datos en el marco de las revisiones anuales de los progresos del plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga y de la revisión de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) (véase el capítulo 1) han revelado una situación heterogénea en lo referente a disponibilidad de datos sobre medidas en el ámbito de la reducción del suministro. Las actividades relacionadas con proyectos internacionales suelen estar bien documentadas, mientras que a menudo resulta difícil acceder y comparar los datos sobre actividades a nivel nacional. La Comisión Europea, Eurostat, Europol y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) están trabajando para mejorar la situación en el marco del siguiente plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2009-2012). Deben revisarse los marcos conceptuales y los sistemas de información existentes, así como las fuentes de información potencial para supervisar y analizar actividades de reducción del suministro en los Estados miembros. También es necesario comprender mejor los mercados de drogas, en particular los acuerdos de suministro y distribución, tanto en sus dimensiones económicas como sociales. Dos estudios financiados por la Comisión Europea examinarán tanto los sistemas y las fuentes de información sobre la reducción del suministro de droga como los mercados internacionales de drogas.

⁽¹⁷⁾ Los datos fueron proporcionados por expertos nacionales en los Estados miembros.

Gráfico 3: Tipos de intervención más frecuentes en la prevención universal en la escuela

N.B.: Mustap, programas estandarizados multisesión con material impreso.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

cambios en los objetivos expresados pueden reflejar la adopción de un enfoque más racional y más basado en datos científicos, pero no queda claro hasta qué punto el cambio de objetivos refleja la oferta de prevención real.

Las actividades para padres y las estrategias puramente informativas (jornadas de información, visitas de expertos o agentes de policía a las escuelas) se hallan entre los distintos tipos de intervención en el medio escolar de las que informa el mayor número de países (gráfico 3). Sin embargo, no queda clara la efectividad de dichas intervenciones. Por el contrario, solo algunos pocos países informan de la realización de algunas de las intervenciones con mayor énfasis en datos científicos. Estas incluyen programas estandarizados, planteamientos basados en grupos afines o intervenciones específicamente dirigidas a los niños varones; todas ellas tienen el objetivo de mejorar las habilidades de comunicación, incrementar las capacidades para gestionar los conflictos, el estrés y la frustración o corregir las percepciones normativas erróneas en materia de consumo de estupefacientes. El predominio general de intervenciones que carecen totalmente o en gran medida de fundamentos basados en datos científicos podría

deberse a que requieren menos recursos y un menor grado de formación para el personal.

Además de las actividades dirigidas específicamente al consumo de drogas, en las escuelas también existen intervenciones estructurales. Al intentar crear entornos sociales protectores y normativos, las intervenciones estructurales tienen por objeto influir en las decisiones de los jóvenes en relación con el consumo de estupefacientes (Toumbourou et al., 2007). Este enfoque coincide con las políticas generales de prevención que abogan cada vez más por reglamentar de forma estricta el consumo de tabaco y alcohol en los centros escolares. En este sentido, en 20 países está terminantemente prohibido fumar en todas las escuelas, y 18 países cuentan con una oferta completa o extensa ⁽¹⁸⁾ de medidas antidroga en los centros de enseñanza. En Europa Central y Occidental, en particular, los Estados miembros afirman haber llevado a cabo intervenciones estructurales dirigidas a reducir el consumo de tabaco y alcohol en las escuelas. Estas medidas preventivas pueden completarse con otras medidas estructurales, como por ejemplo la mejora del diseño de los edificios y la vida escolares.

⁽¹⁸⁾ Oferta extensa: la intervención se ofrece en una mayoría de instalaciones en las que la dimensión de la población objetivo es suficiente para su realización. Oferta completa: la intervención se ofrece en prácticamente todas las instalaciones en las que la dimensión de la población objetivo es suficiente para su realización.

La prevención en el círculo familiar constituye otro enfoque bastante corriente. Once países notificaron una oferta completa o extensa de reuniones y encuentros familiares. Como en el caso de la prevención escolar, la prevención en el círculo familiar parece centrarse principalmente en el suministro de información. La formación y el asesoramiento intensivos para las familias —un enfoque que ha demostrado un grado de eficacia constante en distintos estudios (Petrie et al., 2007)— se ofrece de forma limitada, y solo siete países declaran poseer una oferta importante en este sentido.

Prevención selectiva

La prevención selectiva se orienta a partir de indicadores sociales y demográficos, como por ejemplo los niveles de empleo, la delincuencia o el absentismo escolar. Interviene en grupos o familias específicos, o bien en comunidades enteras en las que las personas, a causa de sus escasos vínculos sociales y recursos, pueden ser más susceptibles de desarrollar un hábito de consumo de drogas o evolucionar hacia una dependencia.

Trece países indican que la mayor parte de sus medidas de prevención en el círculo familiar es de carácter selectivo. Sin embargo, raras veces se llevan a cabo en Europa medidas que tengan por objeto las condiciones de riesgo importantes de las familias. De entre los 30 países que facilitaron información, solo siete afirman contar con un programa completo o amplio de intervenciones en relación con el consumo de sustancias en las familias, y cinco afirman ofrecer intervenciones para casos de conflictos familiares y negligencia. Además, cuatro países notificaron las siguientes categorías de intervención: tratar el tema del desfavorecimiento social (por ejemplo, desempleo), ayudar en los problemas de justicia penal y asistir a familias marginadas procedentes de minorías étnicas. Por otro lado, solo tres países se encargan de las necesidades de las familias que tienen que lidiar con problemas de salud mental.

Las condiciones de riesgo de los grupos de jóvenes vulnerables —por ejemplo, infractores jóvenes, personas sin techo, jóvenes que se ausentan de los centros escolares, jóvenes desfavorecidos y pertenecientes a minorías— tampoco suelen ser objeto de medidas a pesar de la creciente importancia política de estos temas. Desde 2004, un número cada vez mayor de políticas antidroga les han identificado como principales objetivos de las intervenciones de prevención, pero la oferta de intervenciones notificada no ha aumentado durante este período. En la cuestión particular de 2008 sobre la juventud vulnerable se presentan datos más detallados sobre el tema.

Drogas y grupos de jóvenes vulnerables: cuestión particular de 2008 del OEDT

Los jóvenes pertenecientes a determinados grupos corren el riesgo de verse excluidos de la sociedad, lo que puede conllevar una mayor probabilidad de acercamiento a las drogas y de tener problemas en relación con las mismas. Al concentrar en grupos concretos las intervenciones para reducir el consumo de drogas y los daños asociados, la probabilidad de poder atender realmente las necesidades de tales grupos se acrecienta, así como las posibilidades de éxito.

En esta cuestión particular se facilita información detallada sobre los factores de riesgo y los perfiles de vulnerabilidad de grupos específicos y se estudia el consumo de droga y los problemas relacionados con este entre estos grupos. Se investigan asimismo las consecuencias de la vulnerabilidad derivada del absentismo o el fracaso escolar, las carencias sociales, los problemas familiares y la delincuencia. También se debaten las respuestas específicas al consumo de drogas y los problemas asociados entre los grupos vulnerables, incluida la legislación, la prevención y el tratamiento.

Esta cuestión particular existe en formato impreso y en Internet, pero solo en inglés: (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Prevención específica

La prevención específica tiene por objetivo identificar a individuos con problemas psicológicos y de comportamiento susceptibles de desarrollar un hábito de consumo problemático de drogas en una etapa posterior de sus vidas y desarrollar intervenciones específicas individuales para estas personas. Entre dichos individuos se cuentan los jóvenes que abandonan la escuela y aquellos con trastornos psiquiátricos, comportamientos antisociales o indicios tempranos de consumo de drogas. Un informe publicado recientemente por el OEDT (2008f) presenta estudios longitudinales que definen trayectorias problemáticas y estudios neurocomportamentales, y habla del cada vez mayor conocimiento sobre la plasticidad del cerebro y el papel de los neurotransmisores, destacando a la vez las conclusiones extraídas de las intervenciones notificadas por los Estados miembros.

Los niños con trastornos del comportamiento, como por ejemplo en casos de coexistencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de la conducta, tienen un alto riesgo de desarrollar hábitos problemáticos de consumo de sustancias. Intervenir de forma precoz en el desarrollo de niños con trastornos del comportamiento requiere una estrecha cooperación de los servicios médicos, sociales y juveniles. El programa

de tratamiento multimodal alemán, por ejemplo, ofrece una combinación de asesoramiento para padres y tutores; apoyo médico, psicoterapéutico y psicosocial simultáneos; y apoyo educativo en el jardín de infancia o en la escuela. El enfoque irlandés de educación selectiva y asesoramiento psicológico para gente joven, especialmente para prevenir problemas de desarrollo en las escuelas, las instituciones educativas y las familias, obtuvo unos resultados generales de evaluación positivos. En los Países Bajos, un estudio sobre los efectos preventivos a largo plazo del tratamiento de comportamientos disruptivos en la segunda y tercera infancia (entre los 8 y los 13 años) constató que la terapia conductual manualizada presentaba resultados de seguimiento significativamente mejores en relación con el tabaquismo y consumo de cannabis en comparación con el tratamiento habitual (Zonneville-Bender *et al.*, 2007).

Eficacia y riesgos de las intervenciones

El consumo de drogas entre los niños y en las familias sigue siendo el objetivo central de la prevención con destinatarios específicos en Europa. Un gran número de estudios sobre los factores sociales y neurocomportamentales que permiten predecir una evolución hacia la toxicomanía muestra que los esfuerzos de prevención no centrados en las drogas también pueden tener un efecto sobre el consumo de drogas. Tanto la prevención selectiva como la específica pueden amortiguar el efecto de un desarrollo temprano en condiciones de inferioridad, la posterior evolución hacia la marginación social y la subsiguiente progresión hacia el consumo abusivo de sustancias. Varios estudios han mostrado que las intervenciones realizadas durante los primeros años escolares y dirigidas a mejorar los entornos educativos y reducir la exclusión social también tienen un efecto preventivo en el posterior consumo de sustancias (Toumbourou *et al.*, 2007).

Se ha puesto en tela de juicio la efectividad global de la prevención en el medio escolar (Coggans, 2006; Gorman *et al.*, 2007). Exámenes bibliográficos recientes ⁽¹⁹⁾, no obstante, muestran que ciertos componentes de la prevención en el medio escolar, como por ejemplo el énfasis en las creencias normativas y las habilidades para la vida, son evidentemente efectivos. Así pues, por ejemplo, el estudio EU-Dap, un estudio controlado aleatorio europeo cofinanciado por la Comisión Europea y que tiene como objetivo desarrollar y evaluar un programa de prevención basado en las escuelas, recoge resultados positivos ⁽²⁰⁾. Un estudio de seguimiento comprobó que, 15 meses después de la intervención, el efecto del programa se mantenía y se observaba una menor frecuencia de casos de embriaguez

y consumo de cannabis entre los participantes. El programa «Unplugged» utilizado en el estudio cuestionaba las normas relativas a la aceptación y las creencias en materia de prevalencia del consumo de sustancias entre los jóvenes.

La prevención no solo tiene que ser efectiva, sino también segura; hay que mantener al mínimo el nivel de efectos no deseados. Así pues, deberían considerarse cuidadosamente los riesgos de efectos negativos a la hora de diseñar y evaluar las intervenciones. Ello resulta particularmente importante en el caso de la prevención universal en el medio escolar, la cual se dirige a una población objetivo amplia y heterogénea. Por ejemplo, proporcionar información únicamente sobre los efectos de las drogas, un enfoque muy difundido en Europa, no solo resulta inefectivo, sino que podría conllevar riesgos de efectos no deseados (Werch y Owen, 2002). Lo mismo se aplica a las campañas en los medios de comunicación, que pueden conllevar el riesgo de incrementar la propensión al consumo de sustancias ⁽²¹⁾.

Una forma de garantizar que los programas de prevención se basan en datos científicos y que se reduce el riesgo de aparición de efectos no deseados pasa por desarrollar estándares para el suministro y el contenido de los proyectos de prevención. El número de Estados miembros que informa de la existencia de estándares para el diseño y la evaluación de proyectos se ha incrementado de tres en 2004 a nueve en 2007. Varios Estados miembros indican que están desarrollando procesos de certificación para garantizar la calidad de los programas y una utilización eficaz de los recursos presupuestarios públicos (República Checa, Hungría, Polonia y Portugal). En la República Checa, por ejemplo, la certificación de las actividades de prevención constituye una condición para recibir ayudas estatales.

Tratamiento

El presente apartado tiene como objetivo proporcionar una panorámica general del tratamiento de la adicción a las drogas en Europa mediante la descripción de la organización y el suministro de servicios.

Organización

En general, en los Estados miembros de la Unión Europea (UE) los servicios de tratamiento de la drogodependencia se suministran principalmente a través del sector público, aunque las organizaciones no gubernamentales (ONG) pueden desempeñar un papel análogo (siete Estados

⁽¹⁹⁾ Véase el portal de mejores prácticas: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>

⁽²¹⁾ Véanse el capítulo 3 del presente informe y el informe anual de 2007.

miembros) o incluso constituir el principal proveedor de servicios de tratamiento (cinco Estados miembros). Los médicos de cabecera también tienen un papel importante en este contexto, y en algunos países son proveedores clave de tratamientos de sustitución. Asimismo, el sector privado participa en algunos países, principalmente en el ámbito de los servicios de atención en régimen de ingreso. En cualquier caso, la financiación del tratamiento de la drogodependencia procede en gran medida del erario público o está vinculada a seguros sociales o seguros médicos.

Oferta

El tratamiento de la adicción a las drogas se realiza en toda una serie de centros e instalaciones, incluyendo centros de tratamiento en régimen ambulatorio y de ingreso, centros de medicina general, centros de bajo umbral e instituciones penitenciarias. Los entornos ambulatorios, incluyendo los centros de medicina general, asumen la mayor parte del tratamiento contra el consumo de drogas en Europa, principalmente porque los tratamientos de sustitución se realizan habitualmente en dichos entornos. Los consumidores de drogas que empiezan un tratamiento en centros ambulatorios, de acuerdo con las últimas cifras del indicador de demanda de tratamiento, tienen una media de 30 años de edad y son predominantemente varones ⁽²²⁾. Alrededor de una tercera parte inicia el tratamiento por propia voluntad, el 22% es derivado al tratamiento por el sistema de justicia penal (un porcentaje que ha ido creciendo en los últimos años) y el resto es derivado al tratamiento por los servicios sociales y sanitarios o a través de redes informales ⁽²³⁾.

La mitad de los pacientes que se sometieron a tratamiento en centros ambulatorios declaró los opiáceos como droga principal, mientras que el 21% señaló el cannabis, y el 16%, la cocaína. El incremento en la proporción de pacientes, especialmente de nuevos pacientes, derivados a tratamiento por problemas con drogas distintas a los opiáceos pueden reflejar mejoras en la disponibilidad de tratamientos para los usuarios de cannabis y cocaína en varios Estados miembros, así como un aumento del número de consumidores que buscan tratamiento para dichas drogas (véanse los capítulos 3 y 5). Sin embargo, la oferta total de servicios dirigidos específicamente a las necesidades de consumidores de drogas que no son opiáceos sigue siendo limitada.

El tratamiento en régimen de ingreso se lleva a cabo principalmente en comunidades terapéuticas, hospitales psiquiátricos y unidades especializadas dentro de hospitales generales. Los servicios suministrados van desde una

El portal de mejores prácticas del OEDT

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) ha lanzado este año el primer módulo de su portal de mejores prácticas basado en Internet para las intervenciones relacionadas con las drogas (prevención, tratamiento, reducción de daños y reinserción social). El portal proporciona una sinopsis de los últimos datos científicos sobre la eficacia («efficacy») y la efectividad («effectiveness») de diferentes intervenciones, presenta herramientas y normas destinadas a mejorar la calidad de las intervenciones y destaca ejemplos de prácticas evaluadas en toda Europa. El portal está dirigido a médicos, responsables de la concepción de políticas e investigadores del ámbito de las drogas y se centra principalmente en medidas europeas.

El primer módulo del portal se centra en la prevención universal, en particular en los datos científicos sobre la eficacia, basados en varias revisiones publicadas desde el año 2000. Para más información sobre los resultados, véase <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>

El portal brinda información sobre la eficacia de varias intervenciones, pero debe tenerse en cuenta que la base de datos científicos es a veces limitada y que se requiere precaución a la hora de elegir entre las diferentes intervenciones. Además, la eficacia de los programas se mide a través de estudios controlados; por ello sigue siendo incierto el impacto de determinadas intervenciones en diferentes entornos. La nueva edición de la base de datos EDDRA, disponible en el portal, contiene ejemplos de intervenciones evaluadas en diferentes países y entornos, y puede aportar orientación adicional.

desintoxicación a corto plazo hasta programas a largo plazo de tratamientos psiquiátricos y basados en la abstinencia. Los servicios en régimen de ingreso pueden ser especialmente adecuados para consumidores de drogas con necesidades de tratamiento complejas debido a problemas de comorbilidad física y mental. Los pacientes en régimen de ingreso presentan, como media, unas características similares a las de los pacientes ambulatorios: alrededor de 30 años de edad, principalmente varones, y se someten a tratamiento por consumo de opiáceos como droga principal ⁽²⁴⁾. No obstante, en la mayoría de los países en los que es posible establecer la comparación, la proporción de pacientes sin empleo y con alojamiento precario es superior entre los pacientes en régimen de ingreso que entre los pacientes ambulatorios ⁽²⁵⁾.

Históricamente, los servicios de tratamiento de la drogodependencia se han organizado en función de las necesidades de los consumidores de opiáceos, quienes todavía constituyen el colectivo principal de pacientes en tratamiento. En la mayoría de Estados miembros, el

⁽²²⁾ Véanse los cuadros TDI-10, parte (iii), y TDI-21, parte (ii), del boletín estadístico de 2008.

⁽²³⁾ Véase el cuadro TDI-16 del boletín estadístico de 2008.

⁽²⁴⁾ Véanse los cuadros TDI-10, parte (vii), y TDI-21, parte (iv), del boletín estadístico de 2008.

⁽²⁵⁾ Véanse los cuadros TDI-13 y TDI-15 del boletín estadístico de 2008.

tratamiento de sustitución combinado con atención psicosocial se ha convertido en la opción predominante para los consumidores de opiáceos. Después de la introducción en 2007 del tratamiento con buprenorfina a altas dosis en Chipre, el tratamiento de sustitución está ahora disponible en todos los Estados miembros, así como en Croacia y Noruega ⁽²⁶⁾. Turquía aún no ha introducido el tratamiento de sustitución, aunque este se permite en centros de tratamiento en virtud de una normativa aprobada en 2004. Después de la metadona, la buprenorfina constituye el segundo opiáceo sustitutivo más prescrito, y su utilización en el tratamiento de la dependencia de los opiáceos ha aumentado en los últimos años (véase el capítulo 6). Actualmente está disponible como opción de tratamiento en todos los Estados miembros excepto Bulgaria, Hungría y Polonia. Se estima que, en Europa, 600 000 consumidores de opiáceos recibieron tratamiento de sustitución en 2006, y 16 de los 22 países que aportaron datos informaron de un incremento de las cifras en relación con el año anterior.

Reducción de daños

La prevención y la reducción de los daños relacionados con las drogas es un objetivo de salud pública en todos los Estados miembros y en la estrategia en materia de drogas y el plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga (Comisión Europea, 2007a). Las principales intervenciones en este campo son los programas de tratamiento de sustitución a base de opiáceos y los programas de intercambio de jeringuillas y agujas, que tienen como objetivo reducir el número de muertes por sobredosis y la propagación de enfermedades infecciosas. Según los informes, estas medidas están disponibles en todos los países excepto Turquía (véanse también los capítulos 6 y 8) y, si bien existen diferencias considerables en la gama y el alcance de la oferta de servicios, la tendencia general europea apunta a un aumento y consolidación de las medidas de reducción de daños.

Además, la mayoría de países proporciona toda una gama de servicios sociales y de atención sanitaria en centros de bajo umbral. Sin embargo, algunos países afirman que la aplicación de medidas de reducción de daños ha sufrido retrasos debido a la falta de apoyo político. En Grecia se ha congelado la expansión de los servicios de bajo umbral y de los tratamientos de sustitución; en Rumanía y Polonia los programas de intercambio de agujas y jeringuillas se recortaron en 2006 después del cese de la financiación exterior; el único programa chipriota de intercambio de agujas y jeringuillas no cuenta con la aprobación oficial. En Hungría, donde los programas de intercambio de agujas y jeringuillas y el trabajo de proximidad han ido en aumento, un estudio realizado entre la población no sometida a

tratamiento sugiere que la oferta sigue siendo insuficiente y las barreras de acceso son importantes.

A raíz del perfil específico de los países bálticos y Rumanía en relación con el VIH/sida, los donantes internacionales siguen desempeñando un papel importante en estos países. Para las actividades de reducción de daños se recibe apoyo financiero del programa del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, mientras que en Estonia, Lituania y Letonia, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) ha lanzado recientemente un proyecto de prevención y atención del VIH/sida entre consumidores de drogas por vía parenteral y en los centros penitenciarios.

Por último, algunos Estados miembros han estudiado recientemente las consecuencias de la introducción de intervenciones dirigidas a la reducción de daños. En Francia, el descenso observado en los índices de mortalidad entre los consumidores de drogas coincidió con la introducción de terapias antivíricas triples, el desarrollo de una política de reducción de daños y la disponibilidad de tratamientos de sustitución de opiáceos. En España, el número decreciente de consumidores por vía parenteral en combinación con el fácil acceso al tratamiento de mantenimiento con metadona se asoció a un descenso de las enfermedades infecciosas y las muertes relacionadas con las drogas entre los consumidores de estupefacientes (De La Fuente *et al.*, 2006). En Portugal, los datos disponibles muestran una estabilización de las enfermedades infecciosas que probablemente pueda atribuirse, al menos en parte, a un incremento de la oferta de tratamientos y de intervenciones de reducción de daños.

Reinserción social

Los toxicómanos en tratamiento están con frecuencia en paro y «sin techo». Estas circunstancias se dan todavía más entre grupos específicos de consumidores, concretamente mujeres, consumidores de heroína y *crack*, personas pertenecientes a minorías étnicas y aquellas con problemas de comorbilidad psiquiátrica.

La reinserción social se reconoce como un componente esencial de las estrategias antidroga globales, y puede llevarse a cabo en cualquier fase del consumo de drogas y en distintos entornos. Los objetivos de la reinserción social pueden alcanzarse mediante el desarrollo de las capacidades, la mejora de las habilidades sociales y medidas para facilitar y fomentar el empleo, así como para obtener o mejorar las condiciones del alojamiento. En la práctica, los servicios de reinserción pueden ofrecer orientación profesional, puestos de prácticas y apoyo en materia de alojamiento, mientras que las intervenciones dentro de centros

⁽²⁶⁾ Véanse los cuadros HSR-1 y HSR-2 del boletín estadístico de 2008.

penitenciarios pueden poner en contacto a los reclusos con servicios comunitarios de asistencia social y en materia de alojamiento como preparación para su puesta en libertad.

La falta de hogar, junto con el alojamiento precario, constituye una de las formas más severas de exclusión social a la que tienen que enfrentarse los consumidores de drogas, y afectaba a alrededor del 10% de las personas que se sometieron a tratamiento en 2006 ⁽²⁷⁾. Si bien en muchos países se ofrecen programas de apoyo para el alojamiento a los pacientes en tratamiento de la drogodependencia, también se han documentado carencias, y dos países indican que para los consumidores de drogas resulta difícil obtener acceso a los servicios generales para las personas sin techo tradicionalmente utilizados por los consumidores problemáticos de alcohol (Irlanda e Italia). En tres países (Bélgica, Dinamarca, Países Bajos) se están aplicando nuevas medidas que pueden ayudar a satisfacer las necesidades de alojamiento de los consumidores de drogas; según los informes de dichos países, se están centralizando las instalaciones para drogodependientes a largo plazo y se están abriendo centros de atención especializados para acoger a consumidores de drogas con comportamientos problemáticos o comorbilidad.

Ayudar a los pacientes en tratamiento de la drogodependencia a encontrar trabajo constituye un elemento clave de la reinserción social, dado que uno de cada dos pacientes que empieza un tratamiento carece de empleo ⁽²⁸⁾. Una serie de nuevos enfoques para ayudar a los pacientes a encontrar y conservar un puesto de trabajo parecen haber dado fruto; entre ellos se incluyen: «programas de tutoría», puestos de trabajo subvencionados (también posible en Lituania desde 2006) y preparación especial para empleadores y empleados, tal y como se lleva a cabo dentro del proyecto «Ready for work» de Irlanda o en varios centros de asistencia social y laboral de la República Checa.

Respuestas sanitarias y sociales en prisión

Las instituciones penitenciarias constituyen un entorno importante donde llevar a cabo intervenciones sanitarias y sociales para los consumidores de drogas. En este apartado se echa un vistazo al consumo y a los consumidores de droga en las instalaciones penitenciarias europeas y se analiza información reciente en materia de suministro de servicios a reclusos consumidores de drogas y nuevas leyes sobre el tratamiento de la drogodependencia en prisión.

Consumo de drogas

La información disponible a partir de una serie de estudios sigue indicando una sobrerrepresentación de los consumidores de droga en las prisiones europeas, en comparación con el porcentaje observado dentro de la población general. Las encuestas realizadas entre 2001 y 2006 muestran que la proporción de reclusos ⁽²⁹⁾ que declaran haber consumido drogas ilegales en algún momento varía de forma muy importante entre poblaciones de prisiones, otros centros penitenciarios y países, desde una tercera parte o menos (Bulgaria, Hungría y Rumanía) a más del 50% en la mayoría de los estudios, y hasta el 84% en una prisión de mujeres en Inglaterra y Gales. El cannabis sigue siendo la droga ilegal más frecuentemente mencionada por los reclusos, con unos niveles de prevalencia de consumo durante toda la vida de hasta el 78%. Aunque las estimaciones de consumo a lo largo de la vida pueden ser muy bajas en algunas prisiones (solo el 1%), algunos estudios indican niveles de prevalencia a lo largo de toda la vida del 50-60% para la heroína, las anfetaminas o la cocaína entre los reclusos ⁽³⁰⁾. Las modalidades más perjudiciales de consumo de drogas también pueden concentrarse entre los presidiarios, y según algunos estudios más de una tercera parte de los encuestados ha consumido en algún momento drogas por vía parenteral ⁽³¹⁾.

Tanto los expertos penitenciarios como los responsables de la formulación de políticas reconocen que, a pesar de todas las medidas aplicadas para reducir su suministro, las drogas llegan hasta la mayoría de las prisiones. Estudios realizados entre 2001 y 2006 en Europa muestran que entre el 1% y el 56% de los reclusos declara haber consumido drogas dentro de la prisión y hasta un tercio de los reclusos ha consumido drogas por vía parenteral ⁽³²⁾. Este hecho despierta preocupación en relación con la propagación potencial de enfermedades infecciosas, especialmente por el hecho de compartir el material de inyección.

La población penitenciaria de la Unión Europea supera los 607 000 ⁽³³⁾ individuos, con una rotación anual estimada en más de 860 000 reclusos. En la mayoría de países, la proporción de reclusos condenados por delitos contra las leyes antidroga se sitúa entre el 10% y el 30%. A partir de los datos disponibles puede estimarse que anualmente pasan por las cárceles de la UE más de 400 000 personas que consumen drogas ilegales o lo han hecho en el pasado. Y entre todos ellos, un número considerable serán consumidores

⁽²⁷⁾ Véase el cuadro TDI-15 del boletín estadístico de 2008.

⁽²⁸⁾ Véase el cuadro TDI-20 del boletín estadístico de 2008.

⁽²⁹⁾ El término «recluso» se usa aquí en sentido amplio e incluye tanto a las personas en prisión preventiva como a las personas convictas y encarceladas.

⁽³⁰⁾ Véase el cuadro DUP-1 del boletín estadístico de 2008.

⁽³¹⁾ Véase el cuadro DUP-2 del boletín estadístico de 2008.

⁽³²⁾ Véanse los cuadros DUP-3 y DUP-4 del boletín estadístico de 2008.

⁽³³⁾ Estadísticas Penales Anuales del Consejo de Europa (SPACE) sobre la base de una encuesta de la población penitenciaria con fecha de referencia de 1 de septiembre de 2006.

problemáticos de drogas. Las necesidades de atención sanitaria de este amplio colectivo de antiguos o actuales consumidores de drogas en las prisiones europeas estarán determinadas, hasta cierto punto, por los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas, a saber, enfermedades infecciosas como los virus de las hepatitis B y C y el VIH/sida (véase el capítulo 7).

Atención sanitaria

En la mayoría de países, la responsabilidad por lo que respecta a la atención sanitaria en prisión recae sobre el Ministerio de Justicia. Sin embargo, esto está cambiando y cada vez más países europeos han transferido dicha responsabilidad al sistema sanitario (Francia, Italia, Inglaterra y Gales en el Reino Unido y Noruega). España ha desarrollado en todas las prisiones servicios completos para los consumidores de drogas de acuerdo con el plan de acción de la estrategia nacional antidroga (2000-2008) y sobre la base de un protocolo de cooperación firmado en 2005 entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio del Interior. En otros países, para satisfacer las necesidades de un número cada vez mayor de reclusos consumidores de drogas, las cárceles han establecido programas de cooperación con servicios sanitarios públicos y agencias no gubernamentales especializadas en temas de drogas que trabajan dentro de la comunidad.

Las intervenciones dirigidas a los presos consumidores de drogas han experimentado una expansión en la Unión Europea. En comparación con hace cinco años, un número mayor de países afirma realizar actividades en las áreas siguientes: información y prevención en materia de drogas; revisiones para detectar enfermedades infecciosas y programas de vacunación; y tratamiento de la drogodependencia, incluido el tratamiento de sustitución. Asimismo, este tipo de intervenciones está más ampliamente disponible dentro de los distintos países. El tratamiento de sustitución en prisión está disponible oficialmente en todos los países excepto Bulgaria, Estonia, Letonia, Lituania, Chipre, Eslovaquia y Turquía, aunque en muchos países el nivel general de accesibilidad a dicha opción de tratamiento es limitado. España constituye actualmente el único país europeo que ofrece una amplia gama de medidas de reducción de daños en las instituciones penitenciarias.

Solo cuatro Estados miembros comunicaron en 2006 datos sociodemográficos e información sobre pautas de consumo de drogas por parte de los presos en tratamiento de la adicción a las drogas a través de sus sistemas nacionales de supervisión de tratamientos. En Francia, Chipre y Eslovaquia, las personas que inician tratamiento acostumbra a indicar un opiáceo, habitualmente la heroína, como droga principal, mientras que, en Suecia, el consumo de anfetaminas como droga principal constituye la principal razón para someterse a tratamiento de la drogodependencia en prisión, algo que refleja ampliamente las pautas de consumo de drogas en el país.

Legislación reciente sobre el tratamiento de la drogodependencia en prisión

En 2006 y a comienzos de 2007, seis países revisaron sus directrices y sus marcos jurídicos relativos a los derechos de los reclusos a recibir tratamiento de la drogodependencia.

En Bélgica, una directiva de 2006 del Ministerio de Justicia establece que los reclusos tienen derecho a la misma oferta de opciones de tratamiento existente fuera de las prisiones. Entretanto, en Irlanda las nuevas directrices de las instituciones penitenciarias destacan el estándar sanitario para los servicios de tratamiento, que debería ser comparable al de los servicios disponibles para la población general, aunque adaptado a las instalaciones penitenciarias.

En Dinamarca, una modificación de la ley de enero de 2007 confiere a los consumidores de droga en prisión el derecho a recibir tratamiento gratuito para su drogadicción. La ley estipula que el tratamiento debería comenzar normalmente en un plazo de 14 días desde que el recluso lo solicite a los servicios penitenciarios y de libertad vigilada daneses. Sin embargo, no existe este derecho si el recluso va a ser puesto en libertad en un

plazo de tres meses o si no se considera apto o motivado para el tratamiento.

En Rumanía, una orden conjunta de los Ministerios de Justicia, de Sanidad y de Administración y Asuntos Internos relativa a la continuación de los programas integrados de asistencia médica, psicológica y social para reclusos estableció en mayo de 2006 una nueva base jurídica para implantar tratamientos de sustitución en las prisiones.

En Noruega, una circular enviada en 2006 por el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales reforzaba la cooperación entre las dos carteras, con el fin de lograr un mejor seguimiento durante y después del cumplimiento de la sentencia. Más concretamente, en Eslovaquia, una ley de 2006 autorizó la provisión de servicios psicosociales a aquellos consumidores de droga en prisión preventiva con síndrome de abstinencia. Esta ley tiene como objetivo ofrecer este tipo de servicios a los consumidores de droga en el momento en el que más lo necesitan, es decir en el momento de abstinencia obligada inmediatamente tras ingresar en prisión. Mediante esta ley se creó, además, un marco legislativo de apoyo a las unidades de tratamiento especiales existentes para los consumidores de droga convictos.



Capítulo 3

Cannabis

Introducción

El paisaje europeo con respecto al cannabis ha evolucionado considerablemente durante los últimos diez años, como también lo ha hecho el debate sobre cómo responder de forma adecuada al consumo generalizado de esta droga. A principios y mediados de los años noventa, unos pocos países destacaban por tener altos niveles de prevalencia, mientras que la norma europea eran niveles bajos en comparación con los estándares actuales. En casi todos los países, el consumo de cannabis aumentó durante los años noventa y principios del nuevo milenio, y en la actualidad ello ha resultado en una panorámica europea menos variada, si bien aún existen diferencias entre los países. Por otra parte, los últimos años han sido testigos de una creciente concienciación sobre las implicaciones para la salud pública del consumo generalizado y a largo plazo de esta droga, y han presenciado a la vez un aumento de la demanda de tratamiento para problemas relacionados con el cannabis. Europa puede estar entrando en una nueva fase, pues los datos indican una situación de estabilización o incluso de descenso del consumo de cannabis. Sin embargo, los niveles de consumo permanecen elevados en términos históricos, y, dentro del debate europeo sobre drogas, identificar lo que constituye una respuesta efectiva al cannabis sigue siendo una pregunta clave.

Oferta y disponibilidad

Producción y tráfico

El cannabis puede cultivarse en entornos muy distintos y crece de forma silvestre en muchas regiones del mundo; actualmente se estima que la planta se cultiva en 172 territorios y países (ONUDD, 2008) ⁽³⁴⁾. La combinación de estos dos factores implica que probablemente sea difícil elaborar estimaciones con cierto grado de precisión sobre la producción mundial de cannabis. La última cifra de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) para la producción mundial de hierba de cannabis se sitúa en 41 600 toneladas (2006), de las cuales más de la mitad es atribuible al continente

Suministro y disponibilidad de droga. Datos y fuentes

La información sistemática y rutinaria para describir los mercados y el tráfico de drogas ilegales es aún limitada. Las estimaciones de producción de heroína, cocaína y cannabis se obtienen de las estimaciones de cultivo basadas en el trabajo de campo (toma de muestras *in situ*) y en reconocimientos aéreos o vía satélite. Estas estimaciones presentan importantes limitaciones, como por ejemplo variaciones en las cifras de producción o dificultades en la vigilancia de cultivos que no están concentrados en áreas geográficas restringidas, como el cannabis.

El número de incautaciones de drogas suele considerarse un indicador indirecto de la oferta, de las rutas de tráfico y de la disponibilidad de estas sustancias, aunque también refleja las prioridades, recursos y estrategias de las fuerzas de seguridad, así como la vulnerabilidad de los traficantes y las prácticas de elaboración de informes. También se analizan los datos sobre la pureza o potencia y los precios de venta al por menor de las drogas ilegales con el fin de comprender los mercados minoristas de drogas. Sin embargo, la disponibilidad de este tipo de datos puede ser limitada y pueden surgir dudas sobre la fiabilidad y comparabilidad. Los informes de inteligencia de los cuerpos y fuerzas de seguridad también pueden ayudar a completar el panorama.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) recopila datos nacionales sobre las incautaciones de droga, pureza y precios al por menor en Europa. Los demás datos sobre el suministro de droga proceden principalmente de los sistemas de información de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y sus análisis, y se complementan con información adicional de Europol. La información sobre precursores de drogas la suministra la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas (JIFE), que participa en iniciativas internacionales para la prevención del desvío de precursores químicos usados en la fabricación de drogas ilegales.

Dado que muchas partes del mundo carecen de sistemas de información sofisticados relativos al suministro de drogas, algunas de las estimaciones y otros datos facilitados, aunque representan la mejor aproximación disponible, deben interpretarse con cautela.

⁽³⁴⁾ Para más información sobre las fuentes de datos sobre la oferta y la disponibilidad de drogas, véase el recuadro en esta página.

americano (Norteamérica y Sudamérica) y casi una cuarta parte a África (ONUDD, 2008).

El cultivo generalizado de cannabis también significa que probablemente una proporción significativa del tráfico tiene lugar en el ámbito intrarregional. Este es el caso para parte de la hierba de cannabis de Europa, donde, además de la producción local ⁽³⁵⁾, se ha identificado a Albania y a los Países Bajos como países de origen (informes nacionales de la red Reitox). Según los informes, la hierba de cannabis en Europa procede también de otras partes del mundo, entre ellas: el oeste y el sur de África (Nigeria, Angola), el sureste asiático (Tailandia), el suroeste asiático (Pakistán) y el continente americano (Colombia, Jamaica) (CND, 2008; Europol, 2008).

La fabricación mundial de resina de cannabis en 2006 se estimó en 6 000 toneladas, una cifra menor en comparación con las 7 500 toneladas de 2004 (ONUDD, 2007); en este contexto, Marruecos sigue siendo el principal productor mundial. La superficie destinada al cultivo de resina de cannabis se redujo de 134 000 hectáreas en 2003 a un total de 76 400 hectáreas, con una producción de 1 066 toneladas en 2005 (ONUDD y Gobierno de Marruecos, 2007). Según los informes, la resina de cannabis también se produce en Afganistán —país que experimenta un crecimiento vertiginoso—, Pakistán, la India, Nepal y otros países de Asia Central y de la Comunidad de Estados Independientes (ONUDD, 2008). La resina de cannabis producida en Marruecos suele introducirse ilegalmente en Europa a través de la península ibérica (Europol, 2008) y parte de ella se redistribuye posteriormente desde los Países Bajos.

Incautaciones

En 2006, se incautaron un total de 5 230 toneladas de hierba de cannabis y 1 025 toneladas de resina de cannabis en todo el mundo; ambos totales eran inferiores en comparación con las cifras máximas de 2004. La mayor parte de las incautaciones de hierba de cannabis siguió produciéndose en Norteamérica (58%), mientras que las incautaciones de gran cantidad de resina de cannabis se concentraron en Europa Central y Occidental (62%) (ONUDD, 2008).

En Europa se incautaron 86 toneladas de hierba de cannabis en las 177 000 operaciones que se estima se llevaron a cabo en 2006 ⁽³⁶⁾. El Reino Unido es el Estado miembro de la Unión Europea (UE) que ha notificado el mayor número de incautaciones de hierba de cannabis, aunque la información sobre 2006 todavía no está disponible. Turquía informó sobre

La producción de cannabis en Europa

La cuestión de la producción de cannabis en los distintos países ha cobrado mayor importancia en Europa en los últimos años, dado que la mayoría de los países europeos notifican ahora cultivos locales de cannabis y algunas incautaciones importantes de plantas de cannabis. Según la información facilitada, el cultivo de cannabis en Europa se realiza tanto en interiores, donde con frecuencia se cultiva de forma intensiva, como en plantaciones exteriores. El tamaño de las plantaciones varía notablemente en función de los motivos y los recursos del cultivador, desde unas pocas plantas para uso personal a varios miles en lugares extensos con fines comerciales.

La información disponible es incompleta y no permite realizar una evaluación precisa de la extensión del cultivo de cannabis en Europa. Sin embargo, los informes de una serie de países sugieren que ya no se puede seguir considerando insignificante. Por ejemplo, las encuestas de población realizadas en Francia en el año 2005 estimaban que alrededor de 200 000 personas habían cultivado cannabis al menos una vez en la vida. En el Reino Unido, según los informes más de 1 500 «granjas de cannabis», con una media de 400 plantas en cada una de ellas, fueron clausuradas por la policía en Londres en los años 2005-2006 (Daly, 2007), y cabe suponer que la mayor parte de la hierba de cannabis ahora disponible se produce bien de manera local o en otros países europeos. En los Países Bajos, el cultivo de cannabis está muy extendido en algunas partes del país, con un total estimado de 6 000 plantaciones desmanteladas en 2005 y 2006.

La producción de cannabis parece haber experimentado un brusco incremento durante la primera mitad de la década de los años noventa en algunos países de Europa Occidental, en parte como una reacción de los consumidores de cannabis a la baja calidad percibida y al elevado precio de la resina importada, que era el producto del cannabis que más se consumía entonces. En algunos países parece que la mayoría de consumidores consumen en la actualidad hierba de cannabis producida localmente. Esta sustitución parcial de la resina importada por la planta de cannabis cultivada a nivel local fue posible gracias a los avances en los conocimientos y las tecnologías hortícolas (para maximizar la producción y evitar su detección), que entonces se propagaron a través de Internet (Hough et al., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). El cannabis que se produce a escala local también tiene la ventaja para el productor de que no tiene que ser transportado a través de fronteras nacionales.

aprehensiones de cantidades récord de hierba de cannabis durante 2006. Las cifras de incautaciones de hierba de cannabis en Europa han ido creciendo constantemente desde 2001; hasta el año 2005 se experimentó un período de descenso general en las cantidades aprehendidas, pero los datos más recientes dan fe de una nueva tendencia al alza.

⁽³⁵⁾ Véase «La producción de cannabis en Europa», en esta página.

⁽³⁶⁾ La información sobre incautaciones de droga europeas mencionada en este capítulo puede encontrarse en los cuadros SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 y SZR-6 del boletín estadístico de 2008.

Las incautaciones de resina de cannabis en Europa superan a las de hierba de cannabis en número y volumen, con el doble de incautaciones (325 000) y una cantidad interceptada (713 toneladas) ocho veces superior. La mayoría de las incautaciones de resina (que representan aproximadamente la mitad de todas las incautaciones y alrededor de dos terceras partes de la cantidad total incautada en 2006), las comunica España, seguida a bastante distancia por Francia y el Reino Unido. Después de un período de estabilización entre 2001 y 2003, el número de incautaciones de resina de cannabis está aumentando en Europa, mientras que las cantidades interceptadas se incrementaron hasta 2003-2004 y han ido experimentando un descenso desde entonces.

En 2006, las aproximadamente 10 500 operaciones llevadas a cabo en Europa permitieron interceptar alrededor de 2,3 millones de plantas de cannabis ⁽³⁷⁾ y 22 toneladas de plantas de cannabis (el 64 % de ellas en España). Después de una fase de crecimiento constante desde 2001, la cifra de incautaciones de plantas de cannabis se estabilizó en 2006 ⁽³⁸⁾. Tras un pronunciado descenso en 2002 desde una cifra récord de aprehensiones en 2001, el número de plantas incautadas en Europa ha ido en aumento, aunque la cifra se estabilizó en 2006 en un nivel que representa la mitad del notificado en 2001. A lo largo del mismo quinquenio, la cantidad de plantas de cannabis incautadas en Europa e indicada en kilogramos muestra un incremento constante que se acelera en 2006 a raíz de incautaciones récord en Lituania.

Potencia y precio

La potencia de los productos del cannabis viene determinada por su contenido en delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), la principal sustancia psicoactiva. La potencia del cannabis varía ampliamente tanto entre los distintos países como dentro de ellos, y también entre las distintas muestras y productos del cannabis. Por toda una serie de razones metodológicas, es difícil interpretar la información en este ámbito y determinar hasta qué punto las incautaciones reflejan la situación general del mercado. La investigación sugiere que, en general, el cannabis cultivado en casa de manera intensiva tiende a ser más potente. En 2006, a tenor de los datos facilitados, el contenido en THC de las muestras de resina oscilaba entre el 2,3 % y el 18,4 %, mientras que la variación en el caso de la hierba de cannabis iba de menos del 1 % hasta el 13 %. A lo largo del período de 2001 a 2006, la potencia de la resina de cannabis y la hierba

de cannabis se mantuvo estable o se redujo en muchos de los 16 países europeos que aportaron suficientes datos al respecto. Sin embargo, se observaron tendencias alcistas en el caso de resina de cannabis importada en los Países Bajos, así como para la hierba de cannabis en otros siete países. Las estimaciones de potencia para la hierba de cannabis de producción local a lo largo de una serie de años solo están disponibles para los Países Bajos, donde se indicó un descenso hasta el 16,0 % en 2006 después de un nivel máximo del 20,3 % en 2004 ⁽³⁹⁾.

Los precios típicos de venta al por menor de la resina de cannabis y la hierba de cannabis oscilaban entre los 2 euros y los 14 euros por gramo, si bien la mayoría de países europeos indicaba precios situados entre los 4 y los 10 euros para ambos productos. Durante el período de 2001 a 2006, a excepción de Bélgica y Alemania, se notificó un descenso en los precios de venta al por menor para la resina de cannabis (una vez corregidos los efectos de la inflación). La información disponible procedente de la mayoría de países indica una situación más estable en el caso de los precios de la hierba de cannabis durante este período, con la excepción de Alemania y Austria, donde se detectaron indicios de precios al alza.

Prevalencia y pautas de consumo

Entre la población general

Según estimaciones conservadoras han consumido cannabis al menos una vez (prevalencia a lo largo de la vida) más de 70 millones de europeos, lo cual corresponde a más de una de cada cinco personas entre 15 y 64 años (para un resumen de los datos, véase el cuadro 2). Aunque existen diferencias considerables entre los distintos países, con cifras nacionales que van del 2 % al 37 %, la mitad de los países indica estimaciones situadas entre el 11 % y el 22 %.

Muchos países notifican niveles de prevalencia relativamente elevados para el consumo de cannabis en el último año y en el último mes. Se estima que alrededor de 23 millones de europeos han consumido cannabis en el último año, lo que corresponde a una media del 7 % de las personas con una edad comprendida entre los 15 y los 64 años. Las estimaciones de la prevalencia en el último mes incluyen a las personas que consumen cannabis más regularmente, aunque no necesariamente de forma intensiva (véase más abajo). Se estima que 12,5 millones de europeos han consumido esta droga en el último mes,

⁽³⁷⁾ Dado que Turquía indicó no haber incautado plantas de cannabis en 2005 y 2006, después de haber notificado altos niveles de incautación de estas plantas en el período de 2001 a 2004, ha sido excluida del análisis europeo.

⁽³⁸⁾ Este cuadro de situación es preliminar, dado que aún no se dispone de los datos correspondientes a 2006 para el Reino Unido, que fue el país que notificó el mayor nivel de incautación de plantas de cannabis en 2005.

⁽³⁹⁾ Para más información sobre potencia y precios, véanse los cuadros PPP-1 y PPP-5 del boletín estadístico de 2008.

Encuestas de población: una herramienta importante para comprender las pautas y tendencias del consumo de drogas en Europa

El consumo de drogas entre la población general o escolar se puede evaluar mediante encuestas representativas que permiten estimar la proporción de personas que declaran haber consumido drogas durante determinados períodos de tiempo. Las encuestas también ofrecen información contextual útil sobre pautas de consumo, características sociodemográficas de los consumidores y percepciones de los riesgos y disponibilidad (1).

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), en estrecha colaboración con expertos nacionales, ha desarrollado una serie de temas básicos comunes que se utilizan en las encuestas a adultos (el «modelo de cuestionario europeo», EMQ). Este protocolo se ha puesto en práctica ahora en la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea (UE) (2). Sin embargo, todavía existen diferencias entre los países en cuanto a la metodología usada y el año de recopilación de datos. Por lo tanto, incluso las pequeñas disparidades que existen, particularmente entre países, deben interpretarse con prudencia (3).

Dado que el coste de la realización de encuestas es elevado, son pocos los países europeos que recopilan información anualmente, aunque muchos lo hacen en intervalos de entre dos y cuatro años. En este informe se presentan los datos obtenidos de las últimas encuestas disponibles en cada país, realizadas en la mayoría de los casos entre 2004 y 2007.

De los tres intervalos de tiempo normalizados usados para comunicar datos de encuestas, la prevalencia a lo largo de la vida es el índice más amplio. Este índice no refleja la situación actual del consumo de drogas entre adultos, pero resulta útil para realizar informes sobre escolares y para hacerse una idea de las pautas de consumo y de la incidencia. Para adultos se toma como referencia el consumo durante el último año y durante el último mes (4). Es importante identificar a las personas que consumen drogas regularmente o que viven una situación problemática a raíz del consumo de drogas y, a este respecto, ha habido avances gracias al desarrollo de escalas cortas para evaluar formas de consumo más intensivas entre la población general, adultos y escolares (véase el recuadro sobre el desarrollo de escalas psicométricas en el informe anual de 2007).

(1) Más información sobre metodología de encuestas, en el boletín estadístico de 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

(2) Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>

(3) Para más información sobre encuestas nacionales, véase el cuadro GPS-121 del boletín estadístico de 2008.

(4) Los márgenes estándar de edad del OEDT son: todos los adultos (de 15 a 64 años) y adultos jóvenes (de 15 a 34 años). Este informe utiliza los conceptos «consumo o prevalencia a lo largo de la vida», «prevalencia en el último año» y «prevalencia en el último mes», y algunas veces los conceptos más coloquiales «experiencia de consumo a lo largo de la vida», «consumo reciente» y «consumo actual», respectivamente.

lo que corresponde a una media del 4% de las personas con una edad comprendida entre los 15 y los 64 años.

Consumo de cannabis entre adultos jóvenes

El consumo de cannabis se concentra principalmente en los jóvenes (15-34 años), siendo los jóvenes de entre 15 y 24 años los que generalmente indican los niveles más altos de consumo. Este es el caso en casi todos los países europeos, a excepción de Bélgica, Chipre y Portugal (40).

La información extraída de encuestas de población sugiere que, como media, el 31% de todos los jóvenes europeos adultos (entre 15 y 64 años) ha consumido cannabis alguna vez, mientras que el 13% lo ha hecho durante el último año y un 7% durante el último mes. Se calcula que un porcentaje incluso superior de europeos de edad comprendida entre los 15 y los 24 años ha consumido cannabis durante el último año (17%) o el último mes (9%), aunque, como media, la proporción de personas dentro de este mismo grupo de edad que ha probado esta droga (30%) es algo inferior. Las estimaciones nacionales de prevalencia del consumo de cannabis varían de forma importante entre países en todos los índices de prevalencia; algunos países situados en el extremo superior de la lista informan acerca de valores diez veces superiores a los indicados por los países con menor prevalencia.

El nivel de consumo de cannabis es más elevado en los hombres que en las mujeres (véase la cuestión particular sobre género de 2006), aunque se observan marcadas diferencias de un país a otro. Así pues, por ejemplo, la ratio entre hombres y mujeres en el caso de los que reconocen haber consumido cannabis durante el último año oscila entre 6,4:1 en Portugal y 1,3:1 en Italia.

Consumo de cannabis entre escolares

Después del tabaco y el alcohol, el cannabis sigue siendo la sustancia psicoactiva más utilizada por los estudiantes. El consumo de cannabis en algún momento de la vida entre los escolares de 15 a 16 años puede utilizarse para reflejar el consumo reciente o actual, pues las primeras fases de experimentación con esta sustancia acostumbra a darse sobre esta edad. Los datos procedentes de la encuesta sobre hábitos en materia de salud de los niños en edad escolar (HBSC) de 2005-2006 realizada a niños de 15 años de edad mostraban una gran variación en la prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida en los 27 países. Cinco países notificaron estimaciones de prevalencia para consumo de cannabis en algún momento de la vida por debajo del 10%; once países comunicaron valores situados entre el 10% y el 20%, y otros once países

(40) Véase el gráfico GPS-1 del boletín estadístico de 2008.

Cuadro 2: Prevalencia del consumo de cannabis en la población general. Resumen de los datos

Grupo de edad	Período de tiempo del consumo		
	Toda la vida	Último año	Último mes
15-64 años			
Número estimado de consumidores en Europa	71,5 millones	23 millones	12,5 millones
Media europea	21,8%	6,8%	3,8%
Intervalo	1,7-36,5%	0,8-11,2%	0,5-8,7%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (1,7%) Malta (3,5%) Bulgaria (4,4%) Chipre (6,6%)	Malta (0,8%) Bulgaria (1,5%) Grecia (1,7%) Suecia (2,0)	Malta (0,5%) Suecia (0,6%) Lituania (0,7%) Bulgaria (0,8%)
Países con prevalencia más alta	Dinamarca (36,5%) Francia (30,6%) Reino Unido (30,1%) Italia (29,3%)	Italia, España (11,2%) República Checa (9,3%) Francia (8,6%)	España (8,7%) Italia (5,8%) Reino Unido, Francia, República Checa (4,8%)
15-34 años			
Número estimado de consumidores en Europa	42 millones	17,5 millones	10 millones
Media europea	31,2%	13%	7,3%
Intervalo	2,9-49,5%	1,9-20,3%	1,5-15,5%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (2,9%) Malta (4,8%) Bulgaria (8,7%) Chipre (9,9%)	Malta (1,9%) Grecia (3,2%) Chipre (3,4%) Bulgaria (3,5%)	Grecia, Lituania, Suecia (1,5%) Bulgaria (1,7%)
Países con prevalencia más alta	Dinamarca (49,5%) Francia (43,6%) Reino Unido (41,4%) España (38,6%)	España (20,3%) República Checa (19,3%) Francia (16,7%) Italia (16,5%)	España (15,5%) Francia, República Checa (9,8%) Reino Unido (9,2%)
15-24 años			
Número estimado de consumidores en Europa	20 millones	11 millones	6 millones
Media europea	30,7%	16,7%	9,1%
Intervalo	2,7-44,2%	3,6-28,2%	1,2-18,6%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (2,7%) Malta (4,9%) Chipre (6,9%) Grecia (9,0%)	Grecia, Chipre (3,6%) Suecia (6,0%) Bulgaria, Portugal (6,6%)	Grecia (1,2%) Suecia (1,6%) Chipre, Lituania (2,0%)
Países con prevalencia más alta	Dinamarca (44,2%) República Checa (43,9%) Francia (42,0%) Reino Unido (39,5%)	República Checa (28,2%) España (24,3%) Francia (21,7%) Reino Unido (20,9%)	España (18,6%) República Checa (15,4%) Francia (12,7%) Reino Unido (12,0%)
Información basada en la última encuesta realizada en cada país. El estudio abarca del año 2001 al año 2007. Para obtener la prevalencia media en Europa se ha calculado una media en función de la población del grupo de edad relevante en cada país. A los países de los que no se dispone de información se les ha aplicado la prevalencia media de la Unión Europea. Población usada como base: 15-64 años (328 millones), 15-34 años (134 millones) y 15-24 años (64 millones). Los datos aquí resumidos están disponibles en las «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2008.			

Encuestas escolares recientes

La «encuesta sobre los hábitos en materia de salud de los niños en edad escolar» (HBSC, Health behaviour in school-aged children) es un estudio realizado en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) que investiga desde 2001 la salud de los niños y el comportamiento sanitario, y ha incluido preguntas sobre el consumo de cannabis entre estudiantes de 15 años de edad. La segunda ronda de esta encuesta con preguntas relativas al consumo de cannabis fue realizada entre octubre de 2005 y mayo de 2006, con la participación de 26 Estados miembros de la Unión Europea y Croacia.

La cuarta ronda del «proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas» (ESPAD, European school survey project on alcohol and other drugs) se realizó en 2007 con la participación de 25 Estados miembros, Croacia y Noruega. Esta encuesta investiga específicamente el consumo de sustancias entre escolares que cumplen 16 años a lo largo del año civil. Los resultados de las encuestas más recientes se publicarán en diciembre de 2008.

La participación en estas dos encuestas escolares internacionales, realizadas ambas cada cuatro años, ha ido creciendo con cada ronda, e incluye ahora a la mayoría de los países europeos.

España, Italia, Portugal, Eslovaquia, Suecia y el Reino Unido también aportaron datos sobre el consumo de cannabis obtenidos en sus propias encuestas escolares nacionales en 2006.

entre el 21 % y el 31 % (Currie *et al.*, 2008) ⁽⁴¹⁾. Dentro de este grupo de edad, los niños varones normalmente declaran una mayor prevalencia de consumo de cannabis que las niñas, pero las diferencias entre los dos sexos en cuanto a la prevalencia indicada son pequeñas o incluso inexistentes en algunos de los países con mayores estimaciones de prevalencia.

Al igual que con la experiencia a lo largo de la vida, las estimaciones de consumo para los últimos 30 días entre los escolares varían fuertemente de un país a otro. En algunos países prácticamente no existen declaraciones, mientras que en otros alrededor del 15 % de los encuestados señala haber consumido durante los últimos 30 días, con porcentajes a menudo incluso superiores entre los varones. Sobre la base de los datos recogidos en encuestas ESPAD anteriores, se calcula que en 2003 alrededor de 3,5 millones (22,1 %) de escolares entre 15 y 16 años habían consumido cannabis al menos una vez en su vida en los Estados miembros de la UE, así como en Croacia y Turquía, y que aproximadamente 1,7

millones (11 %) habían consumido la droga durante el mes anterior a la realización de la encuesta.

Comparaciones internacionales

Las cifras europeas pueden compararse con las de otras partes del mundo. Por ejemplo, en los Estados Unidos, la National Survey on Drug Use and Health (encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud, NSDUH) (Samhsa, 2005) estimaba una prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida del 49% en los jóvenes adultos (entre 15 y 34 años, recalculada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [OEDT]) y una prevalencia durante el último año del 21 %. Para el mismo grupo de edad, la prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida en Canadá (2004) era del 58 %, y la prevalencia durante el último año ascendía al 28 %, mientras que en Australia (2004) los porcentajes eran del 48 % y el 20 %, respectivamente. Todas estas cifras están por encima de las correspondientes medias europeas, que se sitúan, respectivamente, en el 31 % y el 13 %.

Pautas de consumo de cannabis

Los datos disponibles indican distintas pautas de consumo de cannabis. De las personas entre 15 y 64 años de edad que han consumido cannabis en algún momento, solo el 30 % lo ha hecho durante el último año ⁽⁴²⁾. Sin embargo, de entre todas las personas que han consumido la droga durante el último año, una media del 56 % lo ha hecho durante el último mes.

La estimación de las pautas de consumo intensivo y a largo plazo representa un tema importante para la salud pública. El consumo diario o casi diario (consumo 20 días o más durante los últimos 30 días) puede ser un indicador de consumo intensivo. En 2007-2008 se recopiló información sobre este tipo de consumo de cannabis en Europa como parte de un «estudio de campo» coordinado por el OEDT en colaboración con expertos nacionales y los puntos focales Reitox de 13 países. Aunque esta información es limitada, se estima sobre esta base que más del 1 % de los adultos europeos, alrededor de 4 millones de personas, está consumiendo cannabis diariamente o casi diariamente. La mayoría de estos consumidores de cannabis, unos 3 millones, tiene entre 15 y 34 años, lo cual representa aproximadamente del 2 % al 2,5 % del total de ciudadanos europeos clasificables dentro de este grupo de edad ⁽⁴³⁾.

Las tendencias en materia de consumo intensivo de cannabis en Europa resultan difíciles de evaluar, pero, para los países que participaron en sendos estudios de campo

⁽⁴¹⁾ Véase el gráfico EYE-5 del boletín estadístico de 2008.

⁽⁴²⁾ Véase el gráfico GPS-2 del boletín estadístico de 2008.

⁽⁴³⁾ Las medias europeas presentadas constituyen una estimación aproximada basada en una media ponderada (de la población) para los países que han aportado datos. La media resultante se imputa a los países que no han facilitado datos. Las cifras obtenidas son del 1,2 % para todos los adultos (de 15 a 64 años) y del 2,3 % para los adultos jóvenes (de 15 a 34 años). Véase el cuadro GPS-7 del boletín estadístico de 2008.

en 2004 y 2007 (Francia, España, Irlanda, Grecia, Italia, Países Bajos y Portugal), el incremento medio rondaba el 20%, aunque este cálculo se ve fuertemente influido por las cifras de Francia, España e Italia.

El consumo reiterado de cannabis puede permanecer relativamente estable durante largos períodos de tiempo, incluso entre los consumidores jóvenes. Un estudio alemán de publicación reciente que realizó un seguimiento durante diez años de una cohorte de personas entre 14 y 24 años de edad, mostró que un elevado porcentaje de los que habían consumido cannabis repetidamente (cinco o más veces a lo largo de la vida) al principio del período de estudio continuaba consumiendo la droga; el 56% de ellos afirmaba consumirla después de cuatro años y el 46% todavía la consumía después de diez años. Por el contrario, el consumo ocasional de la droga al principio del período de estudio (de 1 a 4 veces) no parecía estar asociado a un subsiguiente desarrollo de formas de consumo a largo plazo y más problemáticas (Perkonig, 2008).

La dependencia del cannabis se percibe cada vez más como posible consecuencia del consumo habitual de la droga, incluso si la severidad y las consecuencias de dicho consumo pueden parecer menos serias que las identificadas habitualmente en el caso de otras sustancias psicoactivas. No obstante, dado que una proporción relativamente mayor de la población consume cannabis regularmente, el impacto total sobre la salud pública de las formas intensivas de consumo de cannabis puede ser significativo. Un análisis de los datos de encuestas nacionales de población para los Estados Unidos revela que entre un 20% y un 30% de los consumidores diarios dio positivo en las pruebas de dependencia entre 2000 y 2006⁽⁴⁴⁾. En un estudio australiano se clasificó al 92% de los consumidores de cannabis a largo plazo como personas que habían sido dependientes en algún momento de su vida, y se consideró que más de la mitad de ellos era dependiente en el momento del estudio. Un estudio de seguimiento realizado un año después sugería que, entre los consumidores a largo plazo, los índices de consumo y dependencia del cannabis pueden permanecer estables durante este período de tiempo (Swift *et al.*, 2000).

El OEDT está desarrollando, en cooperación con varios países, métodos para supervisar las formas de consumo de cannabis a largo plazo más intensivas y significativas, incluyendo la dependencia. En varios Estados miembros de la UE se están probando escalas psicométricas, y

los resultados disponibles se analizarán este año. Esta información puede ayudar a los Estados miembros de la UE a la hora de evaluar las implicaciones para la salud pública de las formas más problemáticas de consumo de cannabis y planear intervenciones apropiadas⁽⁴⁵⁾.

Pautas de consumo de cannabis entre escolares

Los datos de la encuesta HBSC muestran que el consumo frecuente de cannabis sigue dándose raramente entre escolares de 15 años de edad. Solo seis países señalan una prevalencia de consumo frecuente de cannabis (definido aquí como 40 veces o más durante los últimos 12 meses) por encima del 2%. Sin embargo, el consumo frecuente tiene generalmente una mayor prevalencia entre los varones, con estimaciones de hasta el 5% en siete países. Los informes indican que existe una correlación entre las pautas de consumo de cannabis más problemáticas y la pertenencia a un grupo vulnerable (por ejemplo, jóvenes delincuentes, alumnos que incurrir en absentismo escolar, estudiantes con bajo rendimiento académico), lo cual sugiere que se requieren estrategias específicas para proporcionar una red de seguridad a estos jóvenes particularmente vulnerables. Este tema se destaca en la cuestión particular sobre jóvenes vulnerables de 2008.

En cooperación con ESPAD se ha llevado a cabo una investigación sobre policonsumo de drogas comparando con los demás estudiantes a los escolares de entre 15 y 16 años en 2003 que habían consumido cannabis durante los 30 días anteriores. La comparación muestra que, de media, los estudiantes que han consumido cannabis son más susceptibles de haber consumido otras sustancias. Aunque los niveles de prevalencia de consumo de otras drogas durante el último mes se mantuvieron bajos entre los consumidores de cannabis (por debajo del 10%), los niveles de consumo de cigarrillos y el consumo «juerguista» de alcohol entre los consumidores de cannabis era alrededor del doble (80%) del observado entre la población escolar general. Estas comparaciones indican que el consumo de cannabis se asocia a índices de consumo de drogas tanto legales como ilegales considerablemente superiores a la media⁽⁴⁶⁾.

Tendencias en el consumo de cannabis

Solo Suecia y Noruega presentan una serie de encuestas a gente joven o a reclutas que se remontan a los años setenta. Se observó una primera oleada de consumo en los años

⁽⁴⁴⁾ Servicio de análisis en línea de la encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud (NSDUH) (<http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>), consultado el 25 de febrero 2008 y analizado utilizando las variables MJDAY30A y DEPNDMRJ.

⁽⁴⁵⁾ Las intervenciones, por ejemplo, formas de tratamiento, se presentan en «Oferta de tratamiento», p. 49.

⁽⁴⁶⁾ El análisis se basa en datos procedentes de la base de datos elaborada dentro del marco del proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD) y está en sintonía con las reglas de utilización de la base de datos ESPAD. Puede encontrarse a los principales centros de investigación nacionales que han proporcionado datos para cada uno de los países incluidos en el proyecto en el sitio web del proyecto: <http://www.espad.org>

setenta, seguida de un descenso en la década de los años ochenta y un nuevo incremento sustancial durante la de los noventa. El análisis del año de iniciación en las encuestas recientes también ha permitido identificar una expansión significativa del consumo de cannabis en España (a mediados de los años setenta) y en Alemania (a principios de los años noventa) (véanse los informes anuales de 2004 y 2007).

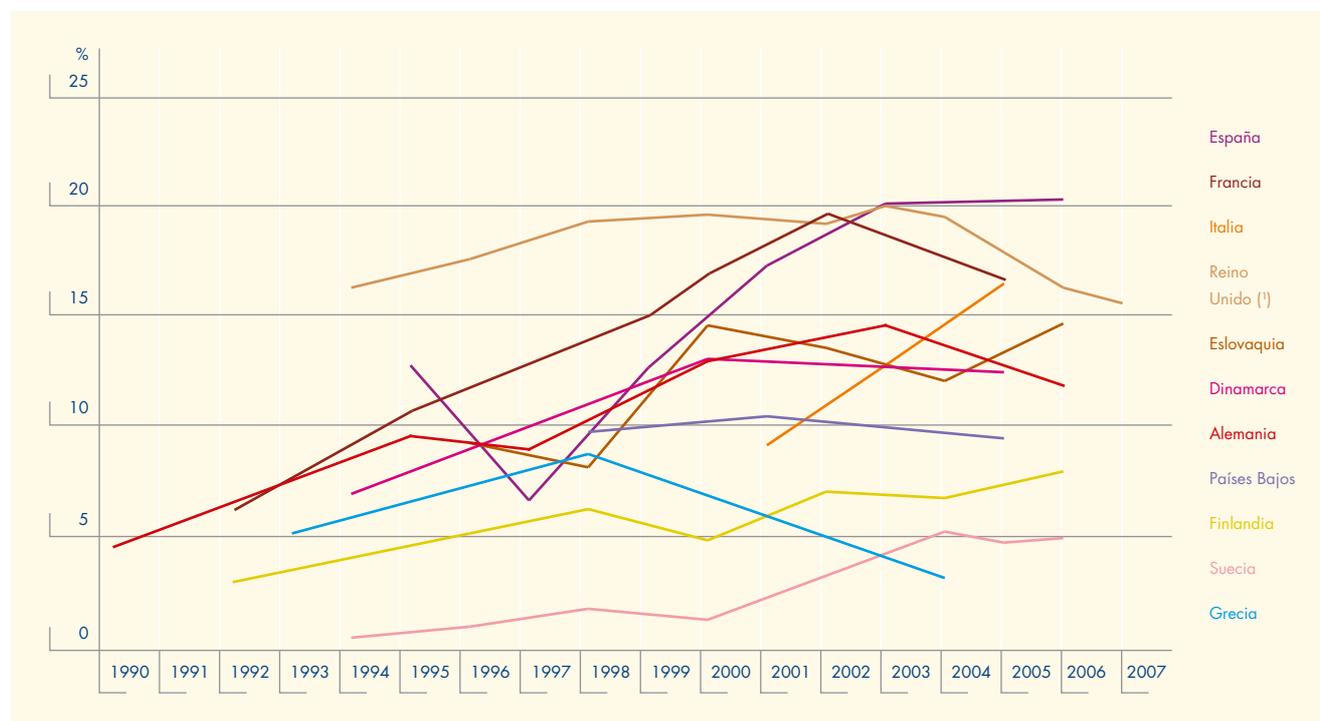
Los datos de encuestas nacionales comunicados al OEDT revelan que el consumo de cannabis aumentó notablemente durante los años noventa en casi todos los países de la UE, sobre todo entre los jóvenes (gráfico 4) y los escolares. Sobre el año 2000, la prevalencia a lo largo de la vida para el consumo de cannabis en el grupo de edad de 15 a 34 años se vio incrementada hasta niveles superiores al 30% en nueve países y hasta alrededor del 40% en dos casos, mientras que la prevalencia durante el último año alcanzaba índices de entre el 15% y el 20% en siete países y la prevalencia durante el último mes se situaba entre el 8% y el 15% en el caso de seis países. Resulta de particular interés la tendencia de consumo de cannabis en el Reino Unido (Inglaterra y Gales), el país que comunicó las estimaciones de prevalencia más elevadas de Europa a principios y mediados de los

años noventa pero en el que se ha observado recientemente una constante tendencia a la baja, especialmente dentro del grupo de edad de 16 a 24 años ⁽⁴⁷⁾.

La información procedente de encuestas nacionales recientes sugiere que el consumo de cannabis se está estabilizando en muchos países. De los 16 países para los que es posible analizar la tendencia de 2001 a 2006, la prevalencia de consumo durante el último año entre los jóvenes adultos creció un 15% o más en seis países, se redujo en tres en un porcentaje similar y se mantuvo estable en siete ⁽⁴⁸⁾.

Los últimos datos publicados sobre el consumo de cannabis entre escolares también ponen en evidencia tendencias de estabilidad o descenso. Una comparación de los datos de la HBSC de 2001/2002 y 2005/2006 muestra una tendencia estable o decreciente tanto en el consumo de cannabis a lo largo de la vida como en otras formas de consumo más frecuentes entre los escolares de 15 años en la mayoría de países de la UE ⁽⁴⁹⁾. Otras encuestas escolares nacionales llevadas a cabo recientemente en España, Portugal, Eslovaquia, Suecia y el Reino Unido también indican tendencias estables o a la baja.

Gráfico 4: Tendencias en la prevalencia del consumo de cannabis durante el último año entre los jóvenes (entre 15 y 34 años)



(!) Inglaterra y Gales.

N.B.: Para más información, véase el gráfico GPS-4 del boletín estadístico de 2008.

Fuente: Informes nacionales de la red Reitox (2007), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

⁽⁴⁷⁾ Véase el gráfico GPS-10 del boletín estadístico de 2008.

⁽⁴⁸⁾ En los casos en los que no se disponía de información sobre los años exactos se utilizaron datos del año anterior o del siguiente; si esta información tampoco estaba disponible, no se realizó el análisis.

⁽⁴⁹⁾ Véanse los cuadros EYE-4 y EYE-5 del boletín estadístico de 2008.

Dado que la disponibilidad del cannabis en Europa en general no parece haber cambiado y los precios parecen estar bajando en la mayoría de los países que aportan información, habrá que encontrar una explicación distinta para la actual situación de estabilización o descenso. La encuesta de población francesa (Baromètre Santé) de 2005 constató que el 80 % de las personas que habían dejado de consumir cannabis indicaba la falta de interés como razón para abandonar el consumo. Parte de la explicación puede encontrarse en la reducción observada en el consumo de tabaco, que comparte la misma vía de administración que el cannabis, por lo que el comportamiento podría estar vinculado en cierta medida (informes nacionales de la red Reitox y Currie *et al.*, 2008).

Los descensos en el consumo experimental u ocasional de cannabis no tienen por qué estar directamente relacionados con las tendencias de consumo regular de esta droga. Ello puede verse a partir de la información de dos encuestas consecutivas realizadas a adolescentes en Alemania, que mostraban descensos en la prevalencia a lo largo de toda la vida y durante el último año, mientras que el «consumo regular» de cannabis (más de 10 veces durante el último año) permanecía inalterado (2,3 %) (BZgA, 2004 y BZgA, 2007, citadas en el informe nacional alemán).

Tratamiento para el cannabis

Pautas de la demanda de tratamiento

En aproximadamente el 21 % de las 390 000 demandas de tratamiento declaradas en el año 2006 (datos disponibles de 24 países) se menciona el cannabis como la principal razón para iniciar un tratamiento, lo que lo sitúa en segundo lugar después de la heroína⁽⁵⁰⁾. Sin embargo, las diferencias entre países eran considerables; menos del 5 % de todos los pacientes citaba el cannabis como principal razón para someterse a tratamiento en Bulgaria, Lituania, Luxemburgo y Rumanía, mientras que quienes seguían un tratamiento en Francia, Hungría y los Países Bajos mencionaban esta sustancia como droga principal en más del 30 % de los casos⁽⁵¹⁾.

Existen asimismo considerables variaciones en el ámbito de las nuevas solicitudes de tratamiento; menos del 10 % de los pacientes que inician el tratamiento señala el cannabis como droga principal en Bulgaria, Lituania y Rumanía, y más del 50 % lo hace en Dinamarca, Alemania, Francia y Hungría⁽⁵²⁾. Estas variaciones

pueden explicarse a partir de las diferencias en materia de prevalencia de consumo intensivo de cannabis, organización de los tratamientos de la drogodependencia o las prácticas de derivación a tratamiento. Por ejemplo, en algunos países con elevados índices de personas en tratamiento por consumo de cannabis (por ejemplo Alemania, Hungría, Austria y Suecia), el tratamiento de la drogodependencia se ofrece como alternativa a la imposición de penas y algunas veces es obligatorio en caso de detención. En Francia, que señala el mayor índice de pacientes por cannabis de Europa, se han creado recientemente centros especializados para consumidores de cannabis, lo cual tendrá una incidencia directa sobre los datos notificados.

Los consumidores de cannabis reciben tratamiento principalmente en centros ambulatorios, pero en algunos países (Irlanda, Eslovaquia, Finlandia y Suecia) alrededor de un tercio busca tratamiento en régimen de ingreso⁽⁵³⁾. Según los informes, la mayoría de pacientes en tratamiento por consumo de cannabis acude al tratamiento por propia iniciativa, pero esta ruta de derivación es menos habitual entre los pacientes por cannabis que entre los que buscan ayuda por problemas con otras drogas.

Los que buscan tratamiento en regímenes ambulatorios por consumo de cannabis como droga principal también reconocen consumir otras drogas: el 21 % afirma consumir alcohol como sustancia secundaria; el 12 %, anfetaminas y éxtasis; y el 10 %, cocaína. El cannabis constituye la segunda sustancia secundaria más frecuentemente mencionada (21 %) por las personas que reciben tratamiento, después del alcohol (32 %) ⁽⁵⁴⁾.

Tendencias en las nuevas solicitudes de tratamiento de la drogodependencia

Entre las aproximadamente 160 000 nuevas solicitudes de tratamiento de la drogodependencia notificadas en 2006 (datos disponibles de 24 países), los pacientes de cannabis representan el segundo mayor grupo (28 %) después de los pacientes en tratamiento por consumo de heroína (34 %). En relación con la proporción de todos los toxicómanos en tratamiento por consumo de cannabis como droga principal, la proporción de nuevos pacientes es mayor. La mitad de los países informa de que la proporción de nuevos pacientes que solicitan tratamiento para el consumo de cannabis como droga principal está creciendo. El total absoluto de nuevas solicitudes de tratamiento para el cannabis aumentó durante el período 2002-2006, mientras

⁽⁵⁰⁾ Véase el gráfico TDI-2, parte (ii), del boletín estadístico de 2008.

⁽⁵¹⁾ Véase el cuadro TDI-5, parte (ii), del boletín estadístico de 2008.

⁽⁵²⁾ Véase el cuadro TDI-4, parte (ii), del boletín estadístico de 2008.

⁽⁵³⁾ Véase el cuadro TDI-24 del boletín estadístico de 2008.

⁽⁵⁴⁾ Véanse los cuadros TDI-22 y TDI-23, parte (i) y parte (iv), del boletín estadístico de 2008.

que la proporción de nuevos pacientes que se sometían a tratamiento por consumo de cannabis como droga principal aumentó entre 2002 y 2005, manteniéndose luego al mismo nivel en 2006 ⁽⁵⁵⁾.

La tendencia al alza observada en las solicitudes de tratamiento para el cannabis puede vincularse a toda una serie de factores: incrementos en el consumo de cannabis o en el consumo intensivo y a largo plazo de esta sustancia; mejoras en la cobertura de datos; reciente expansión y diversificación del sistema de tratamiento, que anteriormente se centraba en los consumidores de heroína y que ahora se dirige a consumidores de otras drogas; cambios en la legislación y las políticas que a menudo resultan en un incremento de las derivaciones a tratamiento por consumo de cannabis por parte del sistema de justicia penal (OEDT, 2008a). La reciente estabilización de las nuevas solicitudes de tratamiento vinculadas al consumo de cannabis también podría explicarse sobre la base de tendencias más recientes relacionadas con el consumo de esta sustancia, cambios en el sistema de tratamiento o modificaciones de las rutas de derivación a tratamiento.

Perfiles de los pacientes

Los consumidores de cannabis que empiezan un tratamiento en régimen ambulatorio son predominantemente jóvenes varones, con una ratio entre hombres y mujeres de 5,2:1, y tienen una media de edad de 24 años. El cannabis constituye la droga principal más habitualmente señalada en los grupos de edad más jóvenes. De entre todos los que se someten a tratamiento por primera vez, afirma consumir cannabis como droga principal el 67% de los jóvenes entre 15 y 19 años y el 80% de los adolescentes de menos de 15 años ⁽⁵⁶⁾.

La mayoría de pacientes de cannabis parece estar relativamente bien integrada socialmente en comparación con los que buscan ayuda por problemas con otros tipos de droga. Muchos están todavía estudiando y viven en un alojamiento estable, a menudo con sus padres. Sin embargo, una investigación reciente también muestra un perfil social de los pacientes de cannabis que difiere del de la población general del mismo grupo de edad y presenta un entorno más desfavorecido (OEDT, 2008a).

En general, los consumidores de cannabis como sustancia principal que inician un tratamiento pueden clasificarse en tres grupos desde el punto de vista de la frecuencia de consumo: aquellos que lo consumen de forma ocasional (30%), los que lo consumen una o varias veces por

semana (30%) y los que lo consumen diariamente (40%) ⁽⁵⁷⁾. Sin embargo, se observan diferencias considerables entre países, especialmente en la proporción de consumidores regulares de cannabis que inician un tratamiento. En aquellos países en los que los pacientes por cannabis son más numerosos, la proporción de consumidores diarios va desde más del 70% en los Países Bajos y Dinamarca, pasando por el 40-60% en España, Francia e Italia, hasta el 20-30% en Alemania e Hungría.

Oferta de tratamiento

Una encuesta encargada por el OEDT sobre la oferta de tratamiento por consumo de cannabis en una muestra de servicios de tratamiento de la drogodependencia en 19 Estados miembros constató que la mitad de los servicios analizados no contaba con programas especialmente dirigidos a los problemas causados por el cannabis (OEDT, 2008a). Estas conclusiones sugieren que muchos consumidores de cannabis reciben tratamiento en los mismos centros en los que se atiende a consumidores de otras drogas, lo cual puede plantear dificultades tanto para el personal de tratamiento como para los pacientes.

La mayoría de los servicios especializados analizados ofrecía programas breves de tratamiento por consumo de cannabis normalmente de menos de 20 sesiones. Por regla general, el tratamiento adoptaba la forma de asesoramiento personal y terapia o asesoramiento sobre las posibles implicaciones del consumo de cannabis. Algunos centros han indicado la desintoxicación de cannabis, la terapia familiar, la comunidad terapéutica y los grupos de ayuda mutua como posibles componentes del tratamiento. En los casos en los que esta se ofrecía, la atención en régimen de ingreso para el tratamiento por cannabis era generalmente atención temporal de relevo en el contexto de problemas sociocomportamentales.

La literatura científica en este ámbito indica que toda una serie de psicoterapias han demostrado ser eficaces para el tratamiento por consumo de cannabis, incluyendo la terapia motivacional y la terapia de comportamiento cognitivo, pero que ninguna forma de psicoterapia ha demostrado ser más eficaz que las otras (Nordstrom y Levin, 2007). Aunque la mayoría de estudios sobre la eficacia del tratamiento por consumo de cannabis se ha llevado a cabo en los Estados Unidos y en Australia, en la actualidad se están empezando a lanzar estudios europeos o se está informando sobre ellos. En 2004 empezó en Alemania un ensayo controlado aleatorio dirigido a examinar un programa de tratamiento para

⁽⁵⁵⁾ Véanse los gráficos TDI-1 y TDI-2 y los cuadros TDI-3, parte (iv), y TDI-5, parte (ii), del boletín estadístico de 2008.

⁽⁵⁶⁾ Véanse los cuadros TDI-10 y TDI-21, parte (ii), del boletín estadístico de 2008.

⁽⁵⁷⁾ Véase el cuadro TDI-18 del boletín estadístico de 2008.

adolescentes con trastornos relacionados con el consumo de cannabis denominado «Candis». El programa se basa en la estimulación motivacional, la terapia cognitivo-conductual y la resolución psicosocial de problemas. Los resultados iniciales muestran que la mitad de los pacientes había dejado de consumir cannabis al final del tratamiento, mientras que otro 30% redujo el nivel de consumo de cannabis. Además, se notificó una sensible reducción de los problemas mentales y sociales asociados. Se planea la realización de un estudio de seguimiento.

Varios países han informado sobre iniciativas para ofrecer tratamiento a jóvenes consumidores de cannabis. En Francia se han creado en todo el país desde 2005 alrededor de 250 centros de consulta sobre el cannabis que brindan asesoramiento y apoyo a los consumidores y a sus familias. En Dinamarca se han asignado recientemente fondos especiales al desarrollo de programas específicamente dirigidos a los consumidores jóvenes de cannabis. Asimismo, Bélgica, Alemania, Francia, los Países Bajos y Suiza están colaborando en un estudio internacional sobre la efectividad de un tratamiento completo basado en la familia para el consumo problemático de cannabis (Incant) ⁽⁵⁸⁾.

En Alemania hay intentos de transferir el programa por Internet de abandono del cannabis «Quit the shit» ⁽⁵⁹⁾, que proporciona asesoramiento interactivo en colaboración con instalaciones de tratamiento en régimen ambulatorio, a estructuras municipales de ayuda a la juventud y atención en materia de drogas o centros de prevención de la drogodependencia.

Continúa en aumento en Europa la utilización de tecnologías de la información y la comunicación en las intervenciones de reducción de la demanda de drogas. En 2006/2007 se informó de la disponibilidad de asesoramiento y consejo sobre consumo de drogas en nueve Estados miembros, ocho de los cuales mencionaron la utilización de Internet (República Checa, Alemania, Estonia, Países Bajos, Portugal, Austria, Eslovaquia, Reino Unido), mientras que Dinamarca indicó el uso de mensajes (SMS). Estos servicios basados en Internet están dirigidos a gente joven y se centran en problemas relacionados con el alcohol y el cannabis.

Consumidores de cannabis en contacto con el sistema de justicia penal

El cannabis es la droga ilegal que más a menudo se menciona en los informes policiales por infracciones a la legislación antidroga ⁽⁶⁰⁾ en Europa, y los delitos relacionados con esta droga en la Unión Europea se han incrementado de media un 34% entre 2001 y 2006 (gráfico 2). Los datos disponibles muestran que la mayoría de los delitos declarados en relación con el cannabis están más relacionados con el consumo y la posesión para el consumo que con el tráfico y el suministro. Las infracciones vinculadas al consumo representan entre el 62% y el 95% de todos los delitos relacionados con el cannabis notificados en la mayoría de los países que han aportado información.

Dado que muchos de los infractores de la legislación antidroga son jóvenes consumidores de cannabis que, de lo contrario, no habrían entrado en contacto con los servicios de tratamiento, se ha informado de un refuerzo de la cooperación entre las autoridades judiciales, los servicios de prevención y asesoramiento en las escuelas y los centros de ayuda a la juventud. Alemania, España (Cataluña), Luxemburgo y Austria han puesto en marcha protocolos y programas para jóvenes que han violado la legislación antidroga o han sido condenados por el consumo o la posesión de drogas, en la mayoría de los casos cannabis. En lugar de hacerle pagar una multa, se puede dar al infractor la opción de asistir a un curso. Los programas ofrecidos en los distintos países tienen como objetivo prevenir el futuro desarrollo del consumo de drogas y la reincidencia, y pueden incluir la participación de la familia, el centro escolar o asesoramiento psicológico.

Una evaluación de seguimiento del programa alemán FReD para jóvenes delincuentes (100 participantes) observó que el 44% de los antiguos participantes había reducido el consumo de alcohol y tabaco, el 79% había reducido o abandonado el consumo de drogas ilegales y el 69% indicaba no haber vuelto a delinquir después de haber finalizado el curso. Una evaluación de los Equipos de Jóvenes Delincuentes (Youth Offending Teams, YOT), un programa parecido realizado en el Reino Unido, permitió concluir que los potenciales beneficios de este enfoque son considerables (Matrix Research, 2007).

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁶⁰⁾ Véase el cuadro DLO-6 del boletín estadístico de 2008.

La prohibición de fumar y el cannabis

Los posibles vínculos entre las políticas antitabaco y fumar cannabis es un asunto que merece atención. Las leyes antitabaco están extendiéndose cada vez más en Europa, y nueve Estados miembros han puesto en práctica ya prohibiciones totales de fumar (en lugares de trabajo y públicos, incluyendo restaurantes y bares). Además, Bélgica, Dinamarca, Alemania, los Países Bajos y Portugal han aprobado recientemente prohibiciones al menos parciales.

El vínculo entre el consumo de tabaco y el posterior consumo de drogas ilegales tiende a desvanecerse si se corrigen los efectos de los factores de riesgo subyacentes, tal y como ha demostrado una revisión de estudios prospectivos (Mathers *et al.*, 2006). Sin embargo, en Europa, el consumo de cannabis presenta una mayor prevalencia entre fumadores de tabaco

que entre no fumadores, y las estrictas políticas antitabaco podrían influir favorablemente en las normas observadas, que son indicadores tanto del consumo de tabaco como de cannabis.

También existen algunos indicios de que el cannabis es un complemento económico (en el sentido de que presenta una evolución similar en cuanto a precio y disponibilidad) de los cigarrillos (Cameron y Williams, 2001). Estudios aislados han demostrado que el aumento de los impuestos del tabaco parece reducir la intensidad del consumo de marihuana, y podría tener modestos efectos negativos en la probabilidad de consumo entre varones (Farrelly *et al.*, 2001).

Por último, merece la pena destacar que la prohibición neerlandesa de fumar tabaco en restaurantes y bares también se aplica a los «coffee shops», y que la ciudad de Amsterdam ha decidido prohibir fumar cannabis en público.



Capítulo 4

Anfetaminas, éxtasis y LSD

Introducción

En todo el mundo, las anfetaminas (un término genérico que incluye tanto la anfetamina como la metanfetamina) y el éxtasis se cuentan entre las drogas ilegales más consumidas después del cannabis. En la actualidad, el consumo de cocaína en Europa puede ser superior en cifras absolutas, pero la concentración geográfica de la cocaína en unos pocos países significa que, para la mayor parte de la Unión Europea (UE), alguna forma de droga sintética sigue siendo la segunda sustancia ilegal más habitualmente utilizada. Además, en algunas partes de Europa, el consumo de anfetaminas constituye una parte importante del problema

Anfetamina y metanfetamina: diferencias y similitudes

En el mercado de drogas ilegales, se comercia principalmente con dos tipos de anfetaminas: la anfetamina y la metanfetamina (y sus sales), dos sustancias sintéticas estrechamente emparentadas, pertenecientes a la familia de la fenetilamina. Ambas sustancias son estimulantes del sistema nervioso central y comparten el mismo mecanismo de acción, efectos sobre el comportamiento, tolerancia, síndrome de abstinencia y efectos (crónicos) por consumo prolongado. La anfetamina es menos potente que la metanfetamina, pero en situaciones incontroladas los efectos son prácticamente idénticos.

Los productos a base de anfetamina y metanfetamina se distribuyen principalmente en forma de polvo, pero también se consume el «hielo», la sal de hidrócloruro pura y cristalina de la metanfetamina. Las pastillas de anfetamina o metanfetamina pueden ir decoradas con logotipos similares a los de las pastillas de MDMA y otras pastillas de éxtasis.

Dadas las formas físicas en que están disponibles, la anfetamina y la metanfetamina se pueden ingerir, esnifar, inhalar y, menos frecuentemente, inyectar. A diferencia de la sal de sulfato de anfetamina, el hidrócloruro de anfetamina, en particular la forma cristalina («hielo»), es lo suficientemente volátil para ser fumado.

Fuente: Perfiles sobre drogas del OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

de las drogas y representa una proporción significativa de las personas que requieren tratamiento.

La anfetamina y la metanfetamina son estimulantes del sistema nervioso central. De estas dos drogas, la anfetamina es, con diferencia, la más fácil de adquirir en Europa, mientras que el consumo significativo de metanfetamina parece limitarse a la República Checa y a Eslovaquia.

El término «éxtasis» hace referencia a sustancias sintéticas químicamente relacionadas con las anfetaminas, pero cuyos efectos son algo diferentes. La sustancia más conocida de la familia del éxtasis es la 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), aunque en ocasiones también pueden encontrarse otras sustancias análogas en las pastillas de éxtasis (MDA y MDEA). El consumo de éxtasis era prácticamente desconocido en Europa hasta finales de los años ochenta, pero aumentó de forma espectacular durante la década de los años noventa. Su popularidad está vinculada desde siempre a los entornos discotequeros y, en general, el consumo de drogas sintéticas de alta prevalencia se asocia a subgrupos culturales o entornos sociales particulares.

Las estimaciones de consumo de dietilamida del ácido lisérgico (LSD), con diferencia la droga alucinógena más conocida, se han mantenido bajas y de algún modo estables en Europa durante un período de tiempo considerable. Sin embargo, parece existir un interés creciente entre los jóvenes por las sustancias alucinógenas naturales.

Oferta y disponibilidad

Anfetamina

La producción mundial de anfetamina, estimada en 126 toneladas en 2006, sigue concentrada en Europa, que alberga el 79% de todos los laboratorios de anfetamina notificados en 2006 (ONUDD, 2008), aunque cabe afirmar que se está propagando a otras partes del mundo, concretamente a Norteamérica y al sureste asiático ⁽⁶¹⁾. En 2006 se incautaron más de 19 toneladas de anfetamina en todo el mundo; la mayoría de ellas se interceptaron

⁽⁶¹⁾ Para más información sobre las fuentes de datos sobre la oferta y la disponibilidad de drogas, véase la p. 40.

en Oriente Medio y Oriente Próximo (67%) y estaban relacionadas con pastillas de «Captagon»⁽⁶²⁾ fabricadas en Europa Sudoriental, seguido de aprehensiones de anfetamina realizadas en Europa Central y Occidental (27%), lo cual refleja el papel de Europa como importante productor y a la vez consumidor de esta droga (CND, 2008; ONUDD, 2008).

Según los informes, la mayor parte de la anfetamina incautada en Europa se fabrica, en orden de mayor a menor importancia, en los Países Bajos, Polonia y Bélgica, y en menor medida en Estonia y Lituania. En 2006 se descubrieron en la Unión Europea 40 centros involucrados en la producción, el embalaje o el almacenamiento de anfetaminas (Europol, 2007a), y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2008) informa del desmantelamiento de 123 laboratorios en países europeos.

Turquía notificó incautaciones de un total de unos 20 millones de pastillas de anfetamina con el logotipo «Captagon». Según los informes, la fabricación de anfetamina bajo esta forma se efectúa tanto en Bulgaria como en Turquía, y se supone que está pensada en gran medida para la exportación a países consumidores de Oriente Medio y Oriente Próximo.

En Europa se incautaron 6,2 toneladas de polvo de anfetamina a raíz de las 38 000 operaciones que se estima se llevaron a cabo en 2006. Si bien las cifras provisionales para 2006 indican un descenso después de los elevados niveles notificados en 2004 y 2005, tanto las incautaciones como las cantidades de anfetamina aprehendidas han aumentado a lo largo del período de 2001 a 2006⁽⁶³⁾. En cualquier caso, esta conclusión es solo provisional, dado que aún no se dispone de los datos más recientes para el Reino Unido, el país europeo que normalmente notifica el mayor número de incautaciones. Unos pocos países informan de un número creciente de incautaciones de pastillas de anfetamina, como contraposición a la sustancia en polvo. En 2006, se incautó un total de 390 000 pastillas en la Unión Europea (principalmente en España).

La pureza de las muestras de la anfetamina interceptada en Europa en 2006 variaba considerablemente y, en este sentido, cualquier comentario sobre valores típicos deberá hacerse con cautela. De cualquier modo, los países que aportaron información para 2006 pueden clasificarse en dos grupos; uno integrado por diez países en los que los valores oscilaban entre el 2% y el 10% y un segundo

Medidas internacionales contra la fabricación y el desvío de precursores de drogas sintéticas

Los esfuerzos de los cuerpos y fuerzas de seguridad se centran cada vez más en los precursores químicos necesarios para la producción de drogas ilegales como una contramedida adicional, y este es un ámbito en el que la cooperación internacional es especialmente valiosa. El proyecto Prisma es una iniciativa internacional creada para prevenir la desviación de los precursores químicos utilizados en la fabricación ilegal de drogas sintéticas que, por un lado, se vale de un sistema de notificaciones previas a la exportación para operaciones comerciales legales y, por el otro, hace uso de la notificación de envíos interceptados e incautaciones llevadas a cabo en caso de transacciones sospechosas. La información sobre actividades de este ámbito se notifica a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE, 2008b).

Los informes señalan que en el año 2006 se incautaron en todo el mundo más de 11 toneladas de efedrina y pseudoefedrina, precursores clave de la metanfetamina. Aproximadamente la mitad de esa cantidad fue aprehendida en China, seguida de Canadá y Myanmar. Los Estados miembros de la Unión Europea (UE) (principalmente Bélgica y Hungría), junto con la Federación de Rusia y Ucrania interceptaron únicamente 0,3 toneladas, aunque Europol (2008) informa de un reciente incremento de la exportación, el transbordo y el desvío de estas sustancias químicas en la Unión Europea.

Las incautaciones a escala global de 1-fenil-2-propanona (P-2-P), que puede utilizarse en la fabricación ilegal tanto de anfetamina como de metanfetamina, descendieron en 2006. Una excepción a esta tendencia son los Estados miembros de la UE (principalmente Dinamarca, los Países Bajos y Polonia), junto con Turquía y la Federación de Rusia, que en conjunto fueron responsables de la mayor parte de las incautaciones a escala global, que alcanzaron un volumen de 2 600 litros de P-2-P. Este precursor es principalmente utilizado para la producción de anfetamina en Europa, donde los fabricantes habitualmente compran el P-2-P a países asiáticos (China), aunque desde 2004 se ha observado que se adquiere y se trafica desde la Federación de Rusia (Europol, 2007a).

Las incautaciones globales de 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona (3,2-MDP-2-P), utilizada en la fabricación de MDMA, descendieron en 2006 a 7 500 litros, todos ellos incautados en Canadá, con excepción de 105 litros incautados en los Países Bajos. Las incautaciones de safrol, que puede reemplazar a la 3,4-MDP-2-P en la síntesis de MDMA, siguieron siendo insignificantes en 2006, con 62 litros incautados en todo el mundo, la mayor parte en Australia. En Europa, únicamente Francia informó sobre una incautación de safrol (7 litros).

⁽⁶²⁾ El Captagon es una de las denominaciones de marca registrada para la fenetilina, un estimulante sintético del sistema nervioso central, aunque se ha observado que las pastillas vendidas con este logotipo en el mercado ilegal habitualmente contienen una mezcla de anfetamina y cafeína.

⁽⁶³⁾ Encontrará la información sobre incautaciones de droga europeas mencionada en este capítulo en los cuadros de SZR-11 a SZR-18 del boletín estadístico de 2008. Téngase en cuenta que, en los casos en los que no había datos disponibles para 2006, se utilizó la información correspondiente para el año 2005 para realizar estimaciones de totales europeos.

grupo que indicaba niveles de pureza más elevados (25-47%). Este último grupo normalmente incluía aquellos países conocidos por tener una mayor participación en la fabricación, el tráfico o el consumo de anfetamina (Países Bajos, Polonia y países bálticos y nórdicos). A lo largo de los últimos cinco años, la pureza de la anfetamina se ha mantenido estable o se ha reducido en la mayoría de los 19 países que cuentan con suficiente información sobre el tema como para realizar un análisis.

En 2006, el precio típico de venta al por menor para la anfetamina oscilaba entre 10 y 15 euros por gramo en la mitad de los países que aportaron información. Durante el período 2001-2006, a excepción de la República Checa, España y Rumanía, se indicó que el precio de venta al por menor de la anfetamina había disminuido en los 16 países en los que la disponibilidad de datos permitía un análisis.

Metanfetamina

La producción de metanfetamina está concentrada en Norteamérica y en el este y el sureste asiáticos. En 2006, la producción mundial de metanfetamina se estimó en 266 toneladas, lo cual supera los valores de producción de cualquier otra droga sintética ilegal. En todo el mundo se recuperaron en 2006 alrededor de 15,8 toneladas de metanfetamina; la mayoría de las aprehensiones se realizaron en el este y el sureste asiáticos, seguidos de Norteamérica, y menos del 1% de las incautaciones tenía su origen en Europa (ONUDD, 2007, 2008).

No obstante, en Europa también se fabrica ilegalmente metanfetamina, aunque básicamente en la República Checa, donde en 2006 se detectaron más de 400 «cocinas» a pequeña escala. Asimismo, los informes revelan que la droga también se fabrica en Eslovaquia y, en menor medida, en Lituania (JIFE, 2008a).

En 17 países europeos se notificaron en 2006 alrededor de 3 000 incautaciones de metanfetamina, lo cual se traduce en una cantidad de 154 kilogramos de dicha droga. En Noruega se registró el mayor número de incautaciones y las mayores cantidades aprehendidas, seguida de Suecia, la República Checa y Eslovaquia. En los dos últimos países las incautaciones tendieron a ser pequeñas, normalmente de unos pocos gramos o menos. Entre 2001 y 2006 han ido en aumento tanto el número de incautaciones como la cantidad de metanfetamina aprehendida en Europa, aunque las cifras siguen siendo bajas en comparación con otras drogas. De la limitada información disponible se deduce que en 2006

la pureza típica de la metanfetamina se situaba entre el 20% y el 55%.

Éxtasis

La ONUDD (2007a) indica que la producción mundial de éxtasis descendió hasta unas 102 toneladas en 2006. Al parecer, la fabricación se ha vuelto más geográficamente difusa, y actualmente es más habitual la producción para el consumo local en Norteamérica y el este y el sureste asiáticos. A pesar de ello, Europa sigue siendo el principal foco de producción de éxtasis, con una fabricación concentrada en los Países Bajos (donde, después de algunos años de declive, la producción podría haber vuelto a crecer en 2006), Bélgica y, en menor medida, Polonia y el Reino Unido.

La relativa importancia de Europa como productor y como consumidor de éxtasis se desprende de los datos sobre incautaciones de esta droga. Europa informó de más de 20 000 incautaciones que permitieron aprehender aproximadamente 14 millones de pastillas de éxtasis en 2006. Los Países Bajos se incautaron de la mayor cantidad de éxtasis (4,1 millones de pastillas), seguidos por el Reino Unido, Turquía, Francia y Alemania. En general, el número de incautaciones de éxtasis disminuyó durante el período 2001-2006, como también lo hicieron las cantidades aprehendidas después de los niveles máximos marcados en 2002 ⁽⁶⁴⁾. De las 4,5 toneladas de éxtasis incautadas a escala mundial en 2006, el 43% correspondía a Europa Occidental y Central; a título de comparación cabe decir que el 34% correspondía a Norteamérica (ONUDD, 2008).

La mayoría de pastillas analizadas en 2006 en Europa contenía MDMA u otras sustancias similares al éxtasis (MDEA, MDA) como única sustancia psicoactiva presente, y 17 países indicaron que este era el caso para más del 70% del total de pastillas analizadas. España y Polonia constituían excepciones, señalando que el análisis de las pastillas comercializadas como éxtasis con frecuencia había detectado anfetamina o metanfetamina, a menudo combinada con MDMA o una de sus sustancias análogas. En Letonia y Malta la mayoría de las pastillas analizadas no contenía ninguna sustancia controlada.

La mayor parte de los países indicó que el contenido típico de MDMA de las pastillas de éxtasis se situaba entre los 25 y los 65 miligramos, si bien existía un grado de variación considerable en las muestras analizadas (9-90 miligramos). Además, algunos países (Bélgica, Dinamarca, Alemania, Francia, Países Bajos y Noruega) informaron sobre pastillas de éxtasis de alta dosificación con contenidos de MDMA

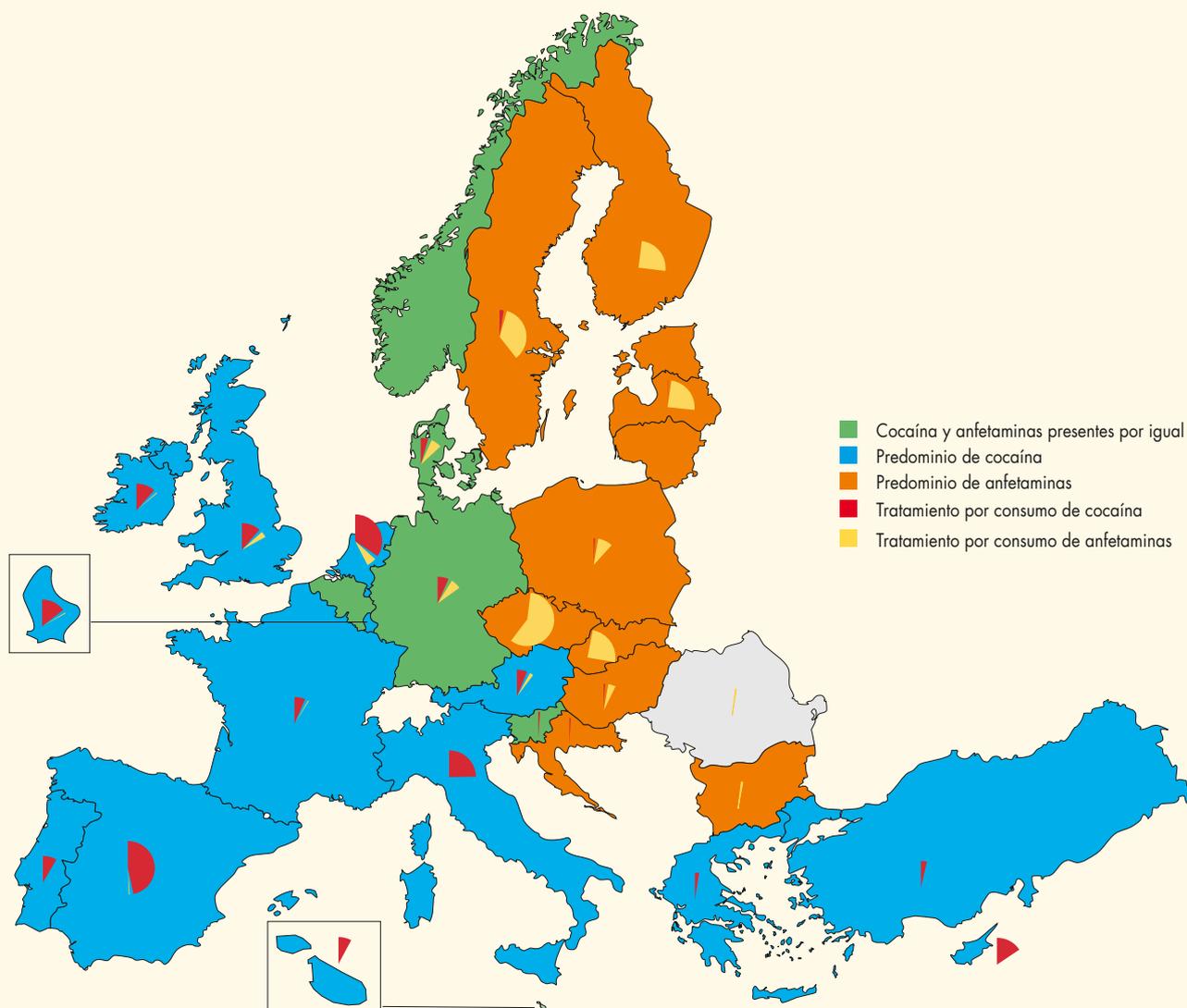
⁽⁶⁴⁾ Este cuadro de situación es preliminar, dado que aún no se dispone de los datos de 2006 para el Reino Unido, que fue el país que notificó el mayor número de incautaciones en 2005.

El mercado de estimulantes europeo: ¿«países de cocaína» y «países de anfetaminas»?

Una síntesis obtenida de diferentes fuentes de información sugiere que distintos estimulantes pueden desempeñar un papel similar en diferentes países, por lo que sería aconsejable, al desarrollar políticas en este ámbito, tener en cuenta no solo las sustancias individuales, sino también el mercado de estimulantes en su conjunto. En algunos países, la cocaína parece ser la sustancia estimulante predominante, mientras que en otros parece que el consumo de anfetaminas

o metanfetaminas es más frecuente. El panorama que se obtiene al combinar los datos obtenidos mediante encuestas de población general e informes de incautaciones sugiere que, en general, los países del norte y del centro de Europa tienden a pertenecer al «grupo de anfetaminas», mientras que en los países del sur y del oeste de Europa predomina mayoritariamente el consumo de cocaína.

Mercados de estimulantes en Europa: la prevalencia relativa de la cocaína o las anfetaminas en incautaciones y encuestas de población y la proporción de consumidores de droga en tratamiento que consumen estas sustancias como droga primaria



La relativa importancia de los estimulantes en el problema general de las drogas también varía enormemente entre los países. Puede apreciarse en los datos relativos a los tratamientos. Existe un grupo restringido de países donde los estimulantes son responsables de una proporción relativamente elevada de todas las demandas de tratamiento de la drogodependencia (metanfetamina en la República Checa y Eslovaquia; anfetamina en Letonia, Suecia y Finlandia, y cocaína en España, Italia y los Países Bajos); en el resto de países, la proporción de pacientes en tratamiento que declaran cualquiera de estas sustancias como la principal razón para buscar ayuda es muy reducida, y en ocasiones incluso insignificante.

Los datos sobre los pacientes en tratamiento también sugieren que aquellos que están siendo tratados por problemas causados por estimulantes tienden a experimentar problemas con una sola clase de estimulantes. Por ejemplo, entre los que reciben tratamiento por cocaína en centros ambulatorios (todas las demandas), solo alrededor de un 8% señaló la anfetamina como su droga secundaria; entre los consumidores de anfetamina, menos de un 9% indicó la cocaína como droga secundaria. Además, los informes de algunos países sugieren que, en ocasiones, un estimulante puede desplazar a otro en el mercado de las drogas. Por ejemplo, existen datos que indican que la cocaína puede estar sustituyendo a la anfetamina y al éxtasis entre determinados grupos de consumidores de droga, y en los Países Bajos las anfetaminas podrían utilizarse como un sustituto más barato de la cocaína fuera de las áreas urbanas.

Aunque los estimulantes pueden diferir en cuanto a efectos y consecuencias, en lo referente a tratamientos de la drogadicción, las opciones, tasas de retención y los resultados son generalmente similares (Rawson *et al.*, 2000; Copeland y Sorensen, 2001). Hasta cierto punto las similitudes también pueden verse en las pautas de consumo de estas drogas y en la tipología general de los consumidores. Por ejemplo, las pautas recreativas, menos intensivas y perjudiciales, de consumo entre consumidores bien integrados en la sociedad pueden coexistir con un consumo intensivo entre grupos más marginados, con mayor asociación a problemas de dependencia y modos de administración más arriesgados, como consumir la droga por vía parenteral o fumarla.

N.B.: El color de fondo indica la predominancia relativa de la cocaína o las anfetaminas de conformidad con las encuestas de población general (prevalencia del consumo durante los últimos doce meses entre habitantes de entre 15 y 34 años) y los datos de las incautaciones; los gráficos circulares representan las proporciones de todos los tratamientos de la drogodependencia solicitados con estas dos drogas; solo se muestran los segmentos que representan a la cocaína y a las anfetaminas. En el caso de Italia, los Países Bajos y Portugal, dado que no se disponía de datos de incautaciones, solo se han utilizado datos de las encuestas de población. En el caso de Croacia solo se han utilizado datos de incautaciones. En el caso de Noruega y Bélgica no se disponía de datos de tratamiento. Los datos disponibles de Rumanía no han permitido extraer conclusiones referentes al país en su conjunto. En la República Checa y Eslovaquia, las metanfetaminas son las anfetaminas que más se consumen.

superiores a 130 miligramos, y en algunos mercados se ha empezado a ofrecer MDMA en polvo de alta calidad. No puede observarse ninguna tendencia clara a medio plazo en relación con el contenido de MDMA de las pastillas de éxtasis. Queda claro, no obstante, que en comparación con el momento en el que la droga empezó a comercializarse ampliamente en Europa a principios de los años noventa, el éxtasis se ha abaratado considerablemente. Aunque según algunos informes se venden pastillas por solo 1 euro, la mayoría de países indica ahora precios típicos de venta al por menor que oscilan entre los 3 y los 9 euros por pastilla, y los datos disponibles para el período 2001-2006 sugieren que el precio de venta al por menor (una vez corregidos los efectos de la inflación) ha ido bajando constantemente.

LSD

El consumo y el tráfico de LSD todavía se consideran marginales, aunque las incautaciones en Europa posiblemente sugieran una revitalización del interés por esta droga en los últimos años. Después de una larga tendencia a la baja que se remonta a los años noventa, tanto el número de incautaciones como las cantidades aprehendidas han ido en aumento desde 2003. La situación actual es poco clara, puesto que, a pesar de que los datos indican un leve descenso en ambos puntos, el Reino Unido, el país que suele notificar interceptaciones de las mayores cantidades de LSD, aún no ha facilitado información. Los precios al por menor del LSD (una vez corregidos los efectos de la inflación) han ido bajando ligeramente desde 2001, y en 2006 oscilaban entre los 5 y los 11 euros por unidad en la mayoría de los países europeos.

Prevalencia y pautas de consumo

Entre los Estados miembros de la UE, el consumo de anfetaminas o de éxtasis es relativamente alto en la República Checa, Estonia y el Reino Unido, y relativamente alto con respecto a la situación general en materia de drogas en algunos países del centro y el norte de Europa. Por el contrario, en términos generales, los niveles de consumo de las drogas alucinógenas sintéticas como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) son más bajos y se han mantenido ampliamente estables durante un período de tiempo considerable.

Los mayores niveles de prevalencia en algunos países deben entenderse, al menos a grandes rasgos, dentro del contexto de dos pautas de consumo distintas. En un número limitado de países, el consumo de anfetamina o metanfetamina, a menudo por vía parenteral, representa una proporción sustancial del número total de consumidores problemáticos de droga y de los que buscan ayuda para

problemas relacionados con las drogas. A diferencia de en estas poblaciones crónicas, existe una relación más general entre las drogas sintéticas, el éxtasis en particular, y los clubes nocturnos, la música de baile y algunas subculturas. Ello resulta en una notificación de niveles de consumo significativamente mayores entre la gente joven, en comparación con la población general, y de niveles de consumo extremadamente elevados en entornos o subpoblaciones específicos.

Anfetaminas

Encuestas de población recientes indican que la prevalencia de consumo de anfetaminas a lo largo de la vida ⁽⁶⁵⁾ en Europa varía según los países, oscilando entre el 0,1 % y el 11,9 % del total de adultos (entre 15

y 64 años). Por término medio, el 3,3 % de los adultos europeos afirma haber consumido anfetaminas al menos una vez. El nivel de consumo de la droga durante el último año es mucho menor, con una media europea del 0,6 % (rango entre el 0,0 y el 1,3 %). Las estimaciones sugieren que alrededor de 11 millones de europeos han probado las anfetaminas y que unos dos millones han consumido esta droga durante el último año (para un resumen de los datos, véase el cuadro 3).

En adultos jóvenes (15-24 años), la prevalencia de consumo de anfetamina a lo largo de la vida varía considerablemente en función del país, con un margen de variación entre el 0,2 % y el 16,5 %, siendo la media europea de alrededor del 5 %. El consumo durante el último año dentro de este grupo de edad fluctúa entre el 0,1 %

Cuadro 3: Prevalencia del consumo de anfetaminas en la población general. Resumen de los datos

Grupo de edad	Período de tiempo del consumo	
	Toda la vida	Último año
15-64 años		
Número estimado de consumidores en Europa	11 millones	2 millones
Media europea	3,3 %	0,6 %
Intervalo	0,1-11,9 %	0,0-1,3 %
Países con prevalencia más baja	Grecia (0,1 %) Rumanía (0,2 %) Malta (0,4 %) Chipre (0,8 %)	Grecia, Malta (0,0 %) Francia (0,1 %) Portugal (0,2 %)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (11,9 %) Dinamarca (6,9 %) Noruega (3,6 %) Irlanda (3,5 %)	Reino Unido, Estonia (1,3 %) Noruega, Letonia (1,1 %)
15-34 años		
Número estimado de consumidores en Europa	7 millones	2 millones
Media europea	5,1 %	1,3 %
Intervalo	0,2-16,5 %	0,1-2,9 %
Países con prevalencia más baja	Grecia (0,2 %) Rumanía (0,5 %) Malta (0,7 %) Chipre (0,8 %)	Grecia (0,1 %) Francia (0,2 %) Chipre (0,3 %) Portugal (0,4 %)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (16,5 %) Dinamarca (12,7 %) Noruega (5,9 %) España, Letonia (5,3 %)	Estonia (2,9 %) Reino Unido (2,7 %) Letonia (2,4 %) Dinamarca (2,2 %)

Información basada en la última encuesta realizada en cada país. El estudio abarca del año 2001 al año 2007. Para obtener la prevalencia media en Europa se ha calculado una media en función de la población del grupo de edad relevante en cada país. A los países de los que no se dispone de información se les ha aplicado la prevalencia media de la Unión Europea. Población usada como base: 15-64 años (328 millones), 15-34 años (134 millones) y 15-24 años (64 millones). Los datos aquí resumidos están disponibles en las «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2008.

⁽⁶⁵⁾ Los datos de encuestas sobre «consumo de anfetaminas» a menudo no distinguen entre las anfetaminas y las metanfetaminas; sin embargo, esto suele estar relacionado con el consumo de anfetaminas (sulfato o dexanfetamina), dado que el consumo de metanfetaminas es poco habitual en Europa, donde se ha notificado menos del 1 % del total mundial de incautaciones de esta sustancia.

y el 2,9%, y la mayoría de países indica estimaciones de prevalencia situadas entre el 0,7% y el 1,9%. Se estima que, de media, un 1,3% de los jóvenes europeos ha consumido anfetaminas en el último año.

Consumo problemático de anfetamina

El indicador del consumo problemático de drogas (CPD) del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) puede utilizarse en sentido restringido para las anfetaminas, donde, como tal, define el consumo por vía parenteral o el consumo regular/a largo plazo de la sustancia. Solo un Estado miembro (Finlandia) ha proporcionado una estimación nacional reciente del consumo problemático de anfetaminas, que, según los cálculos, en 2005 se situaba entre 12 000 y 22 000 consumidores problemáticos de anfetamina (de 4,3 a 7,9 casos por cada 1 000 personas de entre 15 y 64 años), una cifra cuatro veces superior al número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos en el país.

El número notificado de solicitudes de tratamiento por consumo de anfetamina es relativamente bajo en la mayoría de países europeos. El tratamiento por consumo de anfetamina supone una proporción considerable del total de demandas de tratamiento notificadas en Letonia, Suecia y Finlandia, donde entre el 25% y el 35% de los pacientes que se someten a un tratamiento declara la anfetamina como principal sustancia problemática. Aparte de estos países, el tratamiento por consumo de anfetamina supone más del 5% de los tratamientos por consumo de drogas solamente en Dinamarca, Alemania, los Países Bajos y Polonia, donde entre el 6% y el 9% de los consumidores en tratamiento menciona la anfetamina como droga principal ⁽⁶⁶⁾.

En la mayoría de países, aunque no en Grecia y Suecia, la proporción de nuevos pacientes que inician un tratamiento por el consumo de anfetaminas como sustancia principal es mayor que la proporción correspondiente al total de pacientes que reciben tratamiento por el consumo de esta droga. De 2002 a 2006, la proporción de nuevos pacientes que se sometieron a tratamiento por consumo de anfetamina como sustancia principal se ha mantenido relativamente estable en el conjunto de Europa, aunque Letonia y Dinamarca han indicado un aumento durante este período y en Suecia y Finlandia el porcentaje de nuevos pacientes por anfetamina se redujo, posiblemente sugiriendo un envejecimiento de la población ⁽⁶⁷⁾.

De media, los consumidores de anfetamina que comienzan un tratamiento son varones de unos 29 años de edad. Aunque la ratio entre hombres y mujeres es de

aproximadamente 2:1, la proporción total de mujeres entre los pacientes por anfetamina es más elevada que la observada para otras drogas ⁽⁶⁸⁾.

Consumo problemático de metanfetamina

Contrariamente a lo que sucede en otras partes del mundo, donde el consumo de metanfetamina ha aumentado en los últimos años, los niveles de consumo en Europa parecen limitados (Griffiths *et al.*, 2008). Tradicionalmente, el consumo de esta droga en Europa se ha concentrado en la República Checa y, en menor medida, en Eslovaquia. Y solo estos dos países proporcionan estimaciones recientes de consumo problemático. En 2006, en la República Checa se calculaba que había aproximadamente entre 17 500 y 22 500 consumidores de metanfetamina (de 2,4 a 3,1 casos por cada 1 000 personas entre 15 y 64 años), casi dos veces el número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos. En Eslovaquia, la cifra correspondiente se situaba entre 6 200 y 15 500 (de 1,6 a 4,0 casos por cada 1 000 personas entre 15 y 64 años), alrededor de un 20% por debajo de la cifra estimada de consumidores problemáticos de opiáceos.

En los últimos cinco años, la demanda de tratamiento notificada en relación con el consumo de metanfetamina ha ido creciendo en ambos países. La metanfetamina se ha convertido en la droga principal más frecuentemente mencionada por las personas que solicitan tratamiento por primera vez en Eslovaquia, donde supone el 25% del total de solicitudes de tratamiento. En la República Checa, el 59% del total de pacientes en tratamiento por consumo de drogas señala la metanfetamina como droga principal ⁽⁶⁹⁾. Los pacientes en tratamiento por metanfetamina presentan elevados índices de consumo por vía parenteral: alrededor del 50% en Eslovaquia y del 80% en la República Checa.

Éxtasis

Se estima que alrededor de 9,5 millones de adultos europeos han probado el éxtasis (una media del 3%) y que unos tres millones (0,8%) han consumido esta droga durante el último año (para un resumen de la información, véase el cuadro 4). Existen variaciones considerables entre los distintos países; las encuestas recientes indican que entre el 0,3% y el 7,3% del total de adultos (15-64 años) ha probado esta droga en algún momento, y la mayoría de países presenta estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida que oscilan entre el 1,3% y el 3,1%. El índice de consumo de esta droga en Europa durante el último año fluctuaba entre el 0,2% y el 3,5%. En todos los índices, y

⁽⁶⁶⁾ Véase el cuadro TDI-5, parte (ii), del boletín estadístico de 2008

⁽⁶⁷⁾ Véanse el gráfico TDI-1 y los cuadros TDI-4, parte (ii), TDI-5, parte (ii), y TDI-36 del boletín estadístico de 2008.

⁽⁶⁸⁾ Véase el cuadro TDI-37 del boletín estadístico de 2008.

⁽⁶⁹⁾ Véase el cuadro TDI-5, parte (ii), del boletín estadístico de 2008.

Cuadro 4: Prevalencia del consumo de éxtasis en la población general. Resumen de los datos

Grupo de edad	Período de tiempo del consumo	
	Toda la vida	Último año
15-64 años		
Número estimado de consumidores en Europa	9,5 millones	2,6 millones
Media europea	2,8%	0,8%
Intervalo	0,3-7,3%	0,2-3,5%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,3%) Grecia (0,4%) Malta (0,7%) Lituania (1,0%)	Grecia, Malta (0,2%) Dinamarca, Polonia (0,3%)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (7,3%) República Checa (7,1%) Irlanda (5,4%) España (4,4%)	República Checa (3,5%) Reino Unido (1,8%) Estonia (1,7%) Eslovaquia (1,6%)
15-34 años		
Número estimado de consumidores en Europa	7,5 millones	2,5 millones
Media europea	5,6%	1,8%
Intervalo	0,5-14,6%	0,4-7,7%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,5%) Grecia (0,6%) Malta (1,4%) Lituania, Polonia (2,1%)	Grecia (0,4%) Italia, Polonia (0,7%) Dinamarca, Lituania, Portugal (0,9%)
Países con prevalencia más alta	República Checa (14,6%) Reino Unido (13,0%) Irlanda (9,0%) Eslovaquia (8,4%)	República Checa (7,7%) Reino Unido (3,9%) Estonia (3,7%) Países Bajos, Eslovaquia (2,7%)
<p>Información basada en la última encuesta realizada en cada país. El estudio abarca del año 2001 al año 2007. Para obtener la prevalencia media en Europa se ha calculado una media en función de la población del grupo de edad relevante en cada país. A los países de los que no se dispone de información se les ha aplicado la prevalencia media de la Unión Europea. Población usada como base: 15-64 años (328 millones), 15-34 años (134 millones) y 15-24 años (64 millones). Los datos aquí resumidos están disponibles en las «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2008.</p>		

como acostumbra a pasar con la mayoría de las demás drogas ilegales, el consumo notificado era mucho mayor entre los hombres que entre las mujeres.

El consumo de éxtasis era más frecuente en los adultos jóvenes (15-34 años); para este grupo de edad, las estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida oscilaban a escala nacional entre el 0,5% y el 14,6%, y las de consumo durante el último año entre el 0,4% y el 7,7%. Se estima que 7,5 millones de jóvenes europeos (un 5,6% de media) han probado el éxtasis en algún momento, y alrededor de 2,5 millones afirman haberlo consumido en el último año. Las estimaciones de prevalencia son incluso más elevadas si se centra la atención en una franja de edad más joven: dentro del grupo de edad de 15 a 24 años, la prevalencia a lo largo de la vida va del 0,4% al

18,7%, aunque las estimaciones de la mayoría de países se sitúan entre el 2,5% y el 8%⁽⁷⁰⁾. Aunque la mayoría de países comunicó estimaciones situadas entre el 1,3% y el 4,6% para el consumo de la sustancia durante el último año por parte de este grupo de edad, existían diferencias considerables entre la estimación nacional más baja (0,3%) y la más alta (12%), lo cual refleja las diferentes experiencias de algunos Estados miembros en este ámbito.

En el caso de los escolares, la prevalencia puede experimentar un incremento desproporcionado con respecto al aumento de edad; por ejemplo, la información disponible de 16 países muestra que, en comparación con estudiantes más jóvenes, la prevalencia de consumo de éxtasis a lo largo de la vida entre los alumnos de 17 a 18 años es en general considerablemente superior, lo cual parece

⁽⁷⁰⁾ Véase el cuadro GPS-17 del boletín estadístico de 2008.

indicar que el primer consumo de la droga se produce habitualmente después de los 16 años ⁽⁷¹⁾.

A pesar de que el número de consumidores de éxtasis en Europa es similar al de consumidores de anfetamina, muy pocos son atendidos en los servicios de tratamiento. En 2006, en la mayoría de países, menos del 1% de los consumidores de drogas sometidos a tratamiento mencionaron el éxtasis como principal droga problemática, y en la mayor parte de los países solo un número insignificante de pacientes recibe tratamiento por problemas relacionados con el consumo de éxtasis. Solo cinco países señalan que tienen más de 100 pacientes en tratamiento por consumo de éxtasis (Francia, Italia, Hungría, Reino Unido y Turquía), con valores que suponen entre el 0,5% y el 4% del total de pacientes por consumo de drogas en estos países. Con una media de edad de 24 a 25 años, los consumidores de éxtasis figuran entre los grupos más jóvenes que inician tratamiento, y habitualmente indican el consumo concomitante de otras sustancias, incluyendo el cannabis, la cocaína, el alcohol y las anfetaminas ⁽⁷²⁾.

LSD

La prevalencia de consumo de LSD a lo largo de la vida entre la población adulta (15-64 años) oscila entre casi 0 y el 5,4%. En el caso de los jóvenes adultos (15-34 años), la prevalencia a lo largo de la vida es algo superior (de 0,3% a 7,1%), aunque se indican niveles de prevalencia inferiores para los individuos de 15 a 24 años. Por el contrario, en los pocos países que suministraron datos comparables, el consumo de LSD se ve superado con frecuencia por el consumo de hongos alucinógenos, que en el caso de los jóvenes adultos presenta estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida de entre el 1% y el 9%, y estimaciones de prevalencia durante el último año de entre el 0,3% y el 3% (OEDT, 2006).

Tendencias de consumo de anfetaminas y éxtasis

Los datos más recientes respaldan los informes sobre tendencias de estabilización o incluso a la baja en el consumo de anfetamina y éxtasis en Europa. Después de aumentos generales en los años noventa, las encuestas de población indican ahora una estabilización general o incluso un descenso moderado en el grado de popularidad de ambas drogas, aunque esta pauta no se percibe en todos los países.

El consumo de anfetamina (últimos 12 meses) entre los jóvenes adultos (15-34 años) se redujo de forma importante en el Reino Unido entre 1996 (6,5%) y 2002 (3,1%), y las cifras han permanecido estables desde entonces. En Dinamarca se informa sobre un marcado aumento del consumo de anfetamina entre 1994 y 2000, pero los resultados de la encuesta de 2005 indican una reducción del consumo de esta sustancia desde principios de esta década ⁽⁷³⁾. Entre los otros países que informan sobre encuestas reiteradas a lo largo de un período de tiempo similar (Alemania, Grecia, España, Francia, Países Bajos, Eslovaquia y Finlandia), las tendencias se muestran ampliamente estables ⁽⁷⁴⁾. Durante el quinquenio 2001-2006, de los 14 países con datos suficientes sobre prevalencia de consumo de anfetamina durante el último año para el grupo de edad de 15 a 34 años, tres indican un descenso del 15% o más, cuatro señalan una estabilización y siete notifican un incremento del 15% o más.

La panorámica para el consumo de éxtasis entre los jóvenes adultos (15-34 años) es más heterogénea, con niveles de consumo que siguen siendo elevados entre jóvenes varones ⁽⁷⁵⁾ y en estudios sobre algunos entornos recreativos específicos. Después de aumentos generalizados del consumo en algunos países europeos a finales de los años ochenta y principios de los noventa que llevaron a niveles de consumo de éxtasis similares en Alemania, España y el Reino Unido a mediados de los años noventa, la prevalencia de consumo durante el último año se ha mantenido sistemáticamente más elevada en el Reino Unido que en los demás países ⁽⁷⁶⁾. A lo largo del período quinquenal de 2001 a 2006, la prevalencia de consumo de éxtasis durante el último año entre los jóvenes adultos se redujo en tres de los 14 países que aportaron suficiente información, mientras que se mantuvo estable en cinco y se incrementó en seis.

Los datos de unos pocos países sugieren que la cocaína podría estar reemplazando las anfetaminas y el éxtasis en algunos sectores de la población consumidora de drogas. Este puede ser el caso en el Reino Unido y en Dinamarca, y hasta cierto punto en España. Tanto el Reino Unido (11,9%) como Dinamarca (6,9%) indican estimaciones de consumo de anfetaminas a lo largo de la vida relativamente elevadas, pero los niveles notificados para el consumo durante el último año y el último mes están más en sintonía con los de los demás países. Los aumentos en el consumo

⁽⁷¹⁾ Véanse los cuadros EYE-1 y EYE-2 del boletín estadístico de 2008.

⁽⁷²⁾ Véanse los cuadros TDI-5 y TDI-37, parte (i), parte (ii) y parte (iii), del boletín estadístico de 2008.

⁽⁷³⁾ En Dinamarca, en 1994 la información hace referencia a «drogas duras», que correspondía principalmente a anfetaminas.

⁽⁷⁴⁾ Véase el gráfico GPS-8 del boletín estadístico de 2008.

⁽⁷⁵⁾ Véase el gráfico GPS-9, parte (ii), del boletín estadístico de 2008.

⁽⁷⁶⁾ Véase el gráfico GPS-21 del boletín estadístico de 2008.

de cocaína en estos países han coincidido hasta cierto punto con descensos en el consumo de anfetaminas, planteando la posibilidad de que un estimulante esté sustituyendo al otro en estos mercados ⁽⁷⁷⁾. Los posibles cambios en las pautas de consumo de drogas en otros países (Alemania, Francia, Italia, Países Bajos) resultan menos claros. En general, sigue sin entenderse muy bien la interacción de distintas drogas que pueden tener un atractivo similar para los consumidores.

Un análisis de la información de nuevas encuestas escolares nacionales de 2007 (República Checa, España, Portugal, Eslovaquia, Suecia, Reino Unido) respalda la idea de una estabilización general de la situación, sin cambios o incluso con un cierto descenso en el consumo notificado de anfetamina y éxtasis a lo largo de la vida.

Entornos recreativos

Consumo de anfetaminas y éxtasis en entornos recreativos

Los estudios sobre consumo de drogas en entornos recreativos seleccionados donde se congregan los jóvenes y que a menudo son asociados con el consumo de drogas, como los eventos de baile o los festivales musicales, pueden resultar de gran utilidad para hacerse una idea del comportamiento de la gente que consume anfetaminas y éxtasis de forma regular e intensiva. Las estimaciones de consumo de drogas en estos entornos normalmente son elevadas, pero no pueden extrapolarse a la población en general.

Un estudio realizado en 2006 en nueve ciudades europeas (Atenas, Berlín, Brno, Lisboa, Liubliana, Liverpool, Palma de Mallorca, Venecia y Viena) con gente joven de entre 15 y 30 años que frecuentaba clubes nocturnos indicó estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida del 27% para el consumo de éxtasis y del 17% para la anfetamina. El consumo frecuente de estas drogas era muy inferior, y solo el 1,4% de los encuestados afirmaba consumir éxtasis una o más veces a la semana, y menos del 1% afirmaba hacerlo en el caso de la anfetamina. La media de edad del primer consumo de ambas drogas dentro del grupo de estudio era de 18 años ⁽⁷⁸⁾. El consumo concomitante de alcohol era algo habitual, y el 34% de los entrevistados afirmaba haber estado «borracho» más de dos veces durante las cuatro semanas anteriores a la entrevista. Este nivel de embriaguez lo indicaban con más frecuencia los hombres que las mujeres: el 42% y el 27%, respectivamente (Comisión Europea, 2007b).

Una encuesta francesa realizada en 2004 y 2005 en cinco locales de música electrónica indicó una prevalencia durante el último mes del 32% para el éxtasis y del 13% para la anfetamina en relación con una muestra de 1 496 personas encuestadas. Sin embargo, debería tenerse en cuenta que el nivel de prevalencia era más elevado entre subpoblaciones específicas caracterizadas por sus elementos contraculturales e identificadas como «alternativas». Dentro de estas subpoblaciones, las estimaciones de prevalencia para el éxtasis y la anfetamina eran del 54% y del 29%, respectivamente.

Intervenciones en entornos recreativos

Según los informes de los países europeos, una tendencia cada vez más habitual es que las autoridades traten de forma conjunta aspectos de las drogas legales e ilegales cuando estudian temas de orden público o salud. Este enfoque resulta particularmente relevante para las intervenciones dirigidas a entornos donde se consumen al mismo tiempo drogas sintéticas y estimulantes y alcohol, como por ejemplo bares y clubes nocturnos. Uno de los problemas en este ámbito es que puede resultar difícil distinguir los papeles relativos de las sustancias legales e ilegales. El consumo de alcohol entre los jóvenes constituye una preocupación creciente en Europa, y en 2006 la Comisión Europea aprobó una estrategia comunitaria sobre el alcohol para apoyar a los Estados miembros en su empeño de reducir los daños relacionados con el consumo de alcohol entre los jóvenes. Así pues, el consumo perjudicial del alcohol se vincula a la muerte de uno de cada cuatro hombres jóvenes (15-29 años) y de una de cada 10 mujeres jóvenes ⁽⁷⁹⁾.

Las preocupaciones sobre el consumo combinado de drogas y alcohol por parte de los jóvenes en entornos y locales públicos han llevado a desarrollar estrategias que pretenden alterar los entornos sociales, económicos y físicos asociados al consumo de alcohol y drogas con el objetivo de modificar los comportamientos y las normas de consumo, crear condiciones menos favorables para una intoxicación, y reducir el riesgo de que se produzcan problemas relacionados con el alcohol y las drogas ⁽⁸⁰⁾. Los Estados miembros informan sobre toda una serie de medidas realizadas dentro o alrededor de los locales nocturnos con la finalidad específica de reducir los daños o modificar positivamente el entorno social. Estas medidas incluyen: formación para el personal del bar o el personal encargado de la seguridad; aplicación reforzada de la legislación en vigor; iniciativas de sensibilización sobre los

⁽⁷⁷⁾ Véase el recuadro «El mercado de estimulantes europeo: ¿"países de cocaína" y "países de anfetaminas"»?», p. 56.

⁽⁷⁸⁾ Véase el cuadro EYE-2 del boletín estadístico de 2008.

⁽⁷⁹⁾ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf

⁽⁸⁰⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

daños relacionados con el consumo de sustancias; suministro de servicios de transporte nocturnos; y mejoras pensadas para ofrecer un entorno de vida nocturna más seguro. Las medidas aplicadas en este ámbito son variadas e incluyen, por ejemplo: mejora de la iluminación en las calles; disponibilidad de agua potable; ventilación adecuada; o incluso medidas para proporcionar una respuesta rápida en caso de emergencias médicas. A menudo, una característica común de este enfoque es que se basa en un diálogo entre distintas partes interesadas, como la policía, las autoridades responsables de conceder permisos y licencias, los propietarios de los clubes y los proveedores de atención sanitaria, quienes deben colaborar en asociación para identificar tanto necesidades locales como posibles soluciones.

Se puede encontrar un ejemplo del trabajo en este ámbito en Dinamarca, donde, en cooperación con las autoridades municipales y la policía, se ofrece a los propietarios de restaurantes y a las personas que trabajan en los entornos de vida nocturna cursos para fomentar actitudes compartidas a la hora de limitar el consumo y la venta de drogas y alcohol. Algunos enfoques desarrollados por distintos Estados miembros dentro de esta área están empezando a atraer una atención más amplia, como se desprende del hecho de que las directrices desarrolladas por el Reino Unido para disfrutar con seguridad de los locales de baile se estén aplicando ahora en clubes tanto de París como de Bruselas. Los propietarios de clubes, con la participación de trabajadores de proximidad y las autoridades locales, ayudan a fomentar la moderación a la hora de consumir alcohol, la concienciación sobre los daños de las drogas y el alcohol, mientras que, por otro lado, incrementan las condiciones de seguridad de los locales (por ejemplo, ofreciendo agua gratuitamente, formando al personal en primeros auxilios y creando áreas de descanso).

La relación entre la conducción y el consumo de drogas y alcohol es un tema que se ha incluido en algunas estrategias dirigidas específicamente a estos entornos. Algunos ejemplos de ello son el suministro de medios de transporte alternativos para conductores intoxicados, algo que está disponible en algunos clubes parisinos, y el fomento de los medios de transporte público por parte de algunos clubes en Bruselas. En España se han realizado, sobre todo durante los fines de semana, campañas de prevención que se centran en los «conductores alternativos» y en sensibilizar a la población sobre los riesgos que implica conducir bajo los efectos de sustancias psicoactivas. Estas campañas pueden haber contribuido a la reducción

del 16% observada en España en 2006 en el número de accidentes de tráfico con la implicación de jóvenes de entre 18 y 20 años ⁽⁸¹⁾.

Las estrategias que abordan el entorno en el que los jóvenes consumen drogas y alcohol parecen tener un potencial considerable para salvaguardar la salud pública y mejorar la seguridad ciudadana, con beneficios que pueden ir más allá de los consumidores de drogas y hacerse extensivos a la comunidad en general. Sin embargo, actualmente en Europa estos enfoques tienden a estar limitados a áreas problemáticas particulares conocidas, a menudo los centros de las grandes ciudades, y raras veces se aplican de forma completa y generalizada, lo cual indica que existe un potencial considerable para una inversión y un desarrollo adicionales en este ámbito. En términos más generales, la labor en este campo más bien se ha limitado a intervenciones dirigidas a comportamientos problemáticos específicos, o a aspectos del entorno, en lugar de realizar la tarea más amplia de tratar las creencias normativas y las actitudes que tiene la gente joven en relación con el consumo de drogas y alcohol en entornos específicos.

Oferta de tratamiento

En la mayoría de Estados miembros, las limitaciones de la demanda se reflejan en la limitada disponibilidad de servicios de tratamiento dirigidos específicamente a los consumidores de anfetamina, metanfetamina o éxtasis. Esta situación es distinta en unos pocos Estados miembros con poblaciones consumidoras crónicas de anfetamina o metanfetamina establecidas desde hace mucho tiempo. En estos países (principalmente, República Checa, Eslovaquia, Finlandia y Suecia), los consumidores de anfetamina o metanfetamina reciben tratamiento en servicios especializados. Las opciones de tratamiento parecen consistir en una desintoxicación, seguida de una terapia individual en un centro de régimen ambulatorio o una terapia de grupo en régimen ambulatorio o régimen de ingreso.

Por regla general se carece de opciones terapéuticas con pruebas sólidas de efectividad que guíen el tratamiento de la dependencia a los psicoestimulantes, como por ejemplo las anfetaminas o la cocaína. Como se indica en el capítulo 5, actualmente no se dispone de agentes farmacológicos para ayudar a los consumidores a alcanzar o encarar la abstinencia o reducir el ansia asociada a la dependencia a los psicoestimulantes. Además, la literatura sobre el tema sugiere que ninguna intervención psicosocial en particular ha dado pruebas sólidas de efectividad a la hora de ayudar a los consumidores de psicoestimulantes a mantener la abstinencia.

⁽⁸¹⁾ Para más información sobre las campañas de prevención en Europa, véase la cuestión particular sobre drogas y conducción de 2007.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capítulo 5

Cocaína y crack

Introducción

La información más reciente sigue indicando un aumento general del consumo de cocaína en Europa. Las encuestas de población realizadas en toda una serie de países han registrado una marcada intensificación del consumo entre los jóvenes desde mediados de los años noventa. Estos resultados se ven respaldados por estudios específicos que han observado muy elevados niveles de consumo de cocaína en algunos entornos recreativos (locales nocturnos y entornos de música y baile). Paralelamente, los indicadores de disponibilidad de la cocaína en Europa, incluyendo el número de incautaciones de esta sustancia y la cantidad interceptada, han aumentado de forma espectacular.

Algunos Estados miembros de la Unión Europea (UE) han experimentado en los últimos años un incremento sustancial de la demanda de tratamientos por consumo de cocaína, la cual en la actualidad incluso supera la demanda de tratamiento por consumo de opiáceos en ciertos países, regiones y ciudades. Asimismo, una proporción importante de los consumidores de opiáceos en tratamiento menciona la cocaína como droga secundaria, hecho que puede contribuir a empeorar sus problemas y dificultar el tratamiento. En muchos países, la cocaína también aparece en los análisis toxicológicos de un alto porcentaje de las muertes relacionadas con las drogas, normalmente en combinación con opiáceos y otras sustancias.

Es necesario interpretar con prudencia la observación de que el consumo de cocaína está creciendo en Europa, dado que existen diferencias considerables entre países y muchos de ellos siguen notificando niveles de consumo muy bajos. Las experiencias nacionales en lo referente a los problemas con la cocaína también son muy heterogéneas; existe, por ejemplo, un número relativamente reducido de países que acaparan la mayoría de las solicitudes de tratamiento por consumo de cocaína notificadas en Europa.

Oferta y disponibilidad

Producción y tráfico

El cultivo del arbusto de coca, la fuente de la que proviene la cocaína, sigue estando concentrado en unos pocos países de la región andina ⁽⁸²⁾. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2008) estimó la producción potencial de cocaína en 994 toneladas de hidrocloreto de cocaína puro para el año 2007, de las cuales el 61 % correspondía a Colombia, el 29 % a Perú y el 10 % a Bolivia. Un análisis del número de laboratorios desmantelados hace pensar que la mayor parte de la producción sigue ubicada en estos tres países, aunque también puede producirse en otros países suramericanos antes de exportar la sustancia a los principales mercados de consumo en Norteamérica y Europa. La información sobre tráfico ilegal de permanganato potásico (un reactivo químico utilizado en la síntesis del hidrocloreto de cocaína) respalda estos datos, puesto que Colombia se atribuye 99 de las 101 toneladas de permanganato potásico interceptadas mundialmente en 2006 (JIFE, 2008b).

La cocaína producida en la región andina se introduce a continuación ilegalmente en Europa a través de países suramericanos (vía Brasil, Ecuador o Venezuela). Si bien el Caribe sigue siendo una importante zona de tránsito para la cocaína destinada a Europa, el transporte a través de países situados en África Occidental, particularmente en el Golfo de Guinea y frente a las costas de Cabo Verde, Guinea y Guinea-Bissau, ha ido creciendo de forma significativa durante los últimos años (CND, 2008; JIFE, 2008a) ⁽⁸³⁾. España y Portugal siguen siendo los principales puntos de entrada en Europa de la cocaína, y el papel de este último se ha incrementado notablemente desde 2005. Sin embargo, la cocaína sigue entrando en Europa también de forma más directa, bien por barco a través del Atlántico, bien por avión, concretamente por los Países Bajos, Bélgica, Italia, Francia, el Reino Unido y Alemania. Según la información disponible, tanto los Países Bajos como Francia constituyen importantes países de tránsito para la posterior distribución de la cocaína

⁽⁸²⁾ Para más información sobre las fuentes de datos sobre la oferta y la disponibilidad de drogas, véase la p. 40.

⁽⁸³⁾ Véase también «África Occidental: centro de tránsito regional para el tráfico de drogas hacia Europa», p. 66.

África Occidental: centro de tránsito regional para el tráfico de drogas hacia Europa

En los últimos cinco años, África Occidental se ha convertido en una importante región para el tráfico de cocaína hacia Europa (¹), actuando como un centro de tránsito, almacenamiento y reembalaje (Europol, 2007b; ONUDD, 2007b; USDS, 2008). Se estima que casi una cuarta parte de la cocaína introducida en Europa en 2007 hizo escala en esta región (ONUDD, 2008). En el contexto de un incremento del consumo de cocaína en Europa, cabe suponer que el crecimiento del tráfico de droga a través de África Occidental ha contribuido a la caída del precio de esta sustancia, además de haber reforzado el papel de la península ibérica como punto de entrada para la distribución de cocaína en Europa (Europol, 2007b).

La cocaína procedente de África Occidental se introduce en Europa principalmente por la vía marítima, con grandes envíos transportados por buques pesqueros hasta los lugares de descarga, principalmente en la costa del norte de Portugal y en Galicia, en España. Los envíos de cocaína de menor tamaño se introducen por aire o por tierra, y cada vez más junto con la resina de cannabis del norte de África.

El creciente uso de la ruta de tráfico de cocaína por África Occidental se ha atribuido a varios factores. Cabe citar al respecto controles más efectivos en las rutas de tráfico alternativas (Europol, 2007b), la posición geográfica de África Occidental y la situación vulnerable de las economías de los países de esta zona, que a menudo redundan en un debilitamiento de los sistemas judiciales y de los cuerpos y fuerzas de seguridad.

La comunidad internacional ha lanzado varias iniciativas para atajar este problema. Entre las iniciativas adoptadas por la Unión Europea, el Consejo, a través del Grupo de trabajo horizontal sobre drogas, ha asignado a África Occidental un papel destacado en su agenda y, en 2008, presentó una resolución sobre el fortalecimiento del apoyo internacional a África Occidental a la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas. Además, siete Estados miembros, con el apoyo de la Unión Europea, han actuado conjuntamente para crear el Centro de Análisis y Operaciones contra el Tráfico Marítimo de Estupefacientes (MAOC-N, por sus siglas en inglés), un centro policial ubicado en Lisboa que cuenta con apoyo militar y tiene por objeto suprimir el tráfico de cocaína, centrándose especialmente en la parte oriental del Atlántico.

(¹) La ONUDD (2007b) informa de que las mayores incautaciones en 2006/2007 se registraron en Senegal, Ghana, Mauritania, Guinea-Bissau, Cabo Verde, Nigeria, Benin y Sierra Leona.

en Europa (Europol, 2007b). Los informes recientes sobre importación de cocaína a través de países de Europa Oriental (Bulgaria, Estonia, Letonia, Lituania, Rumanía y Rusia) podrían indicar el desarrollo de nuevas rutas de tráfico en esta parte de Europa.

Incautaciones

La cocaína es la droga de mayor tráfico del mundo, después de la hierba de cannabis y la resina de cannabis. En 2006, las incautaciones mundiales de cocaína descendieron ligeramente hasta las 706 toneladas. Suramérica siguió acaparando la mayor parte de las cantidades aprehendidas, con un porcentaje del 45% del total, seguida de Norteamérica con el 24% y Europa Central y Occidental con el 17% (ONUDD, 2008).

El número de incautaciones de cocaína se ha mantenido al alza en Europa durante los últimos 20 años y, exceptuando un descenso en 2003, la tendencia se mantuvo durante el período de 2001 a 2006. Asimismo, la cantidad de cocaína interceptada ha ido en aumento durante los últimos diez años, pero con fluctuaciones regulares. En 2006, el número de incautaciones de cocaína en Europa aumentó hasta los 72 700 casos, y la cantidad aprehendida hasta las 121 toneladas (⁸⁴). España continuó siendo el país con el mayor número de incautaciones notificadas, representando el 58% del total de incautaciones y el 41% de la cantidad total de esta droga interceptada en Europa durante ese año. El enorme incremento en la cantidad interceptada en Portugal, que correspondió al 28% del total europeo en 2006, apunta a una utilización cada vez mayor de la península ibérica por parte de los traficantes de cocaína como punto de entrada al mercado europeo.

Pureza y precio

La pureza típica de la cocaína en Europa oscilaba entre el 1% y el 90% en 2006, aunque la mayoría de países informó de valores situados entre el 25% y el 55% (⁸⁵). De los 23 países que facilitaron suficiente información, la mayoría señaló una tendencia decreciente en la pureza de la cocaína durante el período 2001-2006; sin embargo, en Grecia y Francia se constataron mejoras de la pureza de 2003 a 2006.

En 2006, el precio típico de venta al por menor para la cocaína oscilaba entre 50 y 75 euros por gramo en la mayor parte de los países europeos, aunque Chipre, Rumanía, Suecia y Turquía indicaban valores muy

(⁸⁴) Encontrará la información sobre las incautaciones de cocaína europeas mencionada en este capítulo en los cuadros SZR-9 y SZR-10 del boletín estadístico de 2008. Téngase en cuenta que, a lo largo del capítulo, en los casos en los que no había información nacional disponible para 2006, se utilizó la información correspondiente para el año 2005 para realizar estimaciones de totales europeos.

(⁸⁵) Véanse los cuadros PPP-3 y PPP-7 del boletín estadístico de 2008 para más información sobre pureza y precios.

superiores. Durante el período 2001-2006, la cocaína vendida en las calles se abarató en los 18 países que aportaron suficiente información, a excepción de Rumanía, donde se constató un aumento del precio (una vez descontados los efectos de la inflación).

Prevalencia y pautas de consumo

La diversidad no solo puede apreciarse en los niveles generales de consumo de cocaína notificados por los Estados miembros, sino que también se desprende de las características de los propios consumidores de cocaína, que refleja un amplio abanico social que cubre desde algunos de los miembros más privilegiados de la sociedad hasta los más marginados. Por consiguiente, las pautas de consumo de cocaína pueden ser diversas, desde un consumo ocasional y recreativo hasta un consumo altamente compulsivo y dependiente. La forma en la que se consume la cocaína (hidrocloruro de cocaína o *crack*) y la vía de administración utilizada constituyen factores que complican aún más la situación. Esta diversidad desempeña un papel importante tanto para comprender la gama de problemas que pueden asociarse a distintas pautas de consumo de cocaína como para configurar y desarrollar servicios dirigidos a un grupo de consumidores muy dispar.

Entre la población general

En general, la cocaína sigue siendo la segunda droga ilegal más consumida en Europa después del cannabis, aunque los distintos países presentan grandes diferencias en términos de consumo. Se estima que alrededor de 12 millones de europeos la han consumido al menos una vez en la vida, lo cual equivale a una media del 3,6% de los adultos de 15 a 64 años (para un resumen de los datos, véase el cuadro 5). Las cifras nacionales varían del 0,4% al 7,7%, y doce países, sobre todo Estados miembros que se adhirieron a la Unión Europea a partir de 2004, indican niveles muy bajos de prevalencia a lo largo de la vida para el total de adultos (0,4-1,2%).

Se estima que alrededor de 4 millones de europeos han consumido esta droga en el último año (una media del 1,2%), aunque, nuevamente, las variaciones observables en los distintos países son considerables. Este hecho queda reflejado en los resultados de encuestas nacionales recientes, que comunican estimaciones de prevalencia en el último año entre el 0,1% y el 3%; cabe decir, no obstante, que los niveles superan el 1% solo en el caso de cuatro países. Con una cifra de 2 millones, la estimación de prevalencia de consumo en el último mes es aproximadamente la mitad de la prevalencia para el último

Estimación del consumo de cocaína mediante el análisis de las aguas residuales municipales

La aplicación de recientes desarrollos en química analítica para la detección de cocaína en las aguas residuales supone un nuevo enfoque en el seguimiento del consumo de drogas ilegales en la comunidad y se conoce como «análisis epidemiológico de aguas residuales». El método mide los niveles de productos de descomposición de drogas ilegales expulsados a través de la orina de los consumidores. Las concentraciones de productos de descomposición medidos en las aguas residuales se utilizan a continuación para calcular, mediante una proyección, el consumo de drogas ilegales entre la población. En el caso de la cocaína, el principal metabolito expulsado a través de la orina es la benzoilecgonina. Dado que la descomposición de la cocaína en el cuerpo humano es probablemente la única fuente de benzoilecgonina en los sistemas de aguas residuales, basándose en determinadas suposiciones, es posible calcular a partir de la cantidad de metabolitos en las aguas residuales la cantidad de cocaína consumida en la comunidad (aunque no el número de consumidores).

El análisis epidemiológico de aguas residuales se encuentra aún en una fase inicial de desarrollo, y la información que proporciona, así como las cuestiones relevantes desde el punto de vista técnico y ético, deben ser objeto de debate en el marco de las actuales investigaciones. Se hace referencia a estas cuestiones en la nueva publicación del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) sobre el análisis de aguas residuales (OEDT, 2008b). Reuniendo a expertos de numerosas disciplinas, el informe concluye que, aunque aún se requieren más avances, el análisis epidemiológico de las aguas residuales posee un importante potencial para el seguimiento del consumo de droga a nivel municipal. El método también podría utilizarse como una herramienta de seguimiento del consumo de droga que ayude a los responsables de la salud pública y a las fuerzas y cuerpos de seguridad a identificar pautas del consumo de droga en municipios de diferentes tamaños. Dado que la recogida de muestras de aguas residuales y su análisis puede realizarse diaria, semanal o mensualmente, los datos podrían utilizarse potencialmente para proporcionar un índice en tiempo real mejorado que permita a los municipios disponer de más posibilidades para vigilar el impacto y la efectividad de las actividades de prevención e intervención.

año, y representa en torno al 0,5% de la población adulta. Es de suponer que estos cálculos son conservadores.

En general, el consumo de cocaína parece concentrarse en unos pocos países, concretamente en España y el Reino Unido, y en menor medida en Italia, Dinamarca e Irlanda, mientras que el consumo de esta sustancia es relativamente bajo en la mayoría de los demás países europeos. En los países en los que las anfetaminas dominan el mercado de las drogas estimulantes ilegales, las estimaciones de

Cuadro 5: Prevalencia del consumo de cocaína en la población general. Resumen de los datos

Grupo de edad	Período de tiempo del consumo		
	Toda la vida	Último año	Último mes
15-64 años			
Número estimado de consumidores en Europa	12 millones	4 millones	2 millones
Media europea	3,6%	1,2%	0,5%
Intervalo	0,4-7,7%	0,1-3,0%	0-1,6%
Países con prevalencia más baja	Rumanía, Malta, Lituania (0,4%) Grecia (0,7%)	Grecia (0,1%) Polonia, Letonia República Checa (0,2%)	Grecia, Estonia, República Checa (0,0%) Malta, Lituania, Polonia, Finlandia, Letonia (0,1%)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (7,7%) España (7,0%) Italia (6,6%) Irlanda (5,3%)	España (3,0%) Reino Unido (2,6%) Italia (2,2%) Irlanda (1,7%)	España (1,6%) Reino Unido (1,3%) Italia (0,8%) Irlanda (0,5%)
15-34 años			
Número estimado de consumidores en Europa	7,5 millones	3,5 millones	1,5 millones
Media europea	5,4%	2,3%	1%
Intervalo	0,7-12,7%	0,2-5,4%	0,0-2,8%
Países con prevalencia más baja	Rumanía, Lituania (0,7%) Malta (0,9%) Grecia (1,0%)	Grecia (0,2%) Polonia (0,3%) Letonia, República Checa (0,4%)	Estonia (0,0%) Grecia, Polonia, Letonia, República Checa (0,1%)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (12,7%) España (9,6%) Dinamarca (9,1%) Irlanda (8,2%)	Reino Unido (5,4%) España (5,2%) Italia (3,2%) Irlanda (3,1%)	España (2,8%) Reino Unido (2,7%) Italia (1,2%) Dinamarca, Irlanda (1,0%)
15-24 años			
Número estimado de consumidores en Europa	3 millones	2 millones	800 000
Media europea	4,5%	2,6%	1,2%
Intervalo	0,4-11,2%	0,2-6,1%	0,0-3,2%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,4%) Grecia (0,6%) Lituania (0,7%) Malta, Polonia (1,1%)	Grecia (0,2%) Polonia (0,3%) República Checa (0,4%) Letonia (0,6%)	Estonia (0,0%) Grecia, Letonia (0,1%) República Checa, Polonia, Portugal (0,2%)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (11,2%) España (8,7%) Dinamarca (8,0%) Irlanda (7,0%)	Reino Unido (6,1%) España (5,8%) Irlanda (3,8%) Dinamarca, Italia (3,3%)	Reino Unido (3,2%) España (3,1%) Italia (1,3%) Bulgaria, Irlanda (1,1%)

Información basada en la última encuesta realizada en cada país. El estudio abarca del año 2001 al año 2007. Para obtener la prevalencia media en Europa se ha calculado una media en función de la población del grupo de edad relevante en cada país. A los países de los que no se dispone de información se les ha aplicado la prevalencia media de la Unión Europea. Población usada como base: 15-64 años (328 millones), 15-34 años (134 millones) y 15-24 años (64 millones). Los datos aquí resumidos están disponibles en las «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2008.

consumo de cocaína son bajas en casi todos los casos. A la inversa, en la mayoría de los países en los que la cocaína constituye el principal estimulante ilegal se indican bajos niveles de consumo de anfetamina ⁽⁸⁶⁾.

Consumo de cocaína entre adultos jóvenes

El consumo de cocaína se halla principalmente concentrado en los adultos jóvenes (15-34 años). Así pues, por ejemplo, de los 4 millones de europeos que han consumido la droga en el último año, es probable que siete de cada ocho sean adultos jóvenes.

Se estima que en Europa han consumido cocaína al menos una vez en la vida unos 7,5 millones de jóvenes adultos (15-34 años) o, lo que es lo mismo, una media del 5,4%. Las cifras nacionales oscilan entre el 0,7% y el 12,7%. La media europea para el consumo de cocaína durante el último año dentro de este grupo de edad se estima en el 2,3% (3,5 millones) y para el último mes en el 1% (1,5 millones).

El consumo es particularmente elevado entre los jóvenes varones (15-34 años), con una prevalencia de consumo de cocaína en el último año de entre el 4% y el 7% en España, Dinamarca, Irlanda, Italia y el Reino Unido ⁽⁸⁷⁾. La ratio de la prevalencia entre mujeres y hombres para el consumo durante el último año oscilaba entre 1:1 y 1:13 para los adultos jóvenes en los diferentes países. Las medias ponderadas para la Unión Europea en su totalidad sugieren que, entre los consumidores de cocaína de 15 a 34 años de edad, la ratio entre hombres y mujeres era de casi 4 a 1 (3,8 hombres por cada mujer).

Los índices del consumo de cocaína más reciente (en el último año y el último mes) alcanzan los niveles máximos en el grupo de edad de 15 a 24 años, aunque este fenómeno es menos marcado que en el caso del cannabis o el éxtasis ⁽⁸⁸⁾. Se calcula que la prevalencia de consumo de cocaína en el último año para este grupo de edad se sitúa en el 2,6%, lo cual se traduce en 2 millones de personas de 15 a 24 años que consumieron esta sustancia durante el último año.

El consumo de cocaína también se asocia a ciertos estilos de vida. Un análisis de los datos de la encuesta sobre delincuencia británica British Crime Survey 2003/2004 estimaba que alrededor del 13% de los jóvenes entre 16 y 29 años que frecuentan *pubs* y locales de vino afirma haber consumido cocaína en el último año, en comparación con el 3,7% indicado por los visitantes menos asiduos. Entre las personas de 30 a 59 años, las cifras eran del 3,1% y el 1%, respectivamente. Según los datos, el consumo de

crack en la misma encuesta era muy bajo, incluso entre el colectivo que presentaba los mayores niveles de prevalencia de consumo de cocaína. Esto confirma las conclusiones de estudios más específicos, que señalan un perfil diferente para el consumidor de cocaína en polvo en comparación con el consumidor de *crack*. Es probable que en otros países el consumo de cocaína también esté asociado a factores de estilo de vida similares.

Los estudios realizados en entornos recreativos a menudo indican elevados índices de prevalencia de consumo de cocaína. Por ejemplo, un estudio realizado en 2006 en nueve ciudades europeas (Atenas, Berlín, Brno, Lisboa, Liubliana, Liverpool, Palma de Mallorca, Venecia y Viena) con 1 383 jóvenes de entre 15 y 30 años que acostumbraban a «salir de noche por locales nocturnos» constató que el 29% de los encuestados afirmaba haber consumido la droga al menos una vez y casi el 4% declaraba consumir cocaína una vez por semana o incluso más en algún momento (Comisión Europea, 2007b). También se comunicaron índices de prevalencia más elevados en una encuesta francesa realizada en 2004-2005 con 1 496 personas a las que se entrevistó en cinco locales distintos de música electrónica. Casi el 35% de la muestra había consumido cocaína y el 6% *crack* o cocaína de base libre durante el último mes. El estudio también mostró diferencias en varias subpoblaciones: la prevalencia en el último mes era del 50% para el consumo de cocaína y del 13% para el consumo de *crack* entre las catalogadas como «alternativas», mientras que alrededor de una cuarta parte de las subpoblaciones más corrientes había consumido cocaína y el 2% *crack* durante el último mes.

Consumo de cocaína entre escolares

Los índices generales de prevalencia del consumo de cocaína en los escolares son muy inferiores a los del consumo de cannabis. En la mayoría de países, la tasa de prevalencia de consumo de cocaína en algún momento de la vida en escolares de 15 a 16 años es del 2% o inferior, aunque llega al 4% en España y al 5% en el Reino Unido ⁽⁸⁹⁾. En los países que han comunicado datos de encuestas escolares nacionales recientes (España, Portugal, Eslovaquia, Suecia, Reino Unido), la prevalencia de consumo de cocaína se muestra estable o presenta un ligero descenso, aunque por regla general los cambios en los niveles de prevalencia son demasiado pequeños como para ser estadísticamente significativos. En España, las encuestas recientes muestran una reducción significativa del consumo en los escolares de 17 a 18 años.

⁽⁸⁶⁾ Véase el recuadro «El mercado de estimulantes europeo: ¿"países de cocaína" y "países de anfetaminas"»?», p. 56.

⁽⁸⁷⁾ Véase el gráfico GPS-13 del boletín estadístico de 2008.

⁽⁸⁸⁾ Véanse el gráfico GPS-15 y los cuadros de GPS-14 a GSP-16 para todos los años; y los cuadros de GPS-17 a GPS-19 para los últimos datos, en el boletín estadístico de 2008.

⁽⁸⁹⁾ Véase el cuadro EYE 1 del boletín estadístico de 2008.

Pautas de consumo de cocaína

La información de las encuestas generales de población sugiere altas tasas de abandono entre los consumidores de cocaína: en aquellos países con índices de prevalencia en el último año por encima del 2%, del 80% al 90% de los adultos que han consumido cocaína al menos una vez en la vida no lo ha hecho durante el último mes ⁽⁹⁰⁾.

Solo existe información limitada sobre la frecuencia de consumo de cocaína en Europa. Un análisis del estudio sobre la delincuencia británica British Crime Survey constató que alrededor del 20% de los jóvenes (16-24 años) que habían consumido cocaína durante el año anterior lo había hecho con una frecuencia superior a una vez al mes. Un estudio realizado en nueve ciudades europeas con muestras selectivas de consumidores de cocaína (Prinzleve *et al.*, 2004) observó que la frecuencia de consumo notificada era, de media, más baja entre los consumidores integrados (siete días al mes) que entre los consumidores socialmente excluidos (11 días) o entre los consumidores de opiáceos en tratamiento (14 días).

Consumo problemático de cocaína y demanda de tratamiento

Las estimaciones nacionales del consumo problemático de cocaína (consumo por vía parenteral o consumo de larga duración/regular) están disponibles solo para España e Italia, mientras que para el Reino Unido existen estimaciones regionales. De acuerdo con los datos más recientes para España, en 2002 había entre 4,5 y 6 consumidores problemáticos de cocaína por cada 1 000 adultos (15-64 años). De forma parecida, se estima que en 2006 había en Italia de 3,7 a 4,5 consumidores problemáticos de cocaína por cada 1 000 habitantes adultos. La información sobre el Reino Unido no es directamente comparable con la de España e Italia, puesto que se basa en el consumo de crack. En 2004-2005, un estudio calculó que el número de consumidores problemáticos de crack en Inglaterra se situaba entre 5,7 y 6,4 por cada 1 000 personas adultas.

En Europa, alrededor del 16% de todos los pacientes en tratamiento, lo cual corresponde a cerca de 61 000 casos notificados en 24 países, indicó la cocaína, principalmente en polvo, como principal razón para someterse a tratamiento en 2006 ⁽⁹¹⁾. Además, aproximadamente el 18% de todos los pacientes en tratamiento ambulatorio declaró consumir cocaína como droga secundaria ⁽⁹²⁾.

Existe una amplia variación entre países, y los consumidores de cocaína solo representan un elevado porcentaje de los pacientes en tratamiento en España (47%) y en los Países Bajos (35%), aunque también en Italia esta droga es actualmente motivo del 25% de las solicitudes de tratamiento. En el resto de Europa, la cocaína representa del 5% al 10% del total de solicitudes de tratamiento (10 países) o incluso menos del 5% de los casos (12 países) ⁽⁹³⁾.

La proporción de consumidores de cocaína es elevada entre los que se someten a tratamiento por primera vez. En toda Europa, el 23% de los nuevos pacientes (alrededor de 37 000 personas) indicó la cocaína como droga principal en 2006 ⁽⁹⁴⁾. De acuerdo con los datos más recientes, la cocaína fue durante 2005 la droga principal más citada en España por parte de las personas que iniciaban un tratamiento, y los nuevos pacientes por consumo de cocaína representaban el 63% del total de nuevos pacientes por consumo de drogas en España.

Tendencias del consumo de cocaína

La utilización de la prevalencia en el último año en adultos jóvenes (15-34 años) como indicador de tendencias en materia de niveles de consumo reciente (dado que el consumo de cocaína se concentra en este grupo de edad) muestra que el consumo de esta droga se intensificó considerablemente durante la segunda mitad de los años noventa en España, Dinamarca y el Reino Unido. La nueva información (encuestas de 2005-2007) confirma la tendencia alcista indicada ya el año pasado en Francia, Irlanda, España, el Reino Unido, Italia, Dinamarca y Portugal. En Alemania, los Países Bajos, Eslovaquia y Finlandia se observa una prevalencia estable, mientras que en Polonia se informó sobre un descenso (gráfico 5).

La tendencia al alza en las solicitudes de tratamiento por cocaína observada en años anteriores parece mantenerse, si bien se ve influenciada de forma desproporcionada por unos pocos países. Entre 2002 y 2006, la proporción de nuevos pacientes que solicitaban tratamiento por consumo de cocaína como droga principal aumentó del 13% al 25%, y el número de casos declarados pasó de 13 000 a casi 30 000. También se observó un incremento en el número y la proporción de pacientes por cocaína que empezaban un tratamiento: de 22 000 pacientes (el 13% del total de solicitudes de tratamiento) en 2002 a 50 000 (19%) en 2006. Italia y España fueron los países que notificaron los mayores incrementos ⁽⁹⁵⁾.

⁽⁹⁰⁾ Véase el gráfico GPS-16 del boletín estadístico de 2008.

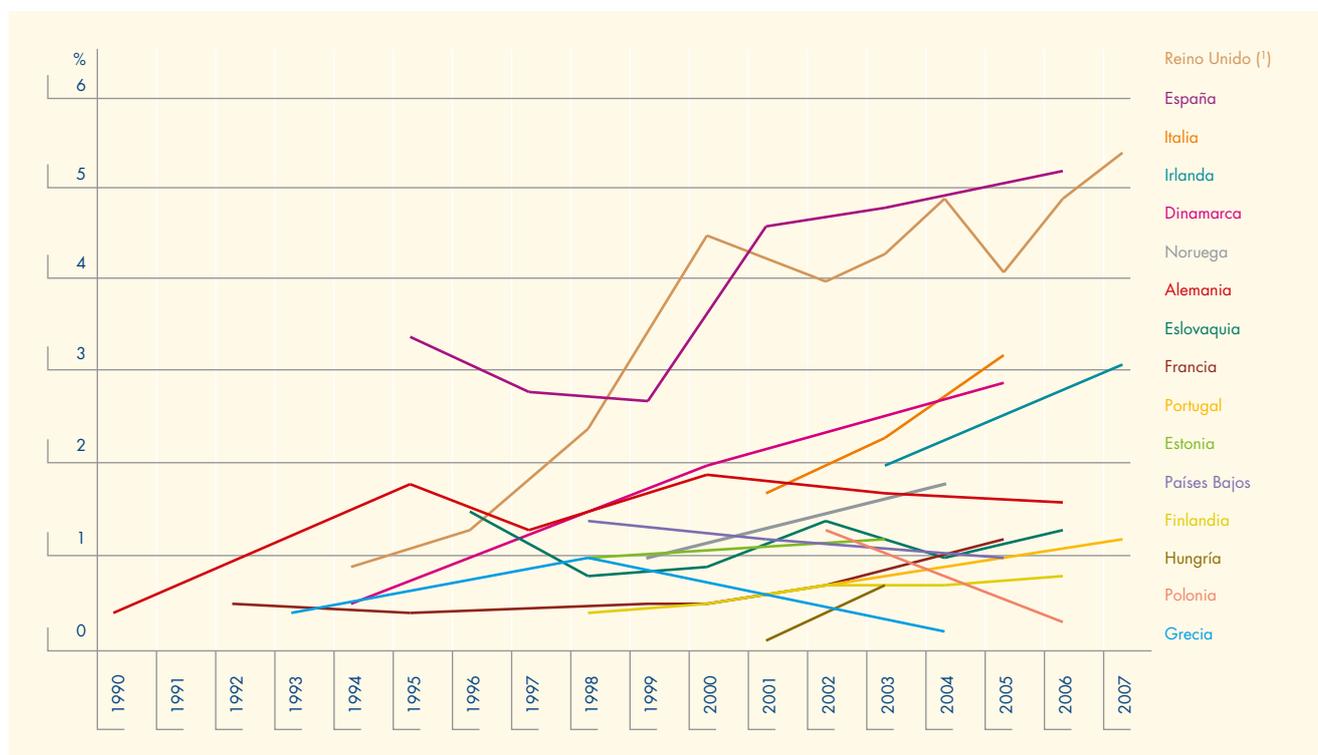
⁽⁹¹⁾ Véase el cuadro TDI-115 y el gráfico TDI-2 del boletín estadístico de 2008.

⁽⁹²⁾ Véase el cuadro TDI-22, parte (i), del boletín estadístico de 2008.

⁽⁹³⁾ Véase el cuadro TDI-5, parte (ii), del boletín estadístico de 2008; para los datos de España, consulte la información de 2005.

⁽⁹⁴⁾ Véase el gráfico TDI-2 del boletín estadístico de 2008.

⁽⁹⁵⁾ Véanse los gráficos TDI-1 y TDI-3 y el cuadro TDI-3, parte (ii), del boletín estadístico de 2008.

Gráfico 5: Tendencias en la prevalencia del consumo de cocaína durante el último año entre los jóvenes (entre 15 y 34 años)


(¹) Inglaterra y Gales.

N.B.: En Dinamarca, la cifra relativa a 1994 corresponde a drogas duras. Para más información, véase el gráfico GPS-14 del boletín estadístico de 2008.

Fuente: Informes nacionales de la red ReitoX (2007), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

La tendencia al alza en los consumidores de cocaína que se someten a tratamiento puede tener relación con los aumentos en la prevalencia de consumo de cocaína y problemas vinculados, pero también con otros factores (por ejemplo una mayor derivación a tratamiento o la realización de intervenciones dirigidas específicamente a los consumidores de cocaína). Además, las proporciones por tipo de droga se ven influenciadas por los cambios en la demanda de tratamiento por parte de los consumidores de otras sustancias.

Comparaciones internacionales

En general, la estimación de prevalencia de consumo de cocaína a lo largo de la vida es más baja en los jóvenes adultos en la Unión Europea que dentro del mismo colectivo en Australia, Canadá y los Estados Unidos. Sin embargo, a escala nacional, Dinamarca, Irlanda, España, Italia y el Reino Unido (Inglaterra y Gales) presentan cifras más elevadas que Australia. Solo el Reino Unido (Inglaterra y Gales) indica una estimación de prevalencia a lo largo de la vida similar a la de los Estados Unidos (²⁶). Hasta cierto punto, puede considerarse que este índice refleja el desarrollo histórico de los problemas relacionados con la cocaína y la experiencia más temprana de los Estados

Unidos y, en la esfera europea, del Reino Unido en relación con el consumo generalizado de cocaína.

Tratamiento y reducción de daños

Perfil de los pacientes de tratamiento

Los centros ambulatorios concentran casi todas (94%) las solicitudes notificadas de tratamiento por consumo de cocaína en Europa (²⁷). Sin embargo, debería tenerse en cuenta que el tratamiento de la adicción a la cocaína en ocasiones también se lleva a cabo en clínicas privadas, a veces en régimen de ingreso, y esta modalidad de atención no está bien representada en el actual sistema de supervisión.

Los pacientes por consumo de cocaína que se someten a un tratamiento en régimen ambulatorio presentan la mayor ratio entre hombres y mujeres de todos los pacientes en tratamiento por consumo de drogas (5 hombres por cada mujer). Tienen una media de edad de 31 años (²⁸), lo que convierte este colectivo en el tercer grupo de consumidores de droga de mayor edad después de los consumidores de opiáceos y los consumidores de

(²⁶) Véase el gráfico GPS-20 del boletín estadístico de 2008.

(²⁷) Véase el cuadro TDI-24 del boletín estadístico de 2008.

(²⁸) Véanse los cuadros TDI-10 y TDI-21 del boletín estadístico de 2008.

sustancias hipnóticas y sedantes. La mayoría de pacientes por consumo de cocaína afirma haber empezado a consumir la droga entre los 15 y los 24 años ⁽⁹⁹⁾.

Existe una variación considerable en los distintos países en relación con la vía de administración para los pacientes consumidores de cocaína. En general, se indica que alrededor de la mitad (55 %) de los pacientes por cocaína esnifa la droga, casi una tercera parte (32 %) la fuma y una proporción mucho menor (9 %) la consume por vía parenteral ⁽¹⁰⁰⁾. A grandes rasgos, dentro del colectivo de pacientes en tratamiento pueden identificarse dos grupos principales de consumidores de cocaína. El primero de ellos está normalmente más integrado socialmente y presenta condiciones de alojamiento y empleo estables; generalmente, este grupo afirma esnifar la droga. El segundo grupo constituye un colectivo más marginado de pacientes que normalmente fuma o se inyecta la cocaína (véase OEDT, 2006), y con mayor frecuencia afirma consumir o bien crack o bien la combinación de cocaína y heroína. Los pacientes

consumidores de crack, en particular, acostumbran a vivir en grandes ciudades, pertenecen a grupos étnicos minoritarios y presentan altos índices de desempleo y malas condiciones de vida ⁽¹⁰¹⁾. Este problema tiene una magnitud reducida en términos europeos y se halla geográficamente limitado, pues solo un número relativamente pequeño de ciudades presenta problemas significativos de consumo de crack. En 2006, se informó de que unos 8 000 pacientes consumidores de crack (alrededor del 2 % del total de pacientes) se habían sometido a tratamiento por consumo de drogas en 20 países europeos, aunque fue el Reino Unido el que notificó la mayoría de casos ⁽¹⁰²⁾.

Tratar los problemas asociados al consumo simultáneo de cocaína y heroína se está convirtiendo en un tema cada vez más importante para algunos países. Los consumidores en tratamiento pueden ser antiguos o actuales consumidores de heroína, en ocasiones en tratamiento de sustitución. En algunos países, estos constituyen el grupo mayoritario de pacientes en tratamiento por consumo

Problemas de salud relacionados con el consumo de cocaína

El conocimiento sobre los vínculos entre el consumo de cocaína y las enfermedades asociadas es a menudo limitado, incluso entre los profesionales de la salud. Por consiguiente, algunos problemas relacionados con el consumo de cocaína pasarán desapercibidos, y las personas que los sufren no recibirán la atención adecuada. El hecho de no notificar todos los problemas relacionados con la cocaína impide que se llegue a entender completamente el impacto que esta droga tiene en la salud pública.

Los riesgos asociados a determinados modos problemáticos del consumo de cocaína son bien conocidos y generalmente afectan a determinados grupos de consumidores (antiguos o actuales consumidores de opiáceos, grupos marginados). Por ejemplo, el consumo de cocaína por vía parenteral está asociado al riesgo de infección y a un elevado riesgo de sobredosis, mientras que el consumo en combinación con opiáceos parece estar vinculado a un mayor riesgo de sobredosis por opiáceos.

Los problemas de salud asociados a la cocaína en polvo, sin embargo, suelen pasar más desapercibidos y podrían afectar a consumidores que probablemente no se consideren en riesgo. El consumo crónico de cocaína puede causar importantes problemas de salud, la mayoría de ellos cardiovasculares (arteriosclerosis, cardiomiopatía, arritmias, isquemia del miocardio) y neurológicos (apoplejías y ataques cerebrovasculares). Estos problemas pueden verse agravados por las condiciones existentes (por ejemplo, malformaciones

vasculares) y por factores de riesgo tales como el consumo de tabaco o alcohol. Muchas de las muertes atribuidas al consumo de cocaína se producen a través de estas patologías.

El consumo de cocaína en combinación con alcohol aumenta los niveles de cocaína en la sangre en hasta un 30 %. Desde la perspectiva del comportamiento, el consumo de cocaína facilita el consumo excesivo de alcohol, ya que permite a los consumidores beber durante más tiempo, lo que a su vez puede incrementar la cantidad de cocaína consumida (Gossop *et al.*, 2006). La formación de cocaetileno en el hígado también puede estar vinculada a otros posibles riesgos para la salud asociados al consumo combinado de cocaína y alcohol.

Se han realizado pocos estudios que evalúen el impacto general del consumo de cocaína en la salud pública. Un estudio de población a gran escala realizado en los Estados Unidos (1988-1994) reveló que una cuarta parte de los infartos de miocardio agudos no mortales entre personas de 18 a 45 años de edad se atribuían a un «consumo de cocaína frecuente a lo largo de la vida». Los consumidores frecuentes tenían un riesgo siete veces superior de sufrir infartos de miocardio no mortales que los no consumidores (Qureshi *et al.*, 2001). Sin embargo, no es posible aplicar directamente los resultados de este estudio en Europa. En la actualidad, nuestros conocimientos sobre el posible impacto para la salud del incremento del consumo de cocaína en Europa siguen siendo limitados y siguen constituyendo un ámbito importante para la futura investigación de la salud pública.

Para más información sobre los problemas de salud relacionados con el consumo de cocaína, véase la cuestión particular de 2007 sobre cocaína.

⁽⁹⁹⁾ Véase el cuadro TDI-11, parte (iii), del boletín estadístico de 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Véanse los cuadros TDI-17, parte (ii) y parte (vi), y TDI-111, parte (vii) y parte (viii), del boletín estadístico de 2008.

⁽¹⁰¹⁾ Véase la cuestión particular de 2007 sobre cocaína.

⁽¹⁰²⁾ Véase el cuadro TDI-115 del boletín estadístico de 2008.

de cocaína. Algunos estudios sugieren que el consumo concomitante de cocaína y heroína puede asociarse a la presencia de diagnóstico dual o agravar problemas psicológicos subyacentes, como por ejemplo el trastorno bipolar. Asimismo se ha observado que el consumo concomitante de cocaína durante el tratamiento de mantenimiento con metadona contribuye a un consumo de heroína persistente o a una reiniciación al consumo, lo cual implica un riesgo de contraer VIH y otras infecciones transmitidas a través de la sangre, así como serios problemas médicos, sociales y delictivos.

Tratamiento por consumo de cocaína

A raíz del incremento en varios Estados miembros en el consumo de cocaína y los problemas asociados, los centros especializados de tratamiento de la drogodependencia se enfrentan a la difícil tarea de adaptar sus servicios tradicionalmente orientados a los opiáceos a las heterogéneas poblaciones de consumidores de cocaína y crack. Sin embargo, a excepción de España, los Estados miembros constataron en 2006 bajos niveles de oferta de programas de tratamiento específicos para la cocaína y de accesibilidad a los mismos.

Varios de los Estados miembros que comunican altos niveles de prevalencia de consumo de cocaína o crack se han mostrado particularmente activos a la hora de responder a este problema. España introdujo en 2007 un plan de acción nacional específico para la cocaína, mientras que Irlanda aplicó y evaluó toda una serie de programas específicos dirigidos a distintos grupos de consumidores de cocaína. Estos programas se orientan a consumidores problemáticos de cocaína por vía intranasal, personas afectadas por el policonsumo con problemas vinculados a la cocaína, así como mujeres y trabajadores o trabajadoras del sexo que consumen cocaína. En Italia se llevará a cabo en 2008 un ensayo clínico a gran escala para investigar la efectividad de dos fármacos (aripiprazol y ropinirol) en el tratamiento de la dependencia a la cocaína.

La información sobre la naturaleza de los servicios suministrados a los consumidores problemáticos de cocaína en Europa es escasa. No obstante, las publicaciones clínicas nacionales y las encuestas entre profesionales proporcionan una buena panorámica general de las prácticas actuales. De acuerdo con un informe reciente del Reino Unido (NICE, 2007), los problemas relacionados con la cocaína parecen tratarse en los centros de tratamiento especializados británicos únicamente cuando el problema de drogas principal tiene que ver con los opiáceos. Asimismo, una encuesta italiana reciente realizada entre expertos que participan

Contrato de contingencias

El contrato de contingencias pretende reducir los efectos cada vez mayores de las drogas mediante la recompensa de la abstinencia. Por norma general, el contrato de contingencias se introduce al principio de un ciclo de tratamiento, con apoyo psicosocial, y los incentivos están condicionados a que las muestras de orina no contengan restos de drogas. Los incentivos podrían ser, por ejemplo, vales por pequeñas cantidades de dinero, que irían aumentando tras superar los distintos períodos de abstinencia. En esta situación, si el paciente volviera a consumir droga perdería las ganancias acumuladas.

Esta técnica refuerza reiteradamente el comportamiento de abstinencia del consumidor y permite establecer un objetivo regular que debe alcanzarse. La principal evidencia de la efectividad del contrato de contingencias para mantener la abstinencia de drogas procede de estudios sobre tratamientos de adicción a la cocaína y heroína, aunque también existen evidencias del método en el tratamiento de consumidores de cannabis y metanfetamina.

Aunque la mayoría de las investigaciones sobre el contrato de contingencias se ha llevado a cabo fuera de Europa, una serie de estudios de viabilidad de este método han arrojado resultados positivos entre consumidores de cocaína en España (Secades-Villa *et al.*, 2008) y para el tratamiento del consumo de cocaína entre pacientes en tratamiento de sustitución a base de opiáceos en los Países Bajos (De Fuentes-Merillas y De Jong, 2008), donde los incentivos al final del ensayo fueron productos por un valor de 150 euros. Un análisis económico realizado por el National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) en el Reino Unido sugirió que el contrato de contingencias es una opción rentable en el contexto del tratamiento de la adicción a la cocaína, especialmente si se consideran los costes económicos globales del consumo de cocaína.

en el tratamiento de consumidores de cocaína indicó dificultades a la hora de aplicar algunos de los elementos que a su parecer constituían factores cruciales para alcanzar resultados de tratamiento positivos, como por ejemplo proporcionar servicios apropiados (tales como atención residencial a corto plazo o intervenciones psicosociales estructuradas), o diferenciar clínicamente a los distintos tipos de consumidores de cocaína. Se señaló que estas dificultades se debían a problemas de organización, falta de recursos o falta de intervenciones de tratamiento efectivas y específicas para la cocaína. Cabe suponer que los profesionales de otros Estados miembros estén haciendo frente a problemas similares. Por ello, es posible que determinar las inversiones adecuadas, idear protocolos de tratamiento apropiados e identificar las necesidades en materia de formación especializada constituyan cuestiones clave para el desarrollo del servicio en este ámbito.

Algunos exámenes recientes de la bibliografía sobre el tema indican que las actuales intervenciones psicosociales no dan grandes pruebas de eficacia a la hora de tratar la dependencia a la cocaína y que tampoco existen programas de tratamiento farmacológico efectivos. Una reciente revisión de Cochrane Collaboration (Cochrane review) sobre intervenciones psicosociales para la cocaína y otros psicoestimulantes concluyó que los únicos resultados comportamentales positivos y coherentes (retención en tratamiento, reducción del consumo de drogas) se observaban en intervenciones psicosociales que incluían el contrato de contingencias como elemento constitutivo ⁽¹⁰³⁾.

A diferencia del tratamiento de los adictos a los opiáceos, actualmente no existen opciones de tratamiento farmacológico para ayudar a los consumidores de cocaína a mantener la abstinencia o reducir el consumo (véase la cuestión particular de 2007 sobre cocaína). Algunas drogas terapéuticas experimentales han mostrado potencial de cara a reducir el consumo y el ansia en ensayos clínicos (por ejemplo, baclofeno, tiagabina, topiramato). El modafinilo, un estimulante del sistema nervioso central, ha obtenido resultados particularmente prometedores como droga de sustitución para los psicoestimulantes, dado que ofrece la ventaja de que, en comparación con otras potenciales drogas de sustitución (por ejemplo, d-anfetamina), el riesgo de abuso es bajo (Myrick *et al.*, 2004). Por otro lado, la buprenorfina, el topiramato y la tiagabina han mostrado resultados prometedores a la hora de reducir el consumo de cocaína en consumidores de opiáceos sometidos a tratamiento de sustitución con consumo concomitante de cocaína.

También se está estudiando la opción de la inmunoterapia para los adictos a la cocaína mediante una vacuna (TA-CD) para el tratamiento de la dependencia de esta droga. Una vez administrada, la vacuna induce la producción de anticuerpos que se unen a las moléculas de cocaína en el flujo sanguíneo y, con ello, permiten que las enzimas naturales presentes en el organismo las conviertan en moléculas inactivas. Los resultados de los ensayos clínicos iniciales son esperanzadores, aunque se requieren más estudios para probar la viabilidad de la vacuna como terapia farmacológica para la dependencia de la cocaína.

La vacuna de la cocaína está pensada principalmente para prevenir recaídas, pero el término «vacuna» también crea expectación alrededor de su uso potencial en la prevención de la dependencia de la cocaína si se utiliza como tratamiento profiláctico (por ejemplo, en el caso de niños y adolescentes ingenuos en materia de drogas). La efectividad de un enfoque de este tipo resulta incierta y plantea dilemas éticos que se debaten en profundidad en el documento

del OEDT, que se publicará próximamente: *Addiction neurobiology: ethical and social implications (Neurobiología de la adicción: implicaciones éticas y sociales)*.

Reducción de daños

El consumo problemático de cocaína a menudo se asocia a graves consecuencias para la salud física y mental. Por ejemplo, una encuesta de seguimiento irlandesa de dos años sobre la cocaína en las comunidades locales reveló un deterioro de la salud general de los pacientes adictos a la cocaína, especialmente los consumidores por vía parenteral. Asimismo, varios proyectos han notificado un incremento en el número de pacientes que experimentan abscesos y heridas debido a malos hábitos de inyección. Otros problemas indicados para los pacientes consumidores de cocaína incluyen pérdida de peso, infecciones de transmisión sexual, problemas cardíacos, amputaciones y comportamientos de riesgo.

Los Estados miembros suelen proporcionar a los consumidores de cocaína por vía parenteral los mismos servicios e instalaciones que a los consumidores de opiáceos, como por ejemplo recomendaciones para un consumo seguro, formación para garantizar un consumo por vía parenteral seguro y programas de intercambio de agujas. Los servicios de bajo umbral para el tratamiento de la drogodependencia desempeñan un papel significativo en este contexto, ya que proporcionan atención básica, así como asesoramiento y asistencia médica. Los consumidores con graves problemas relacionados con el consumo de cocaína y *crack*, como problemas de comorbilidad física y mental o problemas sociales relacionados, a modo de ejemplo, con el alojamiento, pueden ser derivados a programas residenciales de rehabilitación y comunidades terapéuticas. Estos programas no solo pretenden alcanzar la abstinencia, sino que también ofrecen cuidados temporales de «respiro» y cuidados intensivos, así como apoyo, para ayudar a los consumidores a cambiar sus estilos de vida caóticos y de alto riesgo.

Un estudio cualitativo realizado en seis ciudades españolas mostró que las principales sustancias utilizadas por los trabajadores y las trabajadoras del sexo eran el alcohol y la cocaína. El consumo de drogas se definía como ocasional e instrumental, y ayudaba a reducir las barreras psicológicas o la inhibición e incrementar la tolerancia a largas jornadas de trabajo sexual con distintos clientes. Las consecuencias del consumo de drogas en los trabajadores y las trabajadoras del sexo incluyen el sexo sin protección y un mayor riesgo de violencia por parte de los clientes. En este colectivo también se observaron a menudo pautas de consumo intensivo de *crack*.

⁽¹⁰³⁾ Véase «Contrato de contingencias», p. 73.

Los trabajadores de la industria del sexo con problemas vinculados a la cocaína y al *crack* son el colectivo al que van dirigidos los servicios de proximidad y de reducción de daños. Por ejemplo, en los Países Bajos, los servicios sanitarios municipales han aplicado programas de salud especiales orientados a los trabajadores del sexo que consumen *crack*. En Francia, la asociación *Espoir Goutte d'Or*, que se centra en la prevención de riesgos y la reducción de daños entre consumidores de *crack* y trabajadores o trabajadoras del sexo, organiza semanalmente servicios de asesoramiento voluntarios y pruebas rápidas de VIH y hepatitis.

El consumo recreativo de cocaína en combinación con una ingesta excesiva de alcohol se produce frecuentemente en

entornos de vida nocturna y puede asociarse a problemas físicos agudos. Como se indica en el capítulo 4, los Estados miembros se decantan cada vez más por un enfoque integrado para la reducción de los daños relacionados con el consumo de alcohol y drogas ilegales en entornos recreativos. Los programas ofrecen a los jóvenes consejos e información sobre los riesgos vinculados al consumo de alcohol y drogas en general, y normalmente incluyen material informativo sobre los riesgos asociados al consumo agudo y crónico de cocaína. Los miembros de la Fundación Europea de Servicios de Ayuda Telefónica sobre Drogas (FESAT) también trabajan de forma muy activa en el ámbito de la concienciación y el suministro de apoyo a los consumidores de droga mediante consejos e información sobre los riesgos de las drogas.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capítulo 6

Consumo de opiáceos y drogas por vía parenteral

Oferta y disponibilidad de la heroína

En el mercado de las drogas ilegales de Europa se han ofrecido tradicionalmente dos formas de heroína importada: la más común es la heroína marrón (su forma química de base), principalmente procedente de Afganistán, y la menos común y más cara es la heroína blanca (una forma salina), que procede generalmente del sureste asiático, aunque cabe decir que esta variedad de la droga es considerablemente menos frecuente ⁽¹⁰⁴⁾. Asimismo, dentro de Europa se producen algunos opiáceos, principalmente productos caseros elaborados con adormidera (por ejemplo, paja de adormidera, concentrado de tallos o cabezas de adormidera molidos) en varios países de Europa Oriental (como Letonia y Lituania).

Producción y tráfico

La heroína que se consume en Europa proviene principalmente de Afganistán, que continúa siendo el líder mundial en el suministro de opio ilegal, seguido de Myanmar y México. La producción mundial de opio volvió a crecer de forma significativa (34%) en 2007 y alcanzó la cifra estimada de 8 870 toneladas, principalmente como resultado de un aumento de la producción afgana, que se estimó en 8 200 toneladas. Por consiguiente, el potencial de fabricación mundial de heroína alcanzó un nivel récord en 2007, estimándose en 733 toneladas (ONUDD, 2008). El creciente número de laboratorios desmantelados en Afganistán en los últimos años sugiere que el opio se transforma cada vez más en morfina o heroína dentro del mismo país. Sin embargo, la incautación de importantes cantidades de morfina en países vecinos (Pakistán, Irán) indica que una parte significativa del procesamiento se realiza fuera de Afganistán (CND, 2008; ONUDD, 2007).

La heroína entra en Europa sobre todo por dos rutas principales: la ruta de los Balcanes, históricamente importante, y sus varios tramos, atravesando Pakistán, Irán y Turquía; y la cada vez más utilizada «ruta del Norte», a través de Asia Central y la Federación de Rusia (gráfico 6). Para la heroína se indicaron rutas secundarias de tráfico

desde el suroeste asiático, por ejemplo directamente desde Pakistán a Europa (Reino Unido), pero también a través de Pakistán y otros países de Oriente Medio y África a los mercados ilegales de Europa y Norteamérica (JIFE, 2008a; Europol, 2008; ONUDD, 2007; OMA, 2007). La heroína del suroeste asiático también se introduce ilegalmente en Europa a través del sur del continente asiático (Bangladesh) (JIFE, 2008a). Dentro de la Unión Europea (UE), los Países Bajos y, en menor medida, Bélgica desempeñan un papel importante como centros de distribución secundarios (Europol, 2008).

Incautaciones

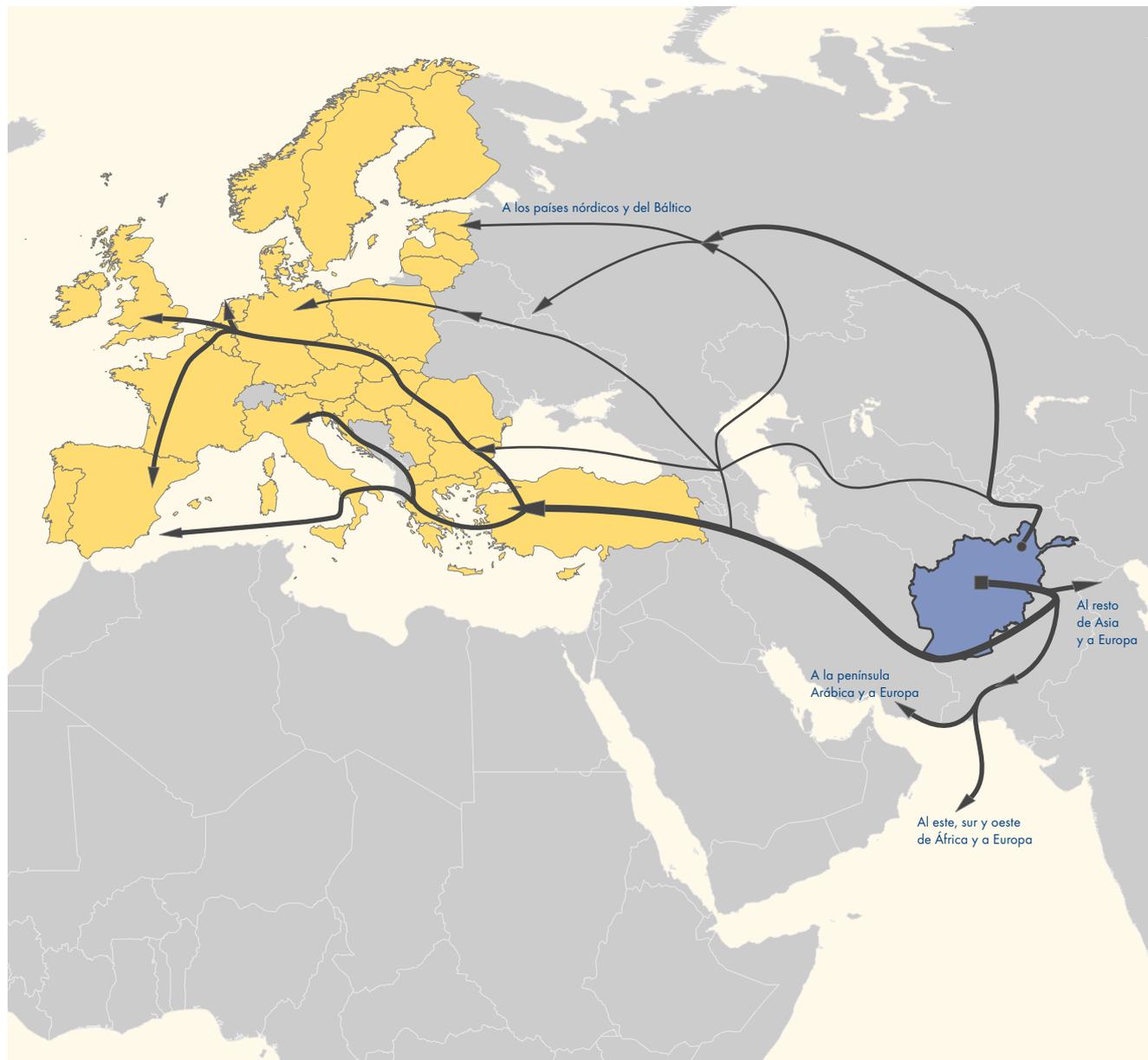
Las incautaciones mundiales de opiáceos notificadas aumentaron en 2006 hasta las 384 toneladas para el opio y las 104 toneladas para la heroína y la morfina. Mientras que en Irán se incautó la mayor parte del opio (81%) interceptado en el mundo, la heroína y la morfina se aprehendieron principalmente en Pakistán (34%), seguido de Irán (20%), Turquía (10%) y China (6%) (ONUDD, 2008).

En Europa se calcula que en 2006 se realizaron 48 200 incautaciones que permitieron aprehender unas 19,4 toneladas de heroína. El Reino Unido siguió notificando el mayor número de incautaciones, mientras que Turquía volvió a ser el país que señaló la mayor cantidad interceptada, con un total de 10,3 toneladas aprehendidas en 2006 ⁽¹⁰⁵⁾. La cantidad de heroína interceptada en una incautación media variaba enormemente entre estos dos países, siendo la cantidad media aprehendida en Turquía 100 veces superior a la notificada por el Reino Unido. Estos datos reflejan las diferentes posiciones de ambos países en la cadena de suministro (gráfico 6). Las incautaciones de heroína han ido fluctuando a la baja en Europa durante los últimos diez años, con un nivel máximo relativo en 2001 y un nivel mínimo récord en 2003. La cantidad de heroína interceptada en la Unión Europea mostró un descenso general entre 2001 y 2006, mientras que, como contrapartida, la cantidad aprehendida en Turquía se ha multiplicado por tres durante ese mismo período.

⁽¹⁰⁴⁾ Para más información sobre las fuentes de datos sobre la oferta y la disponibilidad de drogas, véase la p. 40.

⁽¹⁰⁵⁾ Véanse los cuadros SZR-7 y SZR-8 del boletín estadístico de 2008. Nótese que, con fines estimativos, los datos no disponibles para 2006 fueron reemplazados por los datos correspondientes a 2005. Este análisis es preliminar, dado que aún no se dispone de los datos de 2006 para el Reino Unido.

Gráfico 6: Principales flujos de tráfico de heroína desde Afganistán a Europa



N.B.: Los flujos de tráfico representados en el mapa sintetizan los análisis de una serie de organizaciones internacionales y nacionales (puntos focales nacionales de la red Reitox, Europol, JIFE, ONUDD, OMA). Estos análisis están basados en la información relativa a las incautaciones de droga a lo largo de las rutas de tráfico, así como en informes de inteligencia de los cuerpos y fuerzas de seguridad en países de tránsito y de destino, y en ocasiones en informes de fuentes complementarias. Las principales rutas de tráfico representadas en el mapa deberían considerarse como un indicativo de los flujos principales, dado que podría haber desvíos a otros países a lo largo de las rutas, y existen numerosas rutas secundarias subregionales que no se presentan aquí y que pueden cambiar muy rápidamente.

Las incautaciones globales de anhídrido acético (utilizado en la producción ilegal de heroína) se incrementaron hasta los 26 400 litros en 2006; la mayoría de esa cantidad se recuperó en la Federación de Rusia (9 900 litros) y Colombia (8 800 litros), seguidos de Turquía (3 800 litros) (JIFE, 2008b). Las rutas de tráfico entre Afganistán y Europa también se están utilizando para introducir ilegalmente en Occidente sustancias químicas precursoras (principalmente anhídrido acético a través de la «ruta de la seda») y drogas sintéticas (sobre todo éxtasis) (Europol, 2008).

Las incautaciones de 3-metilfentanilo notificadas en 2006 en Letonia y Lituania, así como los informes en Estonia sobre un mayor consumo por vía parenteral de fentanilo fabricado ilegalmente, ponen de manifiesto la necesidad de supervisar más de cerca la oferta de opiáceos sintéticos como el fentanilo (que es considerablemente más potente que la heroína).

Pureza y precio

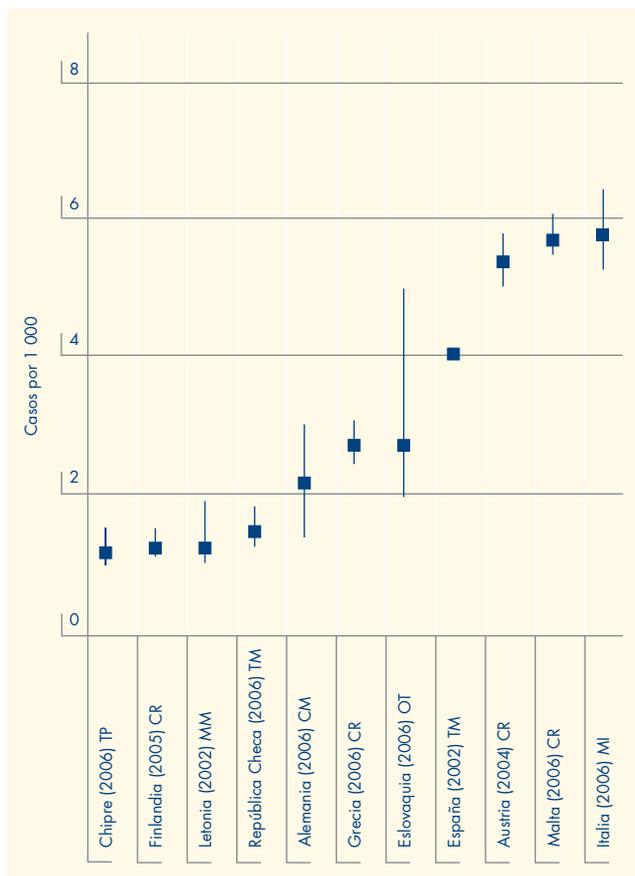
En 2006, la pureza típica de la heroína marrón oscilaba entre el 15% y el 25% en la mayoría de países que aportaron información, aunque se notificaron valores inferiores al 10% en Grecia, Francia y Austria, y superiores en Malta (31%), Turquía (36%) y el Reino Unido (43%). La pureza típica de la heroína blanca era normalmente mayor (45-70%) en los pocos países europeos que aportaron datos ⁽¹⁰⁶⁾.

El precio de venta al por menor de la heroína marrón fluctuó en 2006 entre los 14,5 euros por gramo en Turquía y los 110 euros por gramo en Suecia, aunque la mayoría de países indicaba precios típicos situados entre 30 y 45 euros por gramo. Solo unos pocos países europeos indicaron el precio de la heroína blanca, que oscilaba entre 27 y 110 euros por gramo. Durante el período 2001-2006, el precio de venta al por menor de la heroína marrón experimentó un descenso en la mayoría de los 13 países europeos que indicaron tendencias temporales, aunque en Polonia se han observado indicios de aumento.

Estimaciones de prevalencia del consumo problemático de opiáceos

La información que se incluye en este apartado proviene del indicador del consumo problemático de drogas (CPD) del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), que incluye principalmente consumo por vía parenteral y consumo de opiáceos, aunque en algunos países los consumidores de anfetaminas o cocaína también constituyen un componente importante. Las estimaciones del número de consumidores problemáticos de opiáceos

Gráfico 7: Estimaciones sobre la prevalencia en el último año del consumo problemático de opiáceos (casos por 1 000 habitantes entre 15 y 64 años)



N.B.: El símbolo indica un cálculo puntual, y una barra indica un intervalo de duda que puede ser un intervalo de confianza del 95% o un intervalo basado en un análisis de sensibilidad. Los grupos objetivo pueden variar ligeramente debido a la utilización de métodos de estimación y fuentes de datos diferentes, por lo que las comparaciones deben realizarse con cautela. Se utilizaron franjas de edad no estándar en los estudios de Finlandia (15-54 años) y Malta (12-64 años). En el caso de Alemania, el intervalo representa el límite más bajo de todas las estimaciones existentes y el límite más alto de ellas, y el cálculo puntual, una media simple de los promedios. Los métodos de estimación se muestran abreviados: CR = captura-recaptura de datos; TM = multiplicador de tratamiento; MI = indicador de variables múltiples; TP = regresión truncada de Poisson; MM = multiplicador de mortalidad; CM = métodos combinados; OT = otros métodos. Para más información, véase el gráfico PDU-1, parte (ii), del boletín estadístico de 2008.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

son generalmente inciertas dada la relativamente reducida prevalencia y la naturaleza oculta de este tipo de consumo de droga. De ahí que se requieran extrapolaciones estadísticas para obtener estimaciones de prevalencia a partir de las fuentes de datos disponibles. Además, como la mayoría de estudios se basa en un área geográfica limitada, como una ciudad o un distrito, a menudo resulta difícil extrapolar los datos para obtener el nivel nacional.

⁽¹⁰⁶⁾ Véanse los cuadros PPP-2 y PPP-6 del boletín estadístico de 2008 para más información sobre pureza y precios.

Las pautas de consumo problemático de drogas en Europa parecen ser cada vez más heterogéneas. Por ejemplo, en algunos países en los que el consumo problemático de opiáceos ha sido históricamente predominante, los informes recientes indican que otras drogas, incluida la cocaína, están adquiriendo cada vez más importancia. La necesidad de supervisar de forma efectiva toda una serie de pautas de consumo problemático de drogas ha llevado al OEDT a informar sobre subpoblaciones de consumo problemático de drogas definidas por tipo de droga y que pueden solaparse ⁽¹⁰⁷⁾.

Las estimaciones sobre la prevalencia nacional del consumo problemático de opiáceos durante el período 2002-2006 oscilan a grandes rasgos entre uno y seis casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años. Se calcula que la prevalencia CPD total se sitúa entre uno y diez casos por cada 1 000 habitantes. Las estimaciones bien documentadas con los resultados más bajos proceden de Chipre, Letonia, la República Checa y Finlandia (aunque tanto la República Checa como Finlandia tienen cifras elevadas de consumidores problemáticos de anfetaminas), mientras que las estimaciones más altas provienen de Malta, Austria e Italia (gráfico 7).

A partir de los relativamente limitados datos disponibles se puede estimar una prevalencia del consumo problemático de opiáceos de entre cuatro y cinco casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años. Suponiendo que esto refleja la Unión Europea en su conjunto, esta proporción se traduce en unos 1,5 millones (1,3 millones-1,7 millones) de consumidores problemáticos de opiáceos en la UE y Noruega en 2006.

Tendencias e incidencia del consumo problemático de opiáceos

Las tendencias temporales en la prevalencia del consumo problemático de opiáceos son difíciles de calcular debido al número limitado de estimaciones continuas y la incertidumbre que rodea a las estimaciones individuales. La información procedente de nueve países con estimaciones continuas durante el período 2001-2006 indica evoluciones distintas. La prevalencia parece relativamente estable en la República Checa, Alemania, Grecia, Italia, Malta, Eslovaquia y Finlandia, mientras que en Austria (datos más recientes de 2004) se observó un aumento y en Chipre hay indicios de un posible descenso ⁽¹⁰⁸⁾.

La incidencia del consumo problemático de opiáceos (número de nuevos casos que se dan en un año determinado) constituye un parámetro de medición más sensible para los cambios a lo largo del tiempo y puede

Los indicadores de opiáceos ya no siguen disminuyendo

A diferencia de las tendencias descritas en informes anuales anteriores, los datos recientes muestran un cierto aumento de las muertes inducidas por drogas, de las incautaciones de heroína y de las demandas de tratamiento de la adicción a la heroína en la Unión Europea.

En 2003 se detuvo la tendencia a la baja en el número de muertes inducidas por drogas registradas en Europa, la mayoría relacionadas con el consumo de opiáceos, y entre 2003 y 2005 la mayoría de los Estados miembros informaron sobre una tendencia al alza. Las cifras referentes a las incautaciones de heroína aumentaron en más de un 10% en 16 de los 24 países que facilitaron información entre 2003 y 2006. Tras haber sufrido un retroceso durante varios años, las nuevas solicitudes de tratamiento por consumo de heroína como droga principal han aumentado en aproximadamente la mitad de los países que facilitaron datos entre 2005 y 2006. Esto puede reflejar un cambio en la incidencia del consumo de heroína que comenzó unos años antes, debido al tiempo que transcurre naturalmente entre el inicio del consumo y el primer tratamiento.

Estas recientes tendencias se observan al tiempo que aumenta la producción de opio en Afganistán, con lo que crece la preocupación de que estos hechos pueden estar vinculados a una mayor disponibilidad de heroína en el mercado europeo. Se trata de un importante asunto para futuras investigaciones, dado que los datos disponibles no permiten hacerse una idea clara del panorama. Existen además importantes factores de confusión. Por ejemplo, se ha informado de que el consumo de opiáceos farmacéuticos para fines no médicos continúa a niveles altos o ha aumentado en varios países (República Checa, Estonia, Francia, Austria, Finlandia), y puede representar un importante factor a la hora de explicar las tendencias en las muertes inducidas por drogas.

proporcionar una primera idea sobre futuras evoluciones en materia de prevalencia y demanda de tratamiento. Los modelos de estimación utilizados, no obstante, se basan en varias suposiciones. Además, estos modelos pueden ofrecer solamente una estimación parcial de la incidencia, puesto que se basan solo en los casos en los que se produce un contacto con los servicios de tratamiento. Solo dos países han comunicado datos recientes al respecto, que muestran tendencias divergentes. En Italia se estima que la incidencia descendió de alrededor de 32 500 nuevos casos en 1990 a unos 22 000 nuevos casos en 1997, y posteriormente volvió a crecer hasta unos 30 000 nuevos casos en 2006. En España, por el contrario, se calcula que la incidencia del consumo de opiáceos ha ido descendiendo continuamente después de los niveles máximos alcanzados alrededor de 1980, aunque en años más recientes (2002-2004)

⁽¹⁰⁷⁾ Para un resumen de las estimaciones disponibles sobre los aspectos que conforman el consumo problemático de drogas, véase el boletín estadístico de 2008.

⁽¹⁰⁸⁾ Para información detallada con intervalos de confianza, véanse el cuadro PDU-6, parte (ii), del boletín estadístico de 2008, y el cuadro PDU-102.

parece haberse estabilizado en un nivel relativamente bajo (aproximadamente 3 000 nuevos casos al año). En colaboración con un grupo de expertos nacionales, el OEDT ha desarrollado recientemente nuevas directrices para la estimación de la incidencia con el objetivo de fomentar una mayor actividad en este campo (Scalia Tomba *et al.*, 2008).

Consumidores de opiáceos en tratamiento

En la mayoría de los países que aportan información, los opiáceos, sobre todo la heroína, siguen siendo la principal droga por la que se solicita tratamiento. De las 387 000 solicitudes de tratamiento notificadas en 2006 (datos disponibles de 24 países), se observó que la heroína era la droga principal en el 47 % de los casos para los que se conocía la droga principal. Según los informes, en la mayoría de países, entre el 50 % y el 80 % del total de solicitudes de tratamiento está relacionado con el consumo de opiáceos; en el resto de países, la proporción oscila entre el 15 % y el 40 % ⁽¹⁰⁹⁾. Los opiáceos son la droga principal más frecuentemente mencionada no solo entre los que inician un tratamiento, sino también entre los que ya están en tratamiento. Un proyecto reciente que contaba con la participación de nueve países y que se centraba en todos los pacientes en tratamiento llegó a la conclusión de que los consumidores de opiáceos como sustancia principal correspondían en términos generales al 59 % de los pacientes, pero solo al 40 % de los pacientes que se sometían a tratamiento por primera vez en la vida ⁽¹¹⁰⁾.

La mayoría de pacientes que inician un tratamiento en régimen ambulatorio por consumo de opiáceos como droga principal consume también otras drogas, incluyendo cocaína (25 %), otros opiáceos (23 %) y cannabis (18 %). Además, de entre todas las personas en tratamiento por consumo principal de otras drogas, el 13 % de los pacientes en régimen ambulatorio y el 11 % de los pacientes en régimen de ingreso afirman consumir opiáceos como droga secundaria ⁽¹¹¹⁾.

Algunos países informan sobre una proporción significativa de solicitudes de tratamiento relacionadas con opiáceos distintos a la heroína. Según los informes, el abuso de la buprenorfina es la principal razón para someterse a tratamiento en el caso del 40 % del total de pacientes en Finlandia y del 8 % de los pacientes en Francia. En Letonia y Suecia, entre el 5 % y el 8 % de los pacientes indica un consumo principal de opiáceos distintos a la heroína o la

metadona, sobre todo buprenorfina, analgésicos y otros opiáceos ⁽¹¹²⁾. Varios países notifican un incremento del policonsumo entre los pacientes consumidores de heroína y un aumento en el número de pacientes que consumen opiáceos distintos a la heroína.

La cifra absoluta de solicitudes de tratamiento por consumo de heroína notificada a través del Indicador de Demanda de Tratamiento (IDT) aumentó en más de 30 000 casos, pasando de 108 100 a 138 500 casos entre 2002 y 2006. También en los pacientes que se sometían a tratamiento por primera vez en la vida se registró un incremento en el número de consumidores principalmente de heroína, pasando de 33 000 en 2002 a más de 41 000 en 2006. Entre los factores que podrían explicar esta tendencia cabe mencionar un aumento de las cifras de consumidores problemáticos de heroína, una expansión de la oferta de tratamiento o una mejora en la cobertura de los informes.

Consumo de drogas por vía parenteral

Prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral

Los consumidores de drogas por vía parenteral se cuentan entre los colectivos con mayor riesgo de sufrir problemas de salud causados por el hábito, tales como infecciones transmitidas por vía sanguínea (por ejemplo VIH/sida, hepatitis) o muerte inducida por las drogas. Solo 11 países fueron capaces de proporcionar estimaciones recientes de los niveles de consumo de drogas por vía parenteral a pesar de la importancia que tiene este tema para la salud pública (gráfico 8). Por tanto, mejorar el nivel de información disponible sobre este colectivo especial constituye un importante reto de cara al desarrollo de sistemas de seguimiento sanitario en Europa.

Las estimaciones disponibles muestran amplias diferencias de un país a otro en términos de prevalencia de consumo de drogas por vía parenteral. Las estimaciones oscilan entre uno y cinco casos por cada 1 000 personas de 15 a 64 años para la mayoría de los países, aunque Estonia indica un nivel excepcionalmente elevado de 15 casos por cada 1 000 habitantes.

Debido a la falta de información resulta difícil extraer conclusiones sobre las tendencias temporales de la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral, aunque la información disponible sugiere un descenso en Noruega (2001-2005) y una situación estable en la República Checa, Grecia, Chipre y el Reino Unido ⁽¹¹³⁾.

⁽¹⁰⁹⁾ Véase el cuadro TDI-5 del boletín estadístico de 2007.

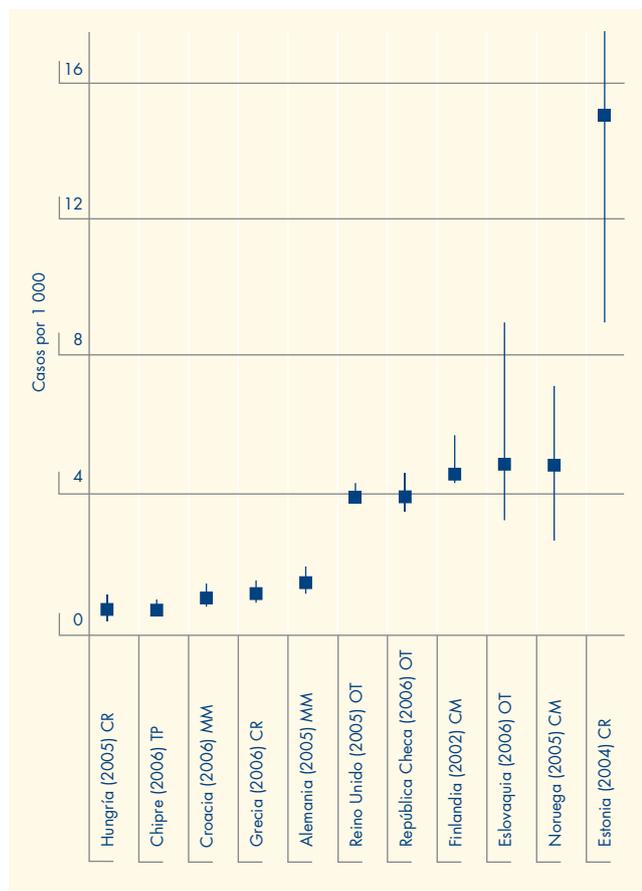
⁽¹¹⁰⁾ Véase el cuadro TDI-39 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹¹¹⁾ Véanse los cuadros TDI-22 y TDI-23 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹¹²⁾ Véase el cuadro TDI-113 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹¹³⁾ Véase el cuadro PDU-6, parte (iii), del boletín estadístico de 2008.

Gráfico 8: Estimaciones sobre la prevalencia del consumo de droga por vía parenteral (casos por 1 000 habitantes entre 15 y 64 años)



N.B.: El símbolo indica un cálculo puntual, y una barra indica un intervalo de duda que puede ser un intervalo de confianza del 95% o un intervalo basado en un análisis de sensibilidad. En el caso de Estonia, el límite superior del intervalo de duda está fuera de escala (37,9 por 1 000). Los grupos objetivo pueden variar ligeramente debido a la utilización de métodos de estimación y fuentes de datos diferentes, por lo que las comparaciones deben realizarse con cautela. Los métodos de estimación se muestran abreviados: CR = captura-recaptura de datos; TM = multiplicador de tratamiento; MI = indicador de variables múltiples; TP = regresión truncada de Poisson; MM = multiplicador de mortalidad; CM = métodos combinados; OT = otros métodos. Para más información, véase el gráfico PDU-2 del boletín estadístico de 2008.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

Consumo por vía parenteral en consumidores de opiáceos que inician tratamiento

En general, el 43% del total de consumidores de opiáceos que iniciaron un tratamiento en régimen ambulatorio en 2006 afirmó inyectarse la droga. Los cambios en la proporción de consumidores por vía parenteral dentro de

los consumidores de heroína que empiezan un tratamiento pueden indicar tendencias dentro del grupo más amplio de consumidores problemáticos de opiáceos. Entre 2002 y 2006 se han observado descensos en este porcentaje en nueve países (Dinamarca, Alemania, Irlanda, Grecia, Francia, Italia, Suecia, Reino Unido y Turquía), mientras que dos países informan sobre un aumento (Rumanía y Eslovaquia). Los países presentan variaciones considerables en cuanto a los niveles de consumo por vía parenteral entre los consumidores de heroína que se someten a tratamiento; los índices más bajos se señalan en España, Francia y los Países Bajos (por debajo del 25%) y los más elevados (más del 80%) en Bulgaria, la República Checa, Rumanía, Eslovaquia y Finlandia (¹¹⁴).

Entre los consumidores de opiáceos que iniciaron un tratamiento en régimen ambulatorio por primera vez en 2006, una proporción ligeramente inferior afirmaba consumir la droga por vía parenteral (alrededor del 40%). Si se observan las tendencias temporales, la proporción de consumidores por vía parenteral dentro de los nuevos pacientes por consumo de opiáceos descendió del 43% en 2003 al 35% en 2006 en los 13 países que contaban con suficientes datos (¹¹⁵).

Un análisis de los datos sobre solicitudes de tratamiento para nueve países que participaron en un estudio piloto reveló que alrededor del 63% del total de pacientes consumidores de opiáceos (los que ya estaban en tratamiento y los que empezaron tratamiento en el último año) había indicado un consumo parenteral de la droga al comienzo del tratamiento (¹¹⁶). Esto sugiere que, entre los pacientes que ya estaban en tratamiento, la proporción de consumidores por vía parenteral al comienzo del tratamiento era relativamente elevada.

Los estudios realizados con consumidores de drogas por vía parenteral pueden arrojar luz sobre las diferencias nacionales y los cambios a lo largo del tiempo en esa modalidad de consumo de drogas en Europa. Muchos países realizan estudios que se repiten regularmente con grupos de consumidores por vía parenteral —normalmente dentro del contexto de pruebas para detectar enfermedades infecciosas— que a menudo se reclutan en una gran variedad de entornos para maximizar las posibilidades de generalización. Las comparaciones entre países deberían realizarse con cautela debido a los potenciales sesgos derivados del reclutamiento selectivo para estos estudios (¹¹⁷).

⁽¹¹⁴⁾ Véanse los cuadros PDU-104, TDI-4, TDI-5 y TDI-17, parte (v), del boletín estadístico de 2008.

⁽¹¹⁵⁾ Véanse el gráfico TDI-7 y el cuadro TDI-17, parte (i), del boletín estadístico de 2008.

⁽¹¹⁶⁾ Véanse los cuadros TDI-17, parte (v), y TDI-40 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹¹⁷⁾ Podría esperarse que la proporción de jóvenes o nuevos consumidores de drogas por vía parenteral fuera más baja en las muestras reclutadas en entornos de tratamiento de la drogodependencia que en entornos más «abiertos», como por ejemplo los servicios de bajo umbral, puesto que, como media, los pacientes que se someten a tratamiento lo hacen solo después de haber consumido drogas durante algunos años. Sin embargo, el análisis estadístico de la asociación del entorno de reclutamiento y la proporción de jóvenes o nuevos consumidores de droga por vía parenteral no resulta estadísticamente significativo, lo cual sugiere que el entorno de reclutamiento (codificado como «solo tratamiento de la drogodependencia», «no tratamiento de la drogodependencia» y «entornos mixtos») puede no tener un gran efecto sobre estas proporciones.

Algunos países muestran en estos estudios elevadas proporciones (por encima del 20%) de nuevos consumidores de droga por vía parenteral (que lo son desde hace menos de dos años), mientras que en varios países ese porcentaje es inferior al 10% (gráfico 9). Los consumidores por vía parenteral jóvenes (de menos de 25 años) suponen más del 40% de los consumidores por vía parenteral muestreados en la República Checa, Estonia, Lituania, Austria y Rumanía, mientras que menos del 20% de los consumidores por vía parenteral incluidos en la muestra son menores de 25 años en otros nueve países.

En general, una elevada proporción de nuevos consumidores por vía parenteral tiene que ser motivo de alarma, especialmente si a la vez se registra un elevado porcentaje de jóvenes que utilizan esa modalidad de consumo. Si bien una proporción más elevada de nuevos consumidores de droga por vía parenteral puede indicar un resurgimiento de modalidad de consumo intravenosa, también hay otros factores que pueden estar relacionados (por ejemplo, trayectorias de consumo por vía parenteral más cortas, mejor disponibilidad de tratamiento, mayores tasas de mortalidad entre la población de mayor edad).

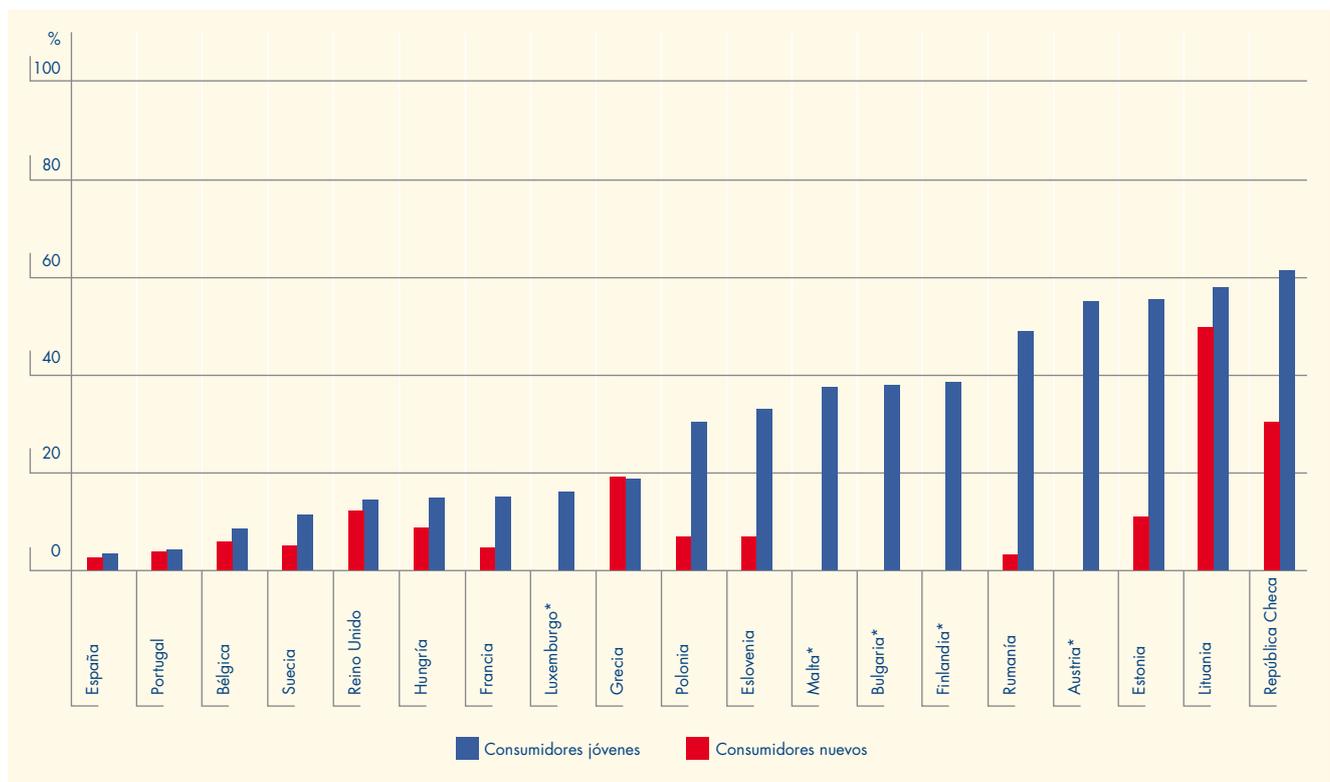
Los países que cuentan con poblaciones consumidoras problemáticas de opiáceos desde hace muchos años normalmente tienen índices bajos tanto de nuevos como de jóvenes consumidores por vía parenteral. En los demás Estados miembros, que a menudo se adhirieron a la Unión Europea más recientemente, los datos muestran niveles más elevados de jóvenes consumidores por vía parenteral. Los niveles variables de nuevos consumidores por esta vía en los países que han aportado suficiente información pueden reflejar diferencias en la media de edad de iniciación, así como una mayor incidencia de esta modalidad de consumo en las poblaciones más jóvenes o de más edad.

Tratamiento del consumo problemático de opiáceos

Perfil de los pacientes de opiáceos que se someten a tratamiento

Los pacientes que se someten a tratamiento por consumo principalmente de opiáceos tienden a ser más viejos (32 años de media) que los que empiezan tratamiento por cocaína, otros estimulantes y cannabis (medias de edad: 31, 27 y 24 años, respectivamente), y las mujeres

Gráfico 9: Proporción de consumidores jóvenes y nuevos en muestras de consumidores de droga por vía parenteral



N.B.: Las muestras pertenecen a consumidores por vía parenteral que se han sometido a un análisis para detectar enfermedades infecciosas (VIH y VHC). Se han utilizado las muestras disponibles más recientes de cada país durante el período de 2002 a 2006, siempre y cuando hubiera al menos 100 consumidores. El asterisco indica que no se dispone de datos sobre consumidores nuevos. Para más información, véase el gráfico PDU-3 del boletín estadístico de 2008.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

acostumbran a ser de uno a dos años más jóvenes que los hombres. Los pacientes de opiáceos normalmente son más jóvenes en los países que se adhieron a la Unión Europea a partir de 2004, como también en Irlanda, Grecia, Austria y Finlandia ⁽¹¹⁸⁾.

De media, entre los consumidores de opiáceos, la ratio entre hombres y mujeres es de 3:1, y se observan mayores proporciones de hombres particularmente en países del sur de Europa (Bulgaria, Grecia, España, Francia, Italia, Chipre, Malta y Portugal) ⁽¹¹⁹⁾.

Los consumidores de opiáceos indican mayores índices de desempleo y niveles educativos más bajos que otros pacientes (véase el capítulo 2) y en algunos países se registra una mayor frecuencia de los trastornos de comorbilidad psiquiátrica.

Alrededor de la mitad de los consumidores de opiáceos que buscan tratamiento indica haberse iniciado en el consumo antes de los 20 años y alrededor de un tercio afirma haberlo hecho entre los 20 y los 24 años; el primer consumo de opiáceos después de los 25 años es poco habitual ⁽¹²⁰⁾. Se indica un lapso de tiempo de siete a nueve años entre el primer consumo de opiáceos y el primer contacto con servicios de tratamiento de la drogodependencia; en este contexto, los hombres indican un mayor lapso de tiempo que las mujeres ⁽¹²¹⁾.

Oferta de tratamiento y cobertura

La mayoría de tratamientos para los consumidores de opiáceos se realiza en entornos ambulatorios que pueden incluir centros especializados, médicos de cabecera e instalaciones de bajo umbral. Los centros en régimen de ingreso también desempeñan un papel importante en algunos países, concretamente en Bulgaria, Grecia, Finlandia y Suecia ⁽¹²²⁾.

Se ofrecen tratamientos sin droga o los tratamientos de sustitución para el consumo de opiáceos en todos los Estados miembros de la UE, así como en Croacia y Noruega. En Turquía se está estudiando actualmente la futura utilización del tratamiento de sustitución. En la mayoría de países, el tratamiento de sustitución es la opción más generalizada, aunque, en 2005, Hungría, Polonia y Suecia indicaron el predominio de los tratamientos sin drogas.

El tratamiento de sustitución, generalmente combinado con atención psicosocial, se suministra normalmente en centros ambulatorios especializados y en programas

de atención compartida en consultorios de médicos de medicina general. Los datos disponibles sobre el número de pacientes en tratamiento de sustitución indican un aumento generalizado durante el último año, a excepción de Francia, los Países Bajos, Malta y Luxemburgo, donde la situación se mantuvo estable. El mayor incremento proporcional se notificó en la República Checa (42%), aunque también se indicaron aumentos superiores al 10% en Polonia (26%), Finlandia (25%), Estonia (20%), Suecia (19%), Noruega (15%), Hungría y Austria (11%).

Una simple comparación de las estimaciones del número de consumidores problemáticos de opiáceos y el número notificado de tratamientos suministrados sugiere que más de una persona de cada tres podría estar recibiendo tratamiento de sustitución. Sin embargo, debería tenerse en cuenta que ambas series de datos carecen de precisión y que, por tanto, hay que interpretar este cálculo con cautela. Además, los amplios intervalos de confianza en las estimaciones de consumo problemático de opiáceos significan que es difícil establecer comparaciones entre países. A pesar de ello, la información disponible indica que la proporción de consumidores problemáticos de opiáceos que reciben tratamiento de sustitución difiere considerablemente en función del país: se calculan índices de alrededor del 5% en Eslovaquia, entre el 20% y el 30% en Finlandia, Grecia y Noruega, entre el 35% y el 45% en la República Checa, Malta e Italia, y por encima del 50% en el Reino Unido (Inglaterra), Alemania y Croacia ⁽¹²³⁾.

Mientras que la metadona administrada por vía oral sigue siendo la principal droga utilizada para el tratamiento de sustitución en Europa, la utilización de la buprenorfina se está haciendo cada vez más habitual. Una razón para ello es que, posiblemente, las tasas de mortalidad en caso de abuso de esta sustancia son menores (Connock *et al.*, 2007). El Servicio Nacional de Salud danés, después de llevar a cabo una revisión de las directrices de sustitución, ha instado a los médicos de cabecera a prescribir buprenorfina en lugar de metadona.

Efectividad, calidad y estándares de tratamiento

Algunas revisiones de ensayos controlados aleatorios y estudios observacionales llegan a la conclusión de que tanto el tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) como el tratamiento de mantenimiento con buprenorfina (TMB) pueden ser efectivos de cara a la gestión de la dependencia a los opiáceos. Una reciente revisión de Cochrane Collaboration concluyó, no obstante, que la

⁽¹¹⁸⁾ Véanse los cuadros TDI-10, TDI-32 y TDI-103 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹¹⁹⁾ Véanse los cuadros TDI-5 y TDI-21 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹²⁰⁾ Véanse los cuadros TDI-11, TDI-107 y TDI-109 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹²¹⁾ Véase el cuadro TDI-33 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹²²⁾ Véase el cuadro TDI-24 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹²³⁾ Véase el gráfico HSR-1 del boletín estadístico de 2008.

buprenorfina es menos efectiva que la metadona cuando esta última se administra en las dosis adecuadas (Mattick *et al.*, 2008). Asimismo, una serie de estudios ha observado que el mantenimiento con diamorfina puede resultar efectivo para aquellas personas que no responden al TMM (Schulte *et al.*, en prensa). En general, el tratamiento de sustitución se ha vinculado a toda una serie de resultados positivos, incluyendo: retención en tratamiento, reducciones del consumo ilegal y por vía parenteral de opiáceos, reducciones de la mortalidad y los comportamientos delictivos y estabilización o mejora de las condiciones de salud y sociales de los consumidores crónicos de heroína.

Las intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas combinadas con farmacoterapia también han demostrado ser efectivas en estudios de resultados de tratamiento como por ejemplo NTORS en el Reino Unido (Gossop *et al.*, 2002) y DATOS en los Estados Unidos (Hubbard *et al.*, 2003). Estos enfoques, además de incrementar la motivación en relación con el tratamiento, prevenir recaídas y reducir los daños, pueden proporcionar asesoramiento y asistencia práctica a los pacientes que tienen que hacer frente a problemas relacionados con el alojamiento, el empleo y la familia paralelamente al tratamiento de su dependencia de los opiáceos. Los datos científicos disponibles, sin embargo, no recomiendan aplicar únicamente tratamientos psicosociales (Mayet *et al.*, 2004).

Varios países han señalado recientemente haber introducido mejoras en sus directrices de tratamiento. En Croacia, Dinamarca y Escocia, se han revisado los programas de sustitución y se han adaptado las directrices para mejorar la calidad de tratamiento y prevenir el desvío al mercado negro. Las directrices del Reino Unido sobre gestión clínica de la drogodependencia también se han actualizado, y el National Institute for Clinical Excellence ha emitido orientaciones específicas sobre la prescripción de metadona y buprenorfina, el tratamiento con naltrexona, la desintoxicación y el tratamiento psicosocial. Portugal también ha redactado nuevas orientaciones para garantizar un acceso oportuno al tratamiento.

Tratamiento en las prisiones

Existe un amplio reconocimiento por parte de los responsables de la formulación de políticas de la UE de la necesidad de armonizar las prácticas y la calidad de los servicios dentro y fuera de las instituciones penitenciarias. Sin embargo, un informe de la Comisión Europea (2007a) destacaba la falta de disponibilidad de servicios para consumidores de drogas en las prisiones y llamaba la atención sobre la importancia de intervenir en este tipo de centros. Algunos ejemplos de las limitaciones en la oferta de servicios para la drogodependencia en prisión son: falta de

Aumento de las opciones farmacéuticas

En Europa se han desarrollado y se brindan nuevas opciones farmacéuticas para el tratamiento de la adicción a los opiáceos. El objetivo de estas nuevas opciones de prescripción incluye la mejora de la efectividad del tratamiento, respondiendo a las necesidades de diferentes grupos de consumidores de opiáceos y reduciendo las posibilidades de abuso de las drogas de sustitución.

En 2006 se lanzó al mercado de la Unión Europea una combinación de buprenorfina/naloxona como alternativa a la buprenorfina sola, con el objetivo de reducir su potencial y su atractivo para el consumo por vía parenteral. Una serie de Estados miembros están evaluando actualmente el valor de esta sustancia como una opción de tratamiento para la adicción a los opiáceos (¹).

La prescripción de heroína médica (diamorfina) como opción de tratamiento para consumidores crónicos de opiáceos que presentan resistencia al tratamiento está disponible de forma limitada en los Países Bajos (815 pacientes en 2006), el Reino Unido (400 pacientes) y Alemania, donde los participantes en el estudio sobre heroína continúan recibiendo diamorfina de conformidad con un permiso excepcional. Además, en el Reino Unido se está realizando actualmente un estudio aleatorio de opiáceos inyectables (RIOTT) que evaluará la efectividad de la diamorfina inyectable, la metadona inyectable y la metadona administrada por vía oral. En febrero de 2008 se tomó además la decisión de crear un programa de prescripción de diamorfina en Dinamarca.

(¹) La información técnica de la sustancia está disponible en el sitio web de la EMEA: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>

capacidad y conocimientos especializados (Letonia, Polonia y Malta), asistencia fragmentada (Letonia), carencia de intervenciones para grupos específicos, como por ejemplo reclusos consumidores jóvenes (Austria) y ausencia de una estrategia de prevención basada en la salud pública (Grecia).

Un elemento más positivo es que los programas penitenciarios contra la drogodependencia han proliferado y muchos países informan sobre nuevas iniciativas. Por ejemplo, en Portugal se ha establecido el marco jurídico para un programa de intercambio de jeringuillas en las prisiones. En Lituania se aprobó un decreto que obliga a las prisiones a proporcionar asesoramiento previo a la puesta en libertad. En Dinamarca, desde enero de 2007, todos los reclusos con penas de más de tres meses pueden beneficiarse de una «garantía de tratamiento». En la República Checa se ha ampliado el tratamiento de sustitución a 10 prisiones. Por último, en Irlanda se están evaluando actualmente los servicios de tratamiento en las instituciones penitenciarias con el objetivo de equipararlos a los ofrecidos fuera de este entorno.

A pesar de que los niveles de prevalencia de consumo de drogas son generalmente más elevados, el nivel de suministro de tratamiento de la drogodependencia en las prisiones sigue siendo bajo en comparación con la oferta fuera de las instituciones penitenciarias. En muchos países, la desintoxicación constituye la opción preferida y a menudo la única opción disponible. El tratamiento de sustitución se ofrece en teoría en la mayoría de países, pero los datos indican que son pocos los consumidores de droga que lo reciben en la práctica. Constituyen excepciones a esta regla España, donde el 14% del total de reclusos convictos (19 600) recibió tratamiento de sustitución en 2006, y el Reino Unido (Inglaterra y Gales), donde se espera que el número de personas que reciben metadona pase de 6 000 a 12 000 a raíz de la introducción de las nuevas orientaciones en abril de 2007.

Recientemente se han publicado (Kastelic *et al.*, 2008) orientaciones prácticas para los tratamientos de sustitución en instituciones penitenciarias que cuentan con el respaldo

de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), y algunos proyectos de investigación han indicado que las terapias de sustitución con opiáceos en las prisiones tienen efectos positivos sobre los comportamientos de riesgo y los índices de mortalidad (Dolan *et al.*, 2003). En el marco de una reciente revisión de estudios sobre programas de sustitución en instituciones penitenciarias se llegó a la conclusión de que los efectos positivos dependían de la administración de dosis suficientes y de que el tratamiento se prolongara durante todo el período de encarcelamiento (Stallwitz y Stöver, 2007). Además, una cuidadosa planificación de la puesta en libertad y el enlace con programas de atención fuera de las instituciones penitenciarias constituyen otros elementos clave de los servicios dentro de esta área necesarios para garantizar que la mejora de las condiciones de salud conseguida durante el período pasado en prisión no se pierda posteriormente ⁽¹²⁴⁾.

⁽¹²⁴⁾ Véase «Elevado riesgo de muerte inducida por drogas al finalizar las penas de prisión o el tratamiento», p. 100.



Capítulo 7

Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas

Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

Las enfermedades infecciosas como el VIH y las hepatitis B y C se encuentran entre las consecuencias más graves para la salud derivadas del consumo de droga. Incluso en los países donde la prevalencia del VIH en consumidores de droga por vía parenteral es baja, otras enfermedades infecciosas como las hepatitis A, B y C, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, tétanos, botulismo y el virus linfotrópico humano de células T pueden afectar de manera desproporcionada a los consumidores de droga. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) lleva a cabo un seguimiento sistemático del VIH y de las hepatitis B y C entre los consumidores de droga por vía parenteral (prevalencia de anticuerpos u otros marcadores específicos en el caso de la hepatitis B). Los datos deben interpretarse con cautela debido a las limitaciones metodológicas de los diferentes sistemas de datos ⁽¹²⁵⁾.

VIH y sida

A finales de 2006, la incidencia de infecciones de VIH diagnosticadas entre los consumidores de droga por vía parenteral fue baja en la mayoría de los países de la Unión Europea (UE), y la situación general de la UE se muestra relativamente positiva en un contexto global. Esto, al menos en parte, puede ser consecuencia de la mayor oferta de medidas de prevención, tratamiento y reducción de daños, incluyendo tratamientos de sustitución y programas de intercambio de agujas y jeringuillas. También pueden haber desempeñado un papel importante otros factores, como el descenso del consumo de drogas por vía parenteral del que informan algunos países. Sin embargo, en algunas partes de Europa, los datos indican que la transmisión del VIH vinculada al consumo de droga por vía parenteral continuó a niveles relativamente elevados durante 2006, lo cual subraya la necesidad de garantizar la cobertura y la efectividad de las iniciativas locales de prevención.

Tendencias en la infección de VIH

Los datos sobre nuevos casos diagnosticados vinculados con el consumo de droga por vía parenteral en 2006 sugieren que las tasas de infección aún siguen descendiendo en toda la Unión Europea tras el nivel máximo alcanzado en 2001-2002, que fue debido a una serie de brotes en Estonia, Letonia y Lituania ⁽¹²⁶⁾. En 2006, la tasa general de nuevos diagnósticos de infecciones entre consumidores por vía parenteral en los 25 Estados miembros de la UE que han facilitado datos nacionales fue de 5,0 casos por millón de habitantes, frente a 5,6 en 2005 ⁽¹²⁷⁾. De los tres países que han notificado las tasas más elevadas de nuevos diagnósticos de infecciones (Estonia, Letonia y Portugal), Portugal siguió marcando una tendencia a la baja en 2005/2006, mientras que en Estonia y Letonia las tendencias se estabilizaron en 142,0 y 47,1 nuevos casos diagnosticados por millón de habitantes, respectivamente. Entre 2001 y 2006 no se observaron fuertes incrementos del índice de población infectada por el VIH en ningún país. En los países donde se observó un ligero incremento (por ejemplo, Bulgaria e Irlanda), este ha sido inferior a un caso adicional anual por millón de habitantes.

Las cifras absolutas revelan cuáles son los países que contribuyen en mayor medida al total general de la UE. En 2006, las cifras más elevadas de nuevos diagnósticos de infecciones entre consumidores por vía parenteral fueron notificadas por los países con las mayores tasas de infección (Portugal, 703 diagnósticos nuevos; Estonia, 191; Letonia, 108) ⁽¹²⁸⁾ y con mayor número de habitantes (Reino Unido, 187; Alemania, 168; Francia, 167; Polonia, 112) (gráfico 10). Frente al trasfondo general de tendencia a la baja, el mayor aumento de las cifras absolutas desde 2001 se ha registrado en el Reino Unido, con unos 13 casos adicionales anuales, y en Alemania, con unos 10 casos adicionales, aunque estos no están distribuidos de forma uniforme a lo largo de los años. En Bulgaria, la tasa de aumento moderada ha sufrido recientemente una aceleración, con 0, 2, 0, 7, 13 y 34

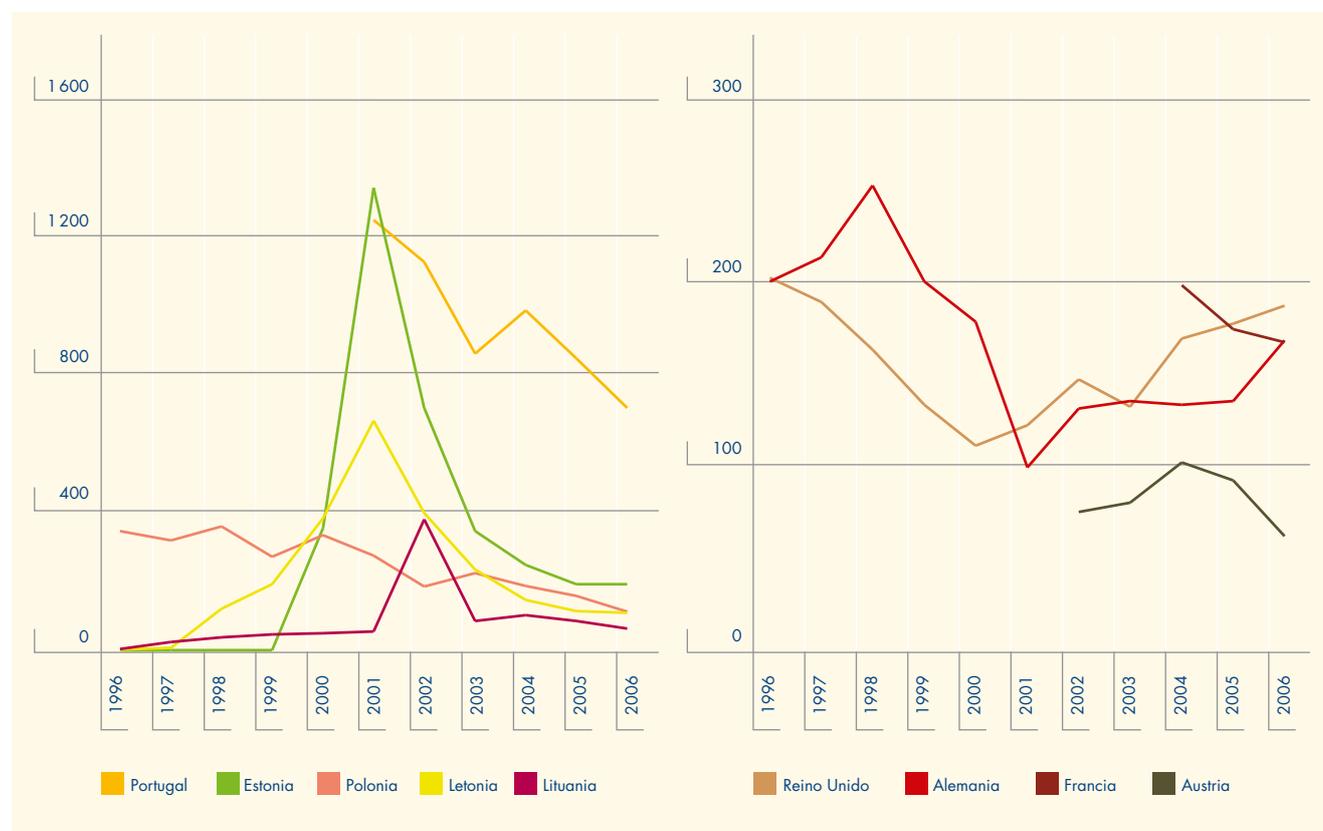
⁽¹²⁵⁾ Para más información sobre métodos y definiciones, véase el boletín estadístico de 2008.

⁽¹²⁶⁾ Véase el cuadro INF-104 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹²⁷⁾ Los datos nacionales de España e Italia no están disponibles. Si se tuvieran en cuenta estos dos países, la tasa sería de 5,9 casos por millón de habitantes, frente a 6,4 en 2005.

⁽¹²⁸⁾ En Portugal, el Centro Europeo de Control Epidemiológico del Sida (EuroHIV) notificó 703 casos en 2006, frente a los 432 que notificó el Centro de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles de Portugal (CVEDT); esta diferencia se debe a la clasificación en función del año del informe (EuroHIV) o del año del diagnóstico (CVEDT).

Gráfico 10: Cifra absoluta de nuevos diagnósticos de infecciones por VIH entre consumidores de droga por vía parenteral durante el año del informe: países con niveles máximos superiores a 300 (izquierda) y entre 100 y 300 (derecha)



N.B.: No se dispone de datos nacionales de España ni de Italia; se muestran los datos disponibles por regiones. En ambos países, las cifras parciales sumaban un total de más de 100 nuevos casos en 2005 y evidenciaban una tendencia a la baja. Para más información, véase el cuadro INF-104 del boletín estadístico de 2008.

Fuente: EuroHIV.

nuevos casos anuales entre 2001 y 2006, lo que sugiere la posibilidad de que se haya producido un brote.

Los datos de tendencia obtenidos mediante el seguimiento de la prevalencia del VIH en muestras de consumidores por vía parenteral suponen una importante aportación a los datos obtenidos mediante la notificación de casos de VIH, ya que también brindan información sobre infecciones no diagnosticadas. Durante el período 2002-2006, 25 países aportaron datos de prevalencia⁽¹²⁹⁾. Durante este período, la prevalencia del VIH no sufrió modificaciones en 15 países. En cinco países (Bulgaria, Alemania, España, Italia y Letonia) la prevalencia mostró descensos significativos estadísticamente, todos basados en muestras nacionales. Sin embargo, dos de ellos informaron sobre incrementos regionales: en Bulgaria, en la ciudad de Sofía; y en Italia, en ocho de 21 regiones y en una ciudad. Finalmente, en cinco países, o no se ha suministrado información sobre las tendencias nacionales o dichas tendencias parecen estables, aunque incluso con niveles de prevalencia generalmente reducidos existía al menos una muestra subnacional que indicaba una

tendencia al alza (Bélgica, República Checa, Lituania, Reino Unido y, posiblemente, Eslovenia).

La comparación de las tendencias de nuevos diagnósticos de infecciones vinculados al consumo de droga por vía parenteral con las tendencias de la prevalencia del VIH entre consumidores por vía parenteral sugiere que la incidencia de las infecciones de VIH en relación con el consumo por vía parenteral está disminuyendo en la mayoría de los países a escala nacional. La interpretación resulta más difícil cuando estas fuentes de datos se contradicen parcialmente, como es el caso, por ejemplo, en Bulgaria, Alemania y el Reino Unido, aunque en estos países tanto la incidencia de nuevos diagnósticos como su tasa de aumento son bajas (con excepción de Bulgaria en 2004-2006).

La elevada tasa anual de nuevos diagnósticos de VIH relacionados con el consumo de droga por vía parenteral en Estonia, Letonia y Portugal sugiere que en estos países los niveles de transmisión siguen siendo elevados. En el caso de Estonia, este hecho viene respaldado por los

⁽¹²⁹⁾ Véase el cuadro INF-108 del boletín estadístico de 2008.

«Zonas activas» del VIH/sida

Los datos más recientes indican que la incidencia de infecciones del VIH entre consumidores de droga por vía parenteral es generalmente baja en la Unión Europea. Sin embargo, se requiere vigilancia, ya que algunos Estados miembros continúan registrando elevadas tasas de nuevas infecciones del VIH vinculadas al consumo de droga por vía parenteral, y la situación es incluso más preocupante en algunos países vecinos.

Tras una reciente epidemia de VIH en Estonia y Letonia, las tasas de nuevos diagnósticos de infecciones en consumidores por vía parenteral descendieron a partir del año 2001, pero ahora se han estabilizado en niveles aún elevados (142,0 y 47,1 nuevos casos por millón de habitantes, respectivamente, en 2006), lo que sugiere que las tasas de transmisión siguen siendo altas. Portugal sigue ostentando el mayor número de nuevos diagnósticos de infecciones de la Unión Europea (véase la p. 88) y, aunque la tendencia es a la baja, la tasa anual de nuevos casos registrados es aún alta, con 66,5 nuevos casos por millón de habitantes en 2006.

En los países vecinos al este de la Unión Europea, la situación es especialmente preocupante. En los dos países más grandes, Rusia y Ucrania, el número de nuevos casos diagnosticados es elevado y sigue en aumento. En 2006, los nuevos diagnósticos de infecciones relacionados con el consumo de droga por vía parenteral se estimaron en más de 11 000 en Rusia y 7 000 en Ucrania (78,6 y 152,9 nuevos casos por millón, respectivamente).

Las elevadas tasas de transmisión entre consumidores por vía parenteral indican la necesidad de revisar la disponibilidad, el nivel y el alcance de la oferta existente de servicios, incluyendo las medidas específicas destinadas a reducir la propagación de enfermedades infecciosas, como el intercambio de agujas o los tratamientos de sustitución. Además, se requieren estudios específicos entre consumidores por vía parenteral para investigar por qué algunas poblaciones parecen ser especialmente vulnerables, y los factores que favorecen los comportamientos de riesgo e inhiben los mecanismos de autoprotección. Asimismo, estos estudios deberían contribuir a identificar métodos efectivos para prevenir nuevos brotes.

datos de prevalencia de 2005, que indican que alrededor de una tercera parte de los nuevos consumidores por vía parenteral (que se inyectan droga desde hace menos de dos años) eran seropositivos. Los informes de altos niveles de prevalencia (más del 5%) entre consumidores jóvenes (muestras de 50 o más consumidores por vía parenteral menores de 25 años) en varios países ofrecen información adicional sobre la transmisión actual del VIH: España (datos nacionales, 2005), Portugal (datos nacionales, 2006), Estonia (dos regiones, 2005), Letonia (datos

nacionales y de dos ciudades, 2002/2003), Lituania (una ciudad, 2006) y Polonia (una ciudad, 2005) ⁽¹³⁰⁾.

Incidencia del sida y acceso a la terapia HAART

La información sobre la incidencia del sida tiene relevancia a la hora de mostrar la aparición de enfermedades sintomáticas, aunque no resulta un buen indicador de la transmisión del VIH. Los datos sobre la incidencia del sida también pueden aportar información sobre la cobertura y la efectividad de la terapia antirretroviral altamente activa (HAART). Las elevadas tasas de incidencia del sida en algunos países europeos podrían ser un indicio de que muchos consumidores por vía parenteral infectados con el VIH no acceden a la terapia HAART en una fase suficientemente temprana de su infección para obtener el máximo beneficio del tratamiento.

Portugal sigue siendo el país con la mayor incidencia del sida vinculada al consumo de droga por vía parenteral, con aproximadamente 22,4 nuevos casos por millón de habitantes en 2006, aunque actualmente la tendencia es claramente a la baja, frente a los 29,9 casos por millón registrados en 2005. También se han registrado niveles relativamente elevados de incidencia de sida en Estonia, España y Letonia, con 17,1, 15,1 y 13,5 nuevos casos por millón, respectivamente. Entre estos tres países se aprecia una tendencia a la baja en España y Letonia, pero no en Estonia, donde los datos más recientes reflejan un aumento de 11,9 nuevos casos por millón de habitantes en 2005 a 17,1 por millón en 2006. También se ha registrado un aumento en Lituania, de 2,0 nuevos casos por millón de habitantes en 2005 a 5,0 casos en 2006 ⁽¹³¹⁾.

Hepatitis B y C

Mientras que solo en algunos Estados miembros de la UE se registran altos niveles de prevalencia de infección del VIH, la hepatitis vírica, y particularmente la infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC), presenta una prevalencia mucho mayor en consumidores por vía parenteral en toda Europa. Los niveles de anticuerpos de VHC en las muestras nacionales de consumidores por vía parenteral en 2005-2006 varían desde alrededor de un 15% hasta un 90%, aunque la mayoría de los países informan generalmente sobre niveles superiores al 40%. Solo unos pocos países (Bulgaria, República Checa y Finlandia) informan sobre una prevalencia inferior al 25% en muestras nacionales de consumidores por vía

⁽¹³⁰⁾ Véanse los cuadros INF-109 e INF-110 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹³¹⁾ Véase el gráfico INF-1 del boletín estadístico de 2008.

Acceso a las pruebas y al tratamiento del VIH

Entre las personas infectadas con el VIH en Europa, es probable que una de cada tres no sepa que está infectada (ECDC, 2007), y los informes de algunos Estados miembros de la Unión Europea sugieren que los niveles de conocimiento pueden ser incluso menores entre los consumidores de droga por vía parenteral infectados.

Como consecuencia, muchos de los que se infectan con el virus no tendrán la oportunidad de recibir tratamiento y atención de manera precoz. Esto puede contribuir también a la propagación del VIH, ya que, sin saberlo, pueden estar exponiendo a terceros al riesgo de infección. Además, la calidad de los datos recopilados por los sistemas de seguimiento del VIH es reducida.

Datos preliminares sugieren que el acceso a la terapia antirretroviral y a la asistencia por parte de los consumidores de droga por vía parenteral es desproporcionadamente bajo (Donoghoe *et al.*, 2007). Para que una terapia antirretroviral sea efectiva deben tenerse en cuenta la situación específica y las necesidades de los consumidores por vía parenteral. Cabe citar, entre otros, problemas de salud y sociales (por ejemplo, personas sin techo y sin seguridad social), pero también el estigma y la discriminación en los centros de atención sanitaria y los repetidos arrestos y encarcelamientos.

A fin de mejorar el acceso a las pruebas y al tratamiento del VIH, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) ha desarrollado unas directrices específicas para ofrecer cada año revisiones médicas voluntarias a los consumidores de droga por vía parenteral, incluyendo la realización de las pruebas del VIH y de la hepatitis vírica (!).

(!) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

parenteral; sin embargo, las tasas de infección a este nivel siguen constituyendo un importante problema para la salud pública (¹³²).

Los niveles de prevalencia del VHC pueden variar considerablemente dentro de un mismo país, lo que refleja tanto las diferencias regionales como las características de la población de muestra. Por ejemplo, en el Reino Unido, según estudios locales los niveles se sitúan entre un 29% y un 59%, mientras que, en Italia, diferentes estimaciones regionales varían entre un 40% y un 96%. Aunque las estimaciones obtenidas mediante muestras no aleatorias deben interpretarse siempre con cautela, es probable que las variaciones en los niveles de prevalencia detectados tengan consecuencias importantes para la orientación selectiva y el suministro de programas de prevención y tratamiento. Además, comprender los factores

responsables de las diferentes tasas de infección puede ser importante de cara a diseñar mejores estrategias de intervención.

Los estudios realizados entre consumidores por vía parenteral jóvenes (menores de 25 años) y nuevos (que se inyectan droga desde hace menos de dos años) sugieren que el margen de tiempo para prevenir la infección de VHC es relativamente corto, ya que muchos contraen el virus en una fase muy temprana de su adicción. Estudios recientes (2005-2006) revelan generalmente niveles de prevalencia de entre un 20% y un 50%, aunque con una considerable variación entre muestras.

La prevalencia de los anticuerpos del virus de la hepatitis B (VHB) varía incluso en mayor medida que la de los anticuerpos VHC, posiblemente debido en parte a las diferencias en los niveles de vacunación, aunque también pueden desempeñar un importante papel otros factores. La serie de datos más completa disponible es la relativa al anticuerpo contra el antígeno core de la hepatitis B (anti-HBc), que indica que ha habido infección. En 2005-2006, seis de los once países que aportaron datos sobre consumidores por vía parenteral registraron unos niveles de prevalencia del anti-HBc superiores al 40% (¹³³).

Las tendencias temporales en relación con los casos notificados de hepatitis B y C muestran panorámicas distintas. La proporción de consumidores de droga por vía parenteral entre todos los casos notificados de hepatitis B puede haber descendido ligeramente en algunos países, reflejando posiblemente el creciente impacto de los programas de vacunación destinados a dichos consumidores. En el caso de la hepatitis C, la proporción de consumidores por vía parenteral entre los casos notificados ha disminuido en cinco países, pero ha aumentado en otros cinco (República Checa, Luxemburgo, Malta, Suecia, Reino Unido) (¹³⁴). Tanto en el caso de la hepatitis B como de la hepatitis C, la proporción de consumidores por vía parenteral entre los casos notificados seguía presentando diferencias notables entre países en 2006, lo que sugiere diferencias geográficas en la epidemiología de estas infecciones, aunque no puede descartarse un sesgo a causa de diferencias en los ensayos y en las prácticas de elaboración de informes.

Prevención de enfermedades infecciosas

Los Estados miembros de la UE combinan algunas de las siguientes medidas para reducir la propagación y las consecuencias de enfermedades infecciosas

(¹³²) Véanse los cuadros INF-111 a INF-113 del boletín estadístico de 2008.

(¹³³) Véase el cuadro INF-115 del boletín estadístico de 2008.

(¹³⁴) Véanse los cuadros INF-105 e INF-106 del boletín estadístico de 2008.

Vacunación contra la hepatitis B entre consumidores de droga

En Europa se sigue transmitiendo el virus de la hepatitis B (VHB) entre consumidores de droga por vía parenteral, entre los que las tasas de infección activa del VHB (prevalencia de HBsAg) siguen siendo elevadas en la mayoría de los países, si se comparan con las de la población general (1). La vacunación se considera la medida más efectiva para prevenir la infección del virus de la hepatitis B (VHB) y sus consecuencias. De conformidad con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1991, la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea (UE), aunque no todos, han adoptado la vacunación universal contra este virus. Las políticas de vacunación de niños, sin embargo, afectarán principalmente a las futuras generaciones de consumidores de droga. Con el fin de reducir la propagación más pronto, más de la mitad de los Estados miembros de la UE han adoptado programas de vacunación destinados específicamente a los consumidores de droga por vía parenteral o a los reclusos. Sin embargo, la cobertura de estos programas varía en los distintos países, y una tercera parte de los Estados miembros de la UE aún no dispone de programas de vacunación específicos para consumidores de droga.

Los programas de vacunación destinados a consumidores de droga se enfrentan a menudo al problema del bajo cumplimiento de la terapia, lo que hace que los ciclos de vacunación no se completen. Dada la disponibilidad de una vacuna segura y efectiva, las estrategias para alcanzar mayores niveles de inmunidad entre las personas en riesgo podrían incluir un método flexible, centrándose en consumidores de droga en una fase temprana de su adicción y extendiéndose a aquellas comunidades con una mayor prevalencia de consumo de drogas. La oferta reiterada de la vacuna y dosis adicionales para aquellos con una respuesta inmunológica mermada también podrían ayudar a alcanzar mayores resultados de inmunidad. Esto puede requerir que los Estados miembros de la UE revisen, y posiblemente ajusten, sus políticas, con el fin de reducir la aparición de la infección crónica del VHB y sus consecuencias.

(1) Véanse los cuadros INF-106 y INF-114 del boletín estadístico de 2008.

entre consumidores de droga: tratamiento de la drogodependencia, incluyendo el tratamiento de sustitución (véase el capítulo 6); información y asesoramiento sobre salud; distribución de materiales de inyección esterilizados; y educación sobre sexo seguro y consumo seguro. La disponibilidad y cobertura de estas medidas varía significativamente entre los diferentes países.

Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas y los tratamientos de sustitución a base de opiáceos están disponibles en todos los Estados miembros de la UE, en Croacia y en Noruega, aunque con diferencias considerables tanto en los centros de suministro como en

la población a la que se destinan. La oferta de tratamientos de sustitución y de servicios de reducción de daños ha aumentado considerablemente en Europa a lo largo de los últimos diez años. En algunos países, sin embargo, estas intervenciones siguen siendo limitadas y, en general, la oferta no es suficiente para cubrir las necesidades en estas áreas.

Un reciente estudio de cohorte realizado en Amsterdam subrayaba los beneficios de la disponibilidad combinada del tratamiento de mantenimiento con metadona y del intercambio de agujas, ya que la utilización de ambos servicios, en comparación con la utilización de solo uno de ellos, se asoció a una menor incidencia de infecciones de VHC y VIH entre los consumidores de droga por vía parenteral (Van den Berg *et al.*, 2007).

Resulta difícil evaluar la cobertura de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, y solo algunos países ofrecen cifras relevantes. Por ejemplo, la República Checa informa sobre una red de 90 centros de bajo umbral que atiende anualmente a unos 25 000 consumidores de droga, el 70% de los cuales son consumidores por vía parenteral, y suministra de media 210 jeringuillas por consumidor.

Algunos países han registrado un incremento del número de jeringuillas distribuidas a través de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas: en Estonia, el número estimado de jeringuillas distribuidas por consumidor se ha doblado entre 2005 y 2006, alcanzando las 112. En el mismo período, en Hungría aumentó el número de jeringuillas distribuidas en un 56%, y el de los consumidores que se benefician de estos programas, en un 84%. Finlandia, por su parte, continúa informando sobre un incremento del número de consumidores de droga atendidos y de las jeringuillas distribuidas en centros de orientación sobre salud. Sin embargo, no todos los países han informado de un incremento: en Malta y Eslovaquia la cifra de jeringuillas distribuidas se mantuvo estable en el año 2006. Polonia comunicó un descenso del número de centros operativos y una reducción del 15% en el número de jeringuillas intercambiadas. Rumanía notificó un descenso del 70% en el número de jeringuillas intercambiadas en Bucarest, alegando como principal causa problemas financieros.

En una serie de países, la estabilización o el descenso del intercambio de jeringuillas puede reflejar cambios en las pautas generales del consumo de droga por vía parenteral y en la oferta de tratamientos: en Luxemburgo el número de jeringuillas distribuidas por centros de bajo umbral, tras un incremento durante varios años, se estabilizó en 2005 y disminuyó en 2006. Asimismo, se han comunicado recientemente descensos del suministro

de jeringuillas en Portugal y Bélgica (la Comunidad Flamenca), y a nivel local, en Alemania y los Países Bajos.

El intercambio de agujas y los servicios de bajo umbral también constituyen una oportunidad de contacto con los programas de asistencia para aquellas personas con difícil acceso a los servicios genéricos. Esto incluye atención sanitaria primaria y medidas para promover la salud sexual, como la distribución de preservativos y lubricantes y la oferta de educación sobre sexo seguro. La oferta de servicios de prevención de enfermedades infecciosas a través de equipos de proximidad y de centros de bajo umbral también está ya extendida en la mayoría de los países, si bien es cierto que este tipo de servicios aún está en desarrollo. Por ejemplo, actualmente se está creando en Estonia, Letonia y Lituania una red de prevención transnacional de bajo umbral, que utilizará modelos de servicios y protocolos de supervisión epidemiológica comunes.

Los servicios médicos se ofrecen en clínicas de bajo umbral y a través de unidades móviles, o bien mediante programas de derivación a tratamiento. Por ejemplo, la red de bajo umbral de la República Checa trabaja en estrecha colaboración con los servicios sanitarios públicos regionales, con el fin de facilitar el acceso al asesoramiento, al análisis y al tratamiento de la comorbilidad somática, en especial de la hepatitis vírica. En Bulgaria, una consulta móvil en Bourgas, en el Mar Negro, atendió a 750 pacientes en 2006. Algunos municipios daneses recibieron fondos estatales para programas de atención sanitaria destinados a los consumidores de droga más vulnerables. Además, en Copenhague se inició en 2008 con el proyecto «health room» un programa piloto de tres años, que combina medidas de atención sanitaria y asesoramiento social con un enfoque de bajo umbral.

Prevención de la hepatitis vírica

Varios países informaron en 2006 de iniciativas destinadas a prevenir la propagación de la hepatitis vírica. En Luxemburgo, por ejemplo, tras los resultados obtenidos en un proyecto de acción-investigación, se reforzó la oferta de orientación sobre uso seguro para consumidores jóvenes y nuevos y se mejoró el libre acceso a materiales de inyección para consumidores de droga por vía parenteral. En Dinamarca, los consumidores de droga y sus parejas pueden vacunarse gratuitamente contra las hepatitis A y B desde el año 2006, y en la actualidad los municipios tienen el deber de proporcionar una amplia gama de servicios relacionados con las enfermedades

infecciosas a los consumidores por vía parenteral. Por último, en Irlanda, un grupo de trabajo sobre VHC recibió en 2007 el encargo de desarrollar una estrategia nacional de seguimiento, educación y tratamiento.

Es importante llevar a cabo en las prisiones intervenciones para combatir las enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de droga y para ofrecer servicios sanitarios a un sector de la población al que de otro modo es difícil acceder (véase el capítulo 2). Recientes investigaciones subrayan la importancia de realizar pruebas virales a todas aquellas personas que alguna vez han consumido drogas ilegales; asimismo mostraron que la detección de la infección de la hepatitis C crónica al ingreso en prisión era una medida rentable (Sutton *et al.*, 2006). Además de las personas infectadas que reciben el tratamiento y cuidados necesarios, los consumidores de droga en centros penitenciarios podrían beneficiarse de una serie de intervenciones, tales como la educación sanitaria y la vacunación contra la hepatitis B ⁽¹³⁵⁾.

Muertes relacionadas con las drogas y mortalidad

El consumo de drogas es una de las principales causas de problemas de salud y de muerte entre los jóvenes en Europa. La considerable mortalidad asociada al consumo de opiáceos, en particular, queda reflejada en un estudio internacional subvencionado por el OEDT, que detectó que, en siete áreas urbanas europeas, de un 10% a un 23% de la mortalidad entre personas de entre 15 y 49 años podía atribuirse al consumo de opiáceos (Bargagli *et al.*, 2005).

El indicador clave del OEDT «Muertes relacionadas con la droga y mortalidad entre los consumidores de drogas» supervisa principalmente las muertes directamente causadas por el consumo de drogas (muertes inducidas por drogas) y, de un modo más limitado, la mortalidad general entre consumidores de drogas, que incluye también las muertes asociadas a otros muchos problemas sociales y de salud.

Muertes inducidas por drogas

La definición de muertes inducidas por drogas ⁽¹³⁶⁾ del OEDT hace referencia a las muertes causadas directamente (envenenamientos o sobredosis) por el consumo de una o más drogas, donde al menos una de las sustancias identificadas es una droga ilegal. El número de consumidores de droga, sus pautas de consumo (consumo por vía parenteral, policonsumo) y la disponibilidad de tratamientos y servicios de emergencia son factores que

⁽¹³⁵⁾ Véanse los cuadros DUP del boletín estadístico de 2008.

⁽¹³⁶⁾ El término «muertes inducidas por drogas» ha sido adoptado porque refleja con mayor precisión la definición de caso usada.

Mortalidad relacionada con las drogas: un concepto complejo

Tanto los debates científicos como los políticos sobre la mortalidad relacionada con las drogas se ven obstaculizados por la cantidad de conceptos y definiciones que se han utilizado en este ámbito. Si se utilizan conceptos muy amplios e inclusivos, los datos podrían tener poco valor para entender los factores subyacentes asociados a la mortalidad relacionada con las drogas. Por ejemplo, si se agrupan todas las muertes con un examen toxicológico positivo, se incluirían los casos en los que las drogas han desempeñado un papel directo determinante, un papel indirecto e incluso aquellas en las que no han desempeñado ningún papel.

Otro asunto importante es el de las sustancias consideradas, que pueden limitarse a drogas ilegales o extenderse a otras sustancias psicotrópicas o medicamentos. En este último caso, podría resultar difícil distinguir las muertes que ante todo están relacionadas con temas de salud mental (por ejemplo, suicidio a causa de una depresión) de aquellas atribuibles al consumo de una sustancia. Además, muchas muertes inducidas por drogas son en realidad muertes por policonsumo, y puede resultar difícil averiguar el papel de cada una de las drogas.

Conceptualmente, la mortalidad relacionada con las drogas incluye dos amplios componentes. El primero, y mejor documentado, hace referencia a aquellas muertes directamente causadas por la acción de una o varias drogas. Estas muertes se denominan normalmente «sobredosis», «envenenamientos» o «muertes inducidas por drogas». El segundo componente es más amplio y abarca muertes que no pueden atribuirse directamente a la acción farmacológica de las drogas, pero que aún así están vinculadas con su consumo: consecuencias a largo plazo de enfermedades infecciosas, interacciones con problemas de salud mental (por ejemplo, suicidio) o con otras circunstancias (por ejemplo, accidentes de tráfico). También hay muertes que se relacionan con las drogas por razones circunstanciales (por ejemplo, violencia relacionada con el comercio de drogas).

El enfoque actual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) para realizar informes sobre la mortalidad general relacionada con las drogas se basa en la estimación de las tasas de mortalidad entre cohortes de consumidores problemáticos de drogas. Sin embargo, se están estudiando otros enfoques mediante los cuales puedan combinarse datos de diferentes fuentes para estimar la tasa total de mortalidad atribuible a las drogas en una comunidad (véase «Mortalidad general relacionada con las drogas», p. 98).

pueden influir en el número total de este tipo de muertes en una comunidad. En general, las muertes inducidas por drogas se producen poco después de consumir la sustancia o las sustancias.

Las mejoras en la calidad y la fiabilidad de los datos europeos durante los últimos años han permitido optimizar las descripciones de las tendencias generales y nacionales, y la mayoría de los países ha adoptado entretanto una definición de caso que se corresponde con la del OEDT ⁽¹³⁷⁾. Sin embargo, las diferencias en la calidad de los informes de los distintos países implican que cualquier comparación directa debería realizarse con prudencia.

Según los informes de los Estados miembros de la UE, durante el período 1990-2005 se produjeron entre 6 500 y 8 500 muertes anuales inducidas por drogas, sumando en total alrededor de 130 000 muertes. Estas cifras deberían considerarse una estimación a la baja ⁽¹³⁸⁾.

Las tasas de mortalidad de la población debidas a muertes inducidas por drogas son muy diversas en los distintos países europeos y oscilan entre 3-5 y 70 muertes por millón de habitantes con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años (una media de 21 muertes por millón). Se han registrado tasas de más de 20 muertes por millón en 16 países europeos y de más de 40 muertes por millón en cinco países. Entre la población masculina de 15 a 39 años de edad, las tasas de mortalidad se encuentran dentro de la media, y en la mayoría de los países son dos veces mayores (alcanzando una media de 44 muertes por millón en Europa). En 2005-2006, las muertes inducidas por drogas representaron un 3,5% del total de muertes entre los ciudadanos europeos de 15 a 39 años, y más de un 7% en ocho países ⁽¹³⁹⁾ (gráfico 11).

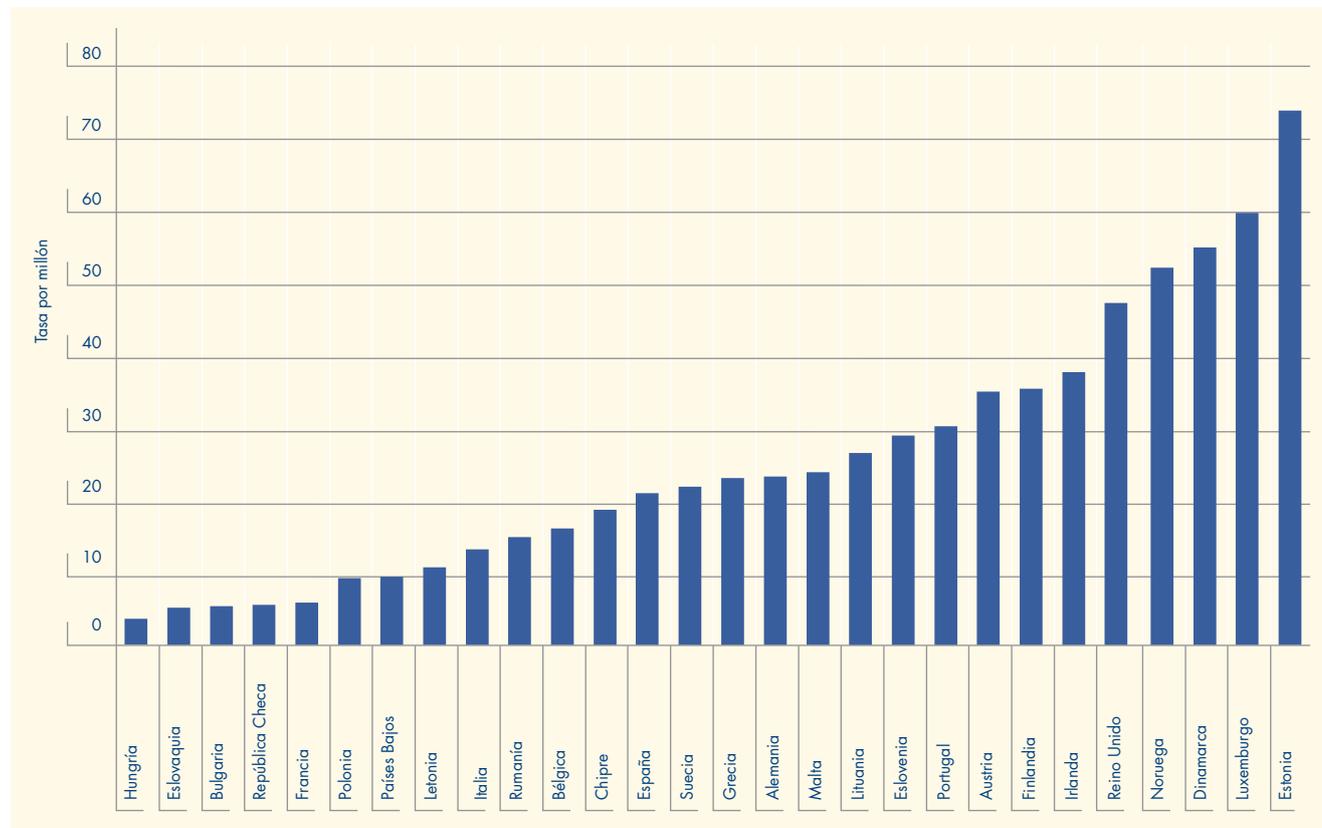
Las investigaciones sobre morbilidad y otras consecuencias de las sobredosis no mortales son aún limitadas, así como las inversiones en el ámbito de la prevención, a pesar de la evidencia de que estas cifras podrían ser considerables. Varios estudios han permitido calcular que podría haber entre 20 y 25 sobredosis no mortales por cada sobredosis mortal. Aunque resulta difícil saber si estas estimaciones pueden atribuirse a la Unión Europea en su conjunto, *grasso modo* podrían calcularse entre 120 000 y 175 000 sobredosis no mortales por año.

⁽¹³⁷⁾ Véase la información metodológica sobre muertes relacionadas con drogas del boletín estadístico de 2008.

⁽¹³⁸⁾ Véase el cuadro DRD-2, parte (i), del boletín estadístico de 2008.

⁽¹³⁹⁾ Véanse el cuadro DRD-5 y el gráfico DRD-7, parte (ii), del boletín estadístico de 2008.

Gráfico 11: Tasas de mortalidad por drogas entre la población adulta (15 a 64 años)



N.B.: Para la República Checa se utilizó, en lugar de la definición nacional, la definición del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) según la Selección D; en el caso del Reino Unido se utilizó la definición de la estrategia antidroga; en el caso de Rumanía, los datos hacen referencia solo a Bucarest y a varios condados en el área de competencia del Laboratorio Toxicológico de Bucarest. Los cálculos de las tasas de mortalidad de la población se basan en poblaciones nacionales de 2005 según los informes de Eurostat. Las comparaciones entre las tasas de población deberían realizarse con precaución, dado que existen diferencias en las definiciones de caso y en la calidad de los informes. Para intervalos de confianza y más información sobre datos, véase el gráfico DRD-7, parte (i), del boletín estadístico de 2008.

Fuente: Informes nacionales de la red Reitox 2007, extraídos de los registros de mortalidad general o registros especiales (forenses o policiales) y de Eurostat.

Muertes relacionadas con opiáceos

Heroína

En Europa, la sobredosis por opiáceos es una de las causas principales de muerte entre los jóvenes, en especial entre la población masculina en las zonas urbanas ⁽¹⁴⁰⁾. Los opiáceos, principalmente la heroína o sus metabolitos, están presentes en la mayoría de los casos de muertes inducidas por drogas notificados en la Unión Europea, y representan entre un 55% y casi un 100% de todos los casos. Asimismo, más de la mitad de países informan sobre proporciones superiores al 80% ⁽¹⁴¹⁾. En los informes toxicológicos sobre las muertes atribuidas a la heroína se encuentran con frecuencia otras sustancias que pueden haber desempeñado un importante papel. Las más frecuentes de ellas son el alcohol, las benzodiazepinas, otros opiáceos y, en algunos países, la cocaína. Un reciente trabajo realizado por el OEDT, en el que han

participado nueve países, puso de relieve que en los resultados toxicológicos de entre un 60% y un 90% de las muertes inducidas por opiáceos se mencionaba más de una droga. Estos datos sugieren que una proporción considerable de todos los fallecimientos inducidos por drogas pueden estar relacionados con el policonsumo.

La mayoría de los fallecidos por sobredosis de opiáceos (60-95%) son varones, generalmente entre 20 y 40 años de edad, con una edad media en la mayoría de los países de unos 35 años ⁽¹⁴²⁾. En muchos países está aumentando la edad media de los fallecidos por sobredosis, lo que sugiere una posible estabilización o descenso en el número de consumidores de heroína jóvenes. Sin embargo, en otros países (Bulgaria, Estonia, Rumanía, Austria) se registra una proporción relativamente elevada de sobredosis mortales entre personas menores de 25 años,

⁽¹⁴⁰⁾ La mayoría de casos notificados al OEDT son sobredosis por opiáceos. Por lo tanto, las características generales de las muertes agudas inducidas por drogas se utilizan para la descripción de los casos de opiáceos.

⁽¹⁴¹⁾ Véase el gráfico DRD-1 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹⁴²⁾ Véase el cuadro DRD-1, parte (i), del boletín estadístico de 2008.

lo que podría indicar una población consumidora de heroína o de drogas por vía parenteral más joven en esos países ⁽¹⁴³⁾.

Metadona y buprenorfina

Estudios de investigación indican que el tratamiento de sustitución reduce el riesgo de muerte por sobredosis. Cada año, no obstante, se notifican varias muertes asociadas a medicamentos de sustitución a base de opiáceos, la mayoría de ellas a causa de un uso indebido y, en menor medida, a complicaciones surgidas durante el tratamiento ⁽¹⁴⁴⁾.

Varios países han señalado la presencia de metadona en un porcentaje importante de muertes inducidas por drogas, aunque, ante la ausencia de normas comunes para la elaboración de informes, no siempre queda claro el papel que desempeña la metadona. Entre los países que informan sobre un número significativo de muertes con presencia de metadona se cuentan Dinamarca, Alemania, el Reino Unido y Noruega. En otros países no se ha registrado ningún caso, o muy pocos ⁽¹⁴⁵⁾. En los Estados Unidos se ha observado un notable incremento de las muertes relacionadas con metadona desde 1999. La mayoría de estas muertes se atribuyen a un uso indebido de metadona desviada de hospitales, farmacias, médicos y especialistas en terapia del dolor, mientras que solo un número reducido de ellas se atribuye a la metadona obtenida a través de programas de sustitución ⁽¹⁴⁶⁾.

Las muertes por envenenamiento de buprenorfina parecen ser poco frecuentes, a pesar de que se ha aumentado el uso de esta sustancia en los tratamientos de sustitución de muchos países europeos. En Francia se han registrado muy pocas muertes, aunque el número de consumidores de droga que recibe tratamiento a base de buprenorfina es significativo (76 000-90 000). En Finlandia, sin embargo, se ha detectado buprenorfina en la mayoría de las muertes inducidas por drogas, generalmente combinada con sedantes o alcohol, o consumida por vía parenteral ⁽¹⁴⁷⁾.

Fentanilo

Estonia ha registrado recientemente una preocupante epidemia de envenenamientos mortales causados por 3-metilfentanilo, según indican los resultados toxicológicos forenses *post-mortem*, con 46 envenenamientos mortales en 2005 y 71 en 2006 (Ojanperä *et al.*, en prensa). Además, resultados preliminares de Estonia muestran que

Muertes relacionadas con tratamientos de sustitución

Las investigaciones han demostrado que el riesgo de sobredosis disminuye sustancialmente cuando los consumidores de heroína se encuentran en tratamiento de sustitución con metadona. Por ejemplo, un reciente estudio de cohorte realizado con más de 5 000 consumidores de heroína reveló que el riesgo de muerte por sobredosis se dividía por nueve cuando los consumidores estaban en tratamiento de sustitución, en comparación con el tiempo que no lo estaban, independientemente de si recibían cualquier otro tipo de tratamiento o no (Brugal *et al.*, 2005).

Sin embargo, se ha detectado metadona en los informes toxicológicos de algunas muertes. De todos modos, esto no implica la existencia en todos los casos de una relación causal directa, ya que pueden influir también otras drogas o factores. No obstante puede producirse la muerte por sobredosis, y los siguientes factores pueden desempeñar un papel importante: cambios en la tolerancia, dosificación excesiva, consumo inapropiado por parte del paciente o consumo de la droga con fines no terapéuticos.

Las medidas para prevenir el desvío de la metadona hacia el mercado ilegal se han vinculado a las reducciones en el número de muertes notificadas por metadona en el Reino Unido (Zador *et al.*, 2006), y, en general, las buenas prácticas en los tratamientos de sustitución podrían ser un importante factor para reducir el riesgo de muertes relacionadas con la metadona. Por consiguiente, es posible proteger la salud tanto del paciente como de la comunidad mediante la mejora de las normas de calidad de los tratamientos, incluyendo las prácticas de prescripción, del seguimiento de los pacientes durante la primera fase del tratamiento, del seguimiento de posibles toxicidades cardiacas, de la información sobre los riesgos del consumo de otras medicinas o sustancias psicotrópicas y de las prácticas de distribución para reducir el riesgo de desvío.

La notable expansión del tratamiento con metadona en Europa no se ha visto reflejada en un incremento paralelo de las muertes relacionadas con la metadona. Un estudio realizado en el Reino Unido detectó que, entre 1993 y 2004, la cantidad total de metadona oral prescrita se multiplicó por 3,6, mientras que el número de muertes relacionadas con la metadona disminuyó de 226 a 194 (Morgan *et al.*, 2006). Esto supone un descenso de la tasa de muertes relacionadas con la metadona de un 13 por 1 000 pacientes en 1993 a un 3,1 por 1 000 pacientes en el año 2004. Aunque estudios similares en otros países serían de gran utilidad, los datos disponibles sugieren que las muertes relacionadas con la metadona están probablemente más vinculadas a las deficiencias en las prácticas de prescripción que a los niveles generales del tratamiento de sustitución.

⁽¹⁴³⁾ Véanse los gráficos DRD-2, DRD-3 y DRD-4 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Véase «Muertes relacionadas con tratamientos de sustitución» en esta página.

⁽¹⁴⁵⁾ Véase el cuadro DRD-108 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹⁴⁶⁾ National Drug Intelligence Center: *Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate [Desvío y abuso de metadona: aumento alarmante de casos de muertes]*. Noviembre de 2007. Documento 2007-Q0317-001: <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>

⁽¹⁴⁷⁾ Véase el cuadro DRD-108 del boletín estadístico de 2008.

en 2004 se registraron 85 muertes relacionadas con la misma sustancia. También existen informes esporádicos sobre muertes vinculadas al fentanilo procedentes de otros países europeos, y recientemente se ha observado en los Estados Unidos un aumento de muertes típico de una epidemia, generalmente de corta duración. Por ejemplo, en Chicago se atribuyeron 350 muertes al fentanilo entre 2005 y 2007 (Denton *et al.*, 2008). La potencia extremadamente alta de esta sustancia podría elevar el riesgo de sobredosis, al tiempo que podría pasar desapercibida en pruebas toxicológicas. Por consiguiente, es de suponer que el aumento de la producción ilícita y del consumo de fentanilo constituirá un reto tanto para los sistemas de seguimiento existentes como para las medidas de sanidad pública.

Muertes relacionadas con otras drogas ⁽¹⁴⁸⁾

Las muertes inducidas por consumo de cocaína resultan más difíciles de definir e identificar que las relacionadas con opiáceos (véase la cuestión particular de 2007 sobre cocaína). Las muertes directamente causadas por sobredosis farmacológica parecen ser poco frecuentes y están generalmente vinculadas a dosis de cocaína muy elevadas. Al contrario, la mayoría de las muertes por cocaína parece ser el resultado de la toxicidad crónica de la droga, que provoca problemas cardiovasculares y neurológicos. No siempre puede identificarse el papel que la cocaína desempeña en estas muertes, y puede que no se consideren muertes relacionadas con la cocaína. La interpretación de los datos sobre muertes atribuibles a la cocaína se complica aún más en muchos casos debido a la presencia de otras sustancias, lo que dificulta establecer relaciones causales.

Según los informes, en 2006 se registraron más de 450 muertes relacionadas con cocaína en 14 Estados miembros; sin embargo, es probable que el número de muertes inducidas por cocaína en la Unión Europea sea mayor.

La notificación de muertes en las que el éxtasis está presente sigue siendo poco frecuente. El Reino Unido informa de la mayoría de las muertes con «presencia de éxtasis», pero en muchos casos esta droga no ha sido identificada como la causa directa de la muerte.

Aunque tampoco es frecuente que se notifiquen muertes por anfetaminas en Europa, en la República Checa se ha atribuido un número significativo de muertes inducidas

por drogas al pervitín o «checo» (una metanfetamina). En Finlandia se notificaron 64 muertes en las que se identificaron anfetaminas en el análisis toxicológico, aunque esto no implica necesariamente que dicha droga haya sido la causante directa de la muerte.

Tendencias de las muertes inducidas por drogas

Las muertes inducidas por drogas aumentaron notablemente en Europa durante la década de los años ochenta y principios de los años noventa, quizás coincidiendo con el incremento del consumo de heroína y del consumo por vía parenteral de esta droga, y posteriormente se mantuvieron a niveles elevados ⁽¹⁴⁹⁾. Sin embargo, los datos de los países que disponen de series temporales más largas sugieren tendencias diferenciadas: en algunos de ellos (por ejemplo, Alemania, España, Francia, Italia), las muertes alcanzaron sus niveles más altos en la primera mitad de la década de los años noventa, descendiendo posteriormente. En otros países (por ejemplo, Irlanda, Grecia, Portugal, Finlandia, Suecia, Noruega), el número de muertes alcanzó su nivel más alto alrededor del año 2000, antes de empezar a descender. En algunos otros (por ejemplo, Dinamarca, Países Bajos, Austria, Reino Unido) se ha registrado una tendencia al alza, pero sin un nivel máximo definido ⁽¹⁵⁰⁾.

Las tendencias de las muertes inducidas por drogas durante el período 2001-2005/2006 resultan más difíciles de describir. En los primeros años de la década (2000-2003), muchos países de la UE registraron descensos, y las muertes inducidas por drogas disminuyeron en general en un 3% en 2001, un 14% en 2002 y un 7% en 2003 ⁽¹⁵¹⁾. En 2004 y 2005, sin embargo, la mayoría de los países registraron ligeros incrementos. Esto podría deberse a una serie de factores, tales como el aumento del policonsumo, un posible aumento de la disponibilidad de heroína o un envejecimiento demográfico de los consumidores crónicos de droga ⁽¹⁵²⁾.

Ante la ausencia de datos de algunos de los grandes países, las estimaciones generales del número de muertes inducidas por drogas en 2006 siguen siendo provisionales. Sin embargo, los datos disponibles de 18 países sugieren un ligero descenso en comparación con 2005.

El número de muertes inducidas por drogas entre los consumidores menores de 25 años ha disminuido moderadamente de forma general en Europa, aunque los Estados miembros que se adhirieron a la Unión Europea

⁽¹⁴⁸⁾ Véase el cuadro DRD-108 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹⁴⁹⁾ Véase el gráfico DRD-8 del boletín estadístico de 2008. Por razones históricas, esta tendencia hace referencia a la Unión Europea de los Quince y a Noruega.

⁽¹⁵⁰⁾ Véase el gráfico DRD-11 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹⁵¹⁾ Las cifras aquí indicadas difieren de las ofrecidas en años anteriores debido a los cambios en la definición de caso o en la cobertura en Dinamarca, España, Francia y el Reino Unido, así como a las actualizaciones en varios países.

⁽¹⁵²⁾ Véanse «Los indicadores de opiáceos ya no siguen disminuyendo», p. 80, el cuadro DRD-2, parte (i), y el gráfico DRD-12 en el boletín estadístico de 2008.

después de 2004 han registrado un incremento del número de muertes entre ese grupo de edad ⁽¹⁵³⁾. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un aumento de la proporción de casos entre jóvenes en Grecia, Luxemburgo y Austria, y en menor medida en Bulgaria, Letonia y los Países Bajos ⁽¹⁵⁴⁾. Esta observación requiere una investigación más detallada, ya que apunta a un incremento del número de jóvenes que consume opiáceos en estos países.

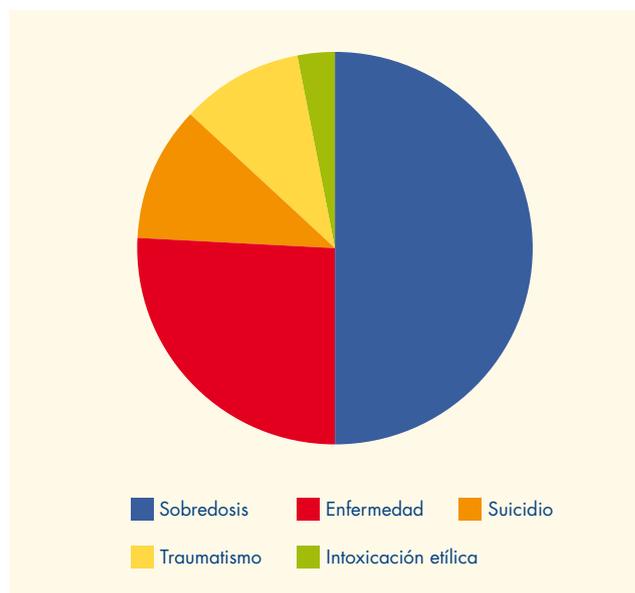
Mortalidad general relacionada con las drogas

Un estudio reciente reveló que los consumidores de opiáceos que recibían tratamiento en ocho lugares de Europa (siete ciudades y un país) presentaban una tasa de mortalidad muy elevada en comparación con el correspondiente grupo de edad de la población general (véase OEDT, 2006). Otros estudios de cohorte han revelado que las tasas de mortalidad entre los consumidores de droga son entre 6 y 54 veces superiores que entre la población general. Estas diferencias se deben principalmente a las sobredosis, aunque existen también otros factores importantes, y en algunos países las muertes por sida desempeñan un papel significativo. Darke *et al.* (2007) define cuatro amplias categorías de muertes entre los consumidores de droga: sobredosis (incluyendo la intoxicación por alcohol), enfermedad, suicidio y traumatismo. Entre las enfermedades, al consumo de drogas pueden asociarse condiciones relacionadas con los virus transmitidos por vía sanguínea (VIH, VHC y VHB, véase más arriba), neoplasmas, enfermedades hepáticas y enfermedades de los sistemas circulatorio y respiratorio. Los traumatismos implican generalmente accidentes, homicidios y otros tipos de violencia.

Un reciente estudio de cohorte realizado en Noruega entre consumidores de droga acogidos a un tratamiento de drogodependencia reveló que, entre las 189 muertes registradas, la sobredosis fue responsable de la mitad de todas las muertes en las que se pudo determinar la causa. La enfermedad, principalmente el sida y las enfermedades hepáticas, fueron la causa de casi otro cuarto de las muertes; mientras que los suicidios y los traumatismos representaron alrededor de una décima parte, y el envenenamiento por alcohol un 2% (gráfico 12). Debe tenerse en cuenta que la proporción de muertes causadas por el sida puede ser considerablemente mayor en aquellos países con una elevada prevalencia del VIH entre consumidores de droga.

Los estudios de cohorte constituyen una importante herramienta a la hora de estimar y comprender la

Gráfico 12: Causas de muerte conocidas entre una cohorte de consumidores de droga en Noruega



N.B.: Los datos proceden de un estudio basado en una muestra de 501 consumidores de droga acogidos a un tratamiento de la drogodependencia durante el período de 1981 a 1991. En total se registraron 189 muertes hasta el año 2003, de las que no pudo determinarse la causa en 14 casos.

Fuente: Ødegard, E.; Amundsen, E.J.; y Kielland, K.B. (2007): «Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach», *Drug and Alcohol Dependence* 89, p. 176-182.

mortalidad general relacionada con el consumo de drogas, pero existen otros enfoques que pueden ayudar a mejorar la comprensión de este tema y ofrecer una visión general a escala nacional. En la actualidad, el OEDT está investigando nuevos métodos en este ámbito en estrecha colaboración con los Estados miembros, con el objetivo de ponerlos en práctica en la Unión Europea. En uno de estos enfoques, las tasas de mortalidad se extrapolan de los estudios de cohortes a las estimaciones locales (Bargagli *et al.*, 2005) o nacionales de consumidores de droga problemáticos (Cruts *et al.*, 2008). En otro enfoque, las fracciones atribuibles a la droga, derivadas de varios estudios, se aplican a las causas de muerte más frecuentemente relacionadas con el consumo de droga (por ejemplo, sida, accidentes, suicidios y envenenamiento) y que se hallan documentadas en los registros de mortalidad de la población general.

Muertes indirectamente relacionadas con el consumo de drogas

Las muertes por sida atribuidas al consumo de droga por vía parenteral son también una importante causa de

⁽¹⁵³⁾ Véase el gráfico DRD-13, parte (i), del boletín estadístico de 2008.

⁽¹⁵⁴⁾ Véase el gráfico DRD-9 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹⁵⁵⁾ El año 2003 es el año más reciente para el que Eurostat ofrece información relativa a las causas de muerte de casi todos los Estados miembros. Para información detallada sobre fuentes, cifras y cálculos, véase el cuadro DRD-5 del boletín estadístico de 2008.

⁽¹⁵⁶⁾ Véase el gráfico DRD-7, parte (ii), del boletín estadístico de 2008.

muerte. A partir de los datos de Eurostat y del Centro Europeo de Control Epidemiológico del Sida (EuroHIV) (informe anual 2005, 2006) puede estimarse que en el año 2003 murieron más de 2 600 personas a causa del sida derivado del consumo de drogas ⁽¹⁵⁵⁾. La mayoría de estas muertes se registraron en unos pocos países; el 90% de ellas se produjeron en España, Francia, Italia y Portugal. La mortalidad por sida alcanzó su nivel máximo a mediados de la década de los años noventa, y ha disminuido significativamente tras la introducción y la ampliación de la cobertura del tratamiento HAART.

Con excepción de España, Italia y, en particular, Portugal, las tasas de mortalidad de la población vinculadas con el sida derivado del consumo de drogas por vía parenteral son bajas. Además, en muchos países la mortalidad por sobredosis es considerablemente mayor que la mortalidad provocada por el sida entre consumidores de droga ⁽¹⁵⁶⁾. El número de muertes por otras causas (por ejemplo, como consecuencia de otras enfermedades infecciosas, violencia o accidentes) resulta más difícil de evaluar en la actualidad, y existe la necesidad de mejorar la recopilación y estimación de datos en este ámbito (véase el capítulo anterior).

El suicidio parece ser una causa de muerte frecuente entre los consumidores de droga. Una reseña bibliográfica (Darke y Ross, 2002) reveló que la tasa de suicidio entre consumidores de heroína era 14 veces superior que la detectada en la población general.

Reducción del número de muertes relacionadas con las drogas

La reducción de las muertes relacionadas con las drogas es uno de los objetivos de la mayoría de las estrategias nacionales antidroga, aunque son pocos los países que han adoptado planes de acción o han ofrecido una orientación sistemática sobre las medidas que deben tomarse. En 2007, sin embargo, el Ministerio de Sanidad del Reino Unido publicó nuevas directrices sobre la gestión clínica del abuso de drogas y la dependencia, estableciendo acciones específicas para prevenir muertes relacionadas con las drogas.

La importancia de los tratamientos, incluida la sustitución en combinación con atención psicosocial y psicoterapia, de cara a reducir la mortalidad entre los consumidores de droga quedó reflejada en un estudio prospectivo a largo plazo realizado en Italia (Davoli *et al.*, 2007). El estudio se llevó a cabo entre una cohorte de 10 454 consumidores

de heroína que se sometieron a tratamiento en los servicios públicos entre los años 1998 y 2001, y evaluó la retención en tratamiento y la mortalidad por sobredosis. El riesgo de muerte entre la cohorte era de media 10 veces superior al de la población general. Sin embargo, entre los consumidores de droga en tratamiento, el riesgo de muerte era cuatro veces superior al de la población general, mientras que aquellos que interrumpieron el tratamiento tenían una probabilidad de morir 20 veces superior.

La divulgación selectiva de información relativa a los riesgos y la prevención de sobredosis a través de folletos, prospectos y carteles es ya una práctica común en la mayoría de los países. Además, los talleres de formación destinados a aumentar el conocimiento y las habilidades a la hora de actuar en situaciones de sobredosis se imparten ya en la mitad de todos los Estados miembros. Estos talleres de formación pueden ir dirigidos a los consumidores de droga, a sus familiares o al personal de los servicios pertinentes, y generalmente incluyen información sobre riesgos específicos, incluyendo la disminución de tolerancia tras períodos de abstinencia, los efectos del policonsumo, en particular del consumo concomitante de alcohol, y del consumo de drogas en ausencia de otras personas, así como formación en primeros auxilios. Italia ha informado de que en la mitad de los centros de atención por problemas de drogodependencia bajo la coordinación del servicio de salud pública se utiliza un método combinado de formación para adoptar las medidas adecuadas en caso de sobredosis y distribución de naloxona para llevar a casa.

La supervisión proactiva del bienestar psicosocial de los consumidores de droga, incluyendo a los que se encuentran en tratamiento de sustitución, podría resultar beneficiosa, ya que las sobredosis vienen provocadas en muchos casos por problemas de salud o sucesos sociales previos, y gran parte de las sobredosis se produce de manera intencionada (Oliver *et al.*, 2007).

Otro de los retos al que se enfrentan muchos países es que los servicios sanitarios y sociales atienden a una población envejecida de consumidores de droga a largo plazo, que pueden ser más vulnerables tanto a las sobredosis como a una serie de consecuencias negativas para la salud. Los consumidores de droga por vía parenteral, en particular, pueden sufrir altos niveles de afección somática, en especial infecciones hepáticas crónicas, lo que aumenta aún más su vulnerabilidad.

Elevado riesgo de muerte inducida por drogas al finalizar las penas de prisión o el tratamiento

El riesgo de muerte inducida por drogas durante el período inmediatamente posterior a la puesta en libertad o de recaída tras el tratamiento es notablemente elevado, según los estudios realizados en Europa y en otras regiones.

Un reciente estudio llevado a cabo en el Reino Unido (Inglaterra y Gales) comparó los registros de casi 49 000 reclusos puestos en libertad entre 1998 y 2000 con todas las muertes registradas hasta noviembre de 2003 (Farrell y Marsden, 2008). De las 442 muertes que se produjeron entre la muestra durante ese período, la mayoría (59%) estaba relacionada con las drogas. En el año siguiente a la puesta en libertad, la tasa de mortalidad inducida por drogas era de 5,2 por 1 000 hombres y 5,9 por 1 000 mujeres. En el período inmediatamente posterior a la puesta en libertad, las tasas superaron el valor esperado en un factor de diez en el caso de las mujeres y en un factor de más de ocho en el caso de los hombres. Todas las muertes de las mujeres y el 95% de las muertes de los hombres que se produjeron durante la primera quincena fuera de prisión estaban relacionadas con las drogas, y pudieron atribuirse a sobredosis de droga o, de

manera más general, a problemas causados por el consumo de sustancias. Los informes de los médicos forenses citaban la implicación de opiáceos en el 95% de las muertes inducidas por drogas, benzodiazepinas en el 20% de los casos, cocaína en el 14% y antidepresivos tricíclicos en el 10%.

En el estudio VEdeTTE en Italia (Davoli *et al.*, 2007) se observó una tasa de mortalidad por sobredosis de uno por 1 000 entre los consumidores de heroína en tratamiento, y de 23 por 1 000 durante el primer mes tras el tratamiento, lo que equivale a un riesgo de muerte por sobredosis 27 veces mayor en el primer mes tras el tratamiento, después del ajuste de posibles elementos de confusión.

A pesar de la conexión observada entre las muertes inducidas por drogas y la puesta en libertad de prisión o la conclusión del tratamiento, pocos países están invirtiendo sistemáticamente en educar a los reclusos o a las personas en tratamiento sobre el riesgo de sobredosis. En muchos países, la continuidad de la atención y la rehabilitación de consumidores de droga que son puestos en libertad dejan mucho que desear. Las mejoras en estos dos ámbitos podrían representar una valiosa oportunidad para prevenir las muertes relacionadas con las drogas.



Capítulo 8

Nuevas drogas y tendencias emergentes

Introducción

El consumo de nuevas sustancias psicotrópicas puede tener importantes repercusiones en la salud pública y en la política, pero también es cierto que el seguimiento de las tendencias emergentes supone un reto considerable. Resulta difícil detectar las nuevas pautas de consumo de drogas ya que, habitualmente, surgen primero a niveles bajos, y en localidades específicas o entre subgrupos limitados de la población. Pocos países disponen de sistemas de seguimiento capaces de percibir este tipo de comportamiento, y las dificultades metodológicas que surgen durante el seguimiento de este tipo de consumo de droga son significativas. Sin embargo, la importancia de identificar nuevas amenazas potenciales es ampliamente reconocida y, como respuesta directa a esta necesidad, la Unión Europea (UE), a través de la Decisión del Consejo sobre nuevas sustancias psicotrópicas, desarrolló un sistema de alerta rápida que ofrece un mecanismo de respuesta inmediata ante la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas en el panorama europeo de las drogas. Las actividades de apoyo a este sistema de alerta rápida constituyen una parte importante de la labor del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) y encajan en la perspectiva más amplia de utilizar una extensa variedad de fuentes de datos para mejorar el sistema de seguimiento de drogas europeo de modo que permita reconocer evoluciones emergentes de manera precoz.

Medidas de la Unión Europea en materia de nuevas sustancias psicotrópicas

La Decisión del Consejo sobre nuevas sustancias psicotrópicas ⁽¹⁵⁷⁾ establece un mecanismo de intercambio rápido de información sobre las nuevas sustancias psicotrópicas que puedan suponer una amenaza para la salud pública y la sociedad. La Decisión también dispone la evaluación de los riesgos asociados con estas nuevas sustancias con el fin de permitir que se les apliquen

las medidas de control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas vigentes en los Estados miembros. En mayo de 2007, el Comité Científico ampliado del OEDT llevó a cabo una evaluación del riesgo de una nueva sustancia psicotrópica, la BZP (1-bencilpiperazina), y entregó un informe al Consejo y a la Comisión Europea ⁽¹⁵⁸⁾. La evaluación del riesgo concluyó que, debido a sus propiedades estimulantes, al riesgo para la salud y a la falta de beneficios médicos, era necesario controlar la BZP, pero adaptando las medidas de control a los riesgos relativamente bajos de la sustancia. En marzo de 2008, el Consejo adoptó una decisión por la que se definía la BZP como una nueva sustancia psicotrópica que debe estar sujeta a medidas de control y sanciones penales. Los Estados miembros disponen de un año para adoptar las medidas necesarias, de conformidad con su Derecho interno, para someter la BZP a medidas de control, proporcionales a los riesgos de la sustancia, y a sanciones penales, previstas en su legislación, de conformidad con las obligaciones que le incumben en virtud del Convenio de las Naciones Unidas de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas.

En marzo de 2007, el OEDT y Europol informaron a la Comisión sobre el seguimiento activo de la 1-(3-clorofenil) piperazina (mCPP) ⁽¹⁵⁹⁾. Este informe se elaboró con fines exclusivamente informativos y concluía que «parecía poco probable que la mCPP se estableciera como una droga de consumo recreativo a título propio» debido a sus confusas propiedades psicotrópicas y a algunos efectos adversos. Puesto que parece que la mCPP no resulta particularmente atractiva para los consumidores, es probable que su mercado en la Unión Europea esté más bien condicionado por el empuje de la oferta que por el tirón de la demanda.

A lo largo de 2007 se notificó por primera vez a través del sistema de alerta rápida un total de 15 nuevas sustancias psicotrópicas al OEDT y a Europol. El grupo de sustancias notificadas por primera vez es variado y, además de nuevas drogas sintéticas, incluye medicamentos y sustancias naturales. Nueve de estos compuestos notificados por primera vez eran drogas sintéticas similares a las que se

⁽¹⁵⁷⁾ Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DO L 127 de 20.5.2005, p. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessments/bzp>

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

Sustancias controladas por primera vez

Desde enero de 2006, 12 países han informado sobre ampliaciones o modificaciones en sus listas de sustancias controladas. La mCPP [1-(3-clorofenil)piperazina] ha sido añadida a la lista de sustancias controladas en seis países (Bélgica, Alemania, Lituania, Hungría, Malta, Eslovaquia) y la BZP (1-bencilpiperazina) ha sido añadida en cuatro países (Estonia, Italia, Lituania, Malta). De estas sustancias, la mCPP había estado activamente vigilada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) y Europol, y la BZP había sido objeto de una evaluación de riesgos en 2007. Entre el resto de sustancias que están siendo controladas desde enero de 2006 se incluyen los alucinógenos DOC (4-cloro-2,5-dimetoxianfetamina), DOI (4-iodo-2,5-dimetoxianfetamina) y bromo-dragonfly (bromo-benzodifuranil-isopropilamina) en Dinamarca y Suecia y ketamina en Estonia.

También se están controlando varias plantas con propiedades psicoactivas. Con este objetivo, Bélgica ha reestructurado la legislación sobre sustancias psicotrópicas para incluir una nueva categoría que enumera plantas o partes de plantas controladas en lugar de sus ingredientes psicoactivos, como se hacía antes. Entre las plantas que se han incluido en la lista se encuentran el khat (qat, *Catha edulis*) y la *Salvia divinorum*. El khat es ahora controlado por 11 países de Europa (una evaluación de riesgos realizada en 2005 en el Reino Unido desaconsejaba el control). En 2006, Suecia añadió la salvivorina A, el principio activo más importante de la *Salvia divinorum*, a su lista; la planta también está controlada en Alemania desde 2008. En el mismo período se añadió la *Tabernanthe iboga* a la lista de sustancias controladas en Francia, a lo que siguió el control legal del principio activo, la ibogaina, en Bélgica, Dinamarca y Suecia. Por último, en respuesta a las muertes asociadas a los hongos alucinógenos, Irlanda y los Países Bajos procedieron a clausurar lagunas jurídicas que permitían la venta y la posesión de hongos frescos que contenían psilocina. En Irlanda la ley entró en vigor en enero de 2006, mientras que en los Países Bajos continuaba en proceso parlamentario en el momento de redactar este documento.

Para más información se presenta una lista de sustancias controladas en la Unión Europea y Noruega en el «Cuadro de sustancias y clasificaciones», en la Base de Datos Jurídica Europea sobre Drogas (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

enumeran en las Listas I y II del Convenio de las Naciones Unidas de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas. Incluyen sustancias pertenecientes a grupos químicos conocidos, como fenetilaminas, triptaminas y piperazinas, así como sustancias con una composición química menos común. El grupo está dividido a partes iguales entre sustancias que poseen pronunciados efectos alucinógenos y sustancias que presentan predominantemente propiedades estimulantes.

En 2007, tres sustancias naturales fueron notificadas por primera vez a través del mecanismo de intercambio de información; entre ellas se encontraba la *Salvia divinorum*, una planta con potentes propiedades psicotrópicas ^[160].

Internet, un mercado para el comercio de sustancias psicotrópicas

Internet proporciona una ventana al mundo de los consumidores de droga a través de foros en línea y salas de chat, así como de páginas de tiendas en línea que comercializan alternativas psicotrópicas a las sustancias controladas. La información disponible permite hacerse una idea de los diferentes aspectos del mercado en línea para el comercio de drogas, como por ejemplo sobre los métodos de trabajo de las tiendas en línea, el modo en el que satisfacen las necesidades de los consumidores y las nuevas tendencias entre los jóvenes. A fin de identificar la evolución actual del mercado de drogas en línea, el OEDT realizó un estudio instantáneo a principios del año 2008, en el que se analizaron 25 tiendas en línea. Los resultados de dicho estudio se presentan aquí.

Tiendas en línea

Una serie de informes evidencian el aumento del número de tiendas en línea que venden alternativas psicotrópicas a las drogas controladas, como LSD, éxtasis, cannabis y opiáceos. Aunque a menudo las tiendas en línea indican que las sustancias que venden son legales («legal highs») o naturales («herbal highs»), en algunos países europeos estas drogas están sujetas a las mismas leyes que las drogas controladas, y podrían estar sometidas a las mismas penalizaciones.

Dentro de la Unión Europea, la mayoría de las tiendas en línea identificadas en el estudio se encuentran en el Reino Unido y en los Países Bajos, y en menor medida en Alemania y Austria. Las tiendas en línea se especializan a menudo en determinados tipos de productos relacionados con las drogas; algunas, por ejemplo, venden principalmente material para el consumo de drogas, otras se especializan en hongos alucinógenos o pastillas para fiestas («party pills»), mientras que otras comercializan una amplia gama de sustancias vegetales, semisintéticas y sintéticas.

Las tiendas en línea ubicadas en Europa anuncian más de 200 productos psicotrópicos. Los «legal highs» que se encuentran con mayor frecuencia son la *Salvia divinorum*, el kratom (*Mitragyna speciosa*), la rosa lisérgica (*Argyreia nervosa*), los hongos alucinógenos (OEDT, 2006) y una gran variedad de «party pills».

[160] Véase «Sustancias controladas por primera vez», en esta misma página.

Metodología del estudio a través de Internet

Para obtener una instantánea de la situación, en enero de 2008 se realizaron investigaciones por Internet utilizando palabras clave multilingües y el motor de búsqueda Google (<http://www.google.com/>). En total se identificaron 68 tiendas en línea establecidas en la Unión Europea que vendían varios tipos de «legal highs» (euforizantes legales). Las tiendas fueron estratificadas en función de su país de origen. Se utilizaron dominios con códigos de países de la Unión Europea (por ejemplo, España, Francia y Alemania) u otros indicadores de que se encontraban establecidas en la Unión (por ejemplo, dirección de contacto) para identificar el país de origen. Más de la mitad de las tiendas (52%) se encontraban en el Reino Unido, el 37% en los Países Bajos, el 6% en Alemania, el 4% en Austria y el 1% en otros países (por ejemplo, en Irlanda y Polonia). Se seleccionó una muestra aleatoria de 25 tiendas en línea para realizar un análisis detallado. Las fracciones de muestra en cada estrato (país de origen) eran proporcionales a las de la muestra total de tiendas en línea. Se excluyeron las tiendas que vendían exclusivamente a otros comercios en lugar de a los consumidores, ya que eran las que solo vendían hongos alucinógenos.

Las sustancias ofrecidas se anuncian como sustancias con efectos similares a los de las drogas controladas. Tanto de la *Salvia divinorum* como de la rosa lisérgica, junto con la ipomea (*Ipomoea violacea*), menos frecuente, se dice que producen efectos alucinógenos similares a los del LSD. El kratom se comercializa frecuentemente como un sustituto de los opiáceos, otros preparados se ofrecen como alternativas al cannabis y las «party pills» se venden como alternativa a la MDMA. Las «party pills» en venta pueden contener sustancias vegetales o sustancias semisintéticas o sintéticas. El principal ingrediente de las «party pills» suele ser la BZP (bencilpiperazina), aunque parece que las tiendas en línea tienen preparadas sustancias de sustitución para cuando la BZP pase a estar sometida a las medidas de control en los Estados miembros de la UE. Los precios anunciados de las sustancias en venta varían de 1 euro a 11 euros para el equivalente a una dosis.

El GHB y su precursora, la GBL: seguimiento

En Europa, el gammahidroxibutirato (GHB) está sometido a seguimiento desde 2000, año en el que se llevó a cabo una evaluación del riesgo de la sustancia de conformidad con la acción común de 1997 sobre nuevas drogas sintéticas (OEDT, 2002). La incorporación del GHB a la Lista IV del Convenio de las Naciones Unidas de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas, en marzo de 2001, obligó a los Estados miembros de la UE a controlar la droga de acuerdo con su

propia legislación relativa a las sustancias psicotrópicas, y una serie de nuevos controles restringió rápidamente la anterior venta libre de GHB.

El cuerpo humano produce GHB de forma natural, pero también se utiliza como medicamento y como droga de consumo recreativo. El uso no médico del GHB surgió en la escena nocturna de algunas partes de Europa, los Estados Unidos y Australia durante los años noventa, especialmente en clubes donde habitualmente se consumían muchas otras drogas. Pronto surgió la preocupación sobre los riesgos para la salud asociados a su consumo. En especial se despertó inquietud sobre su potencial para ser añadido secretamente a bebidas con el fin de facilitar los delitos de agresión sexual. Sin embargo, faltan evidencias forenses al respecto, y resulta difícil establecerlas debido al breve espacio de tiempo durante el cual se puede detectar el GHB en los fluidos corporales. Aún así, la vinculación del GHB a las agresiones sexuales facilitadas por la droga puede haber contribuido a propagar una «imagen relativamente negativa» de la sustancia (OEDT, 2008c).

GBL

La preocupación surge ahora en relación con los informes sobre el consumo de gamma-butirolactona (GBL), una sustancia precursora del GHB que no está incluida en ningún convenio de control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de las Naciones Unidas. El cuerpo transforma rápidamente la GBL en GHB, y en la actualidad no se dispone de una prueba toxicológica que determine cuál de las dos sustancias ha sido consumida.

El GHB puede fabricarse fácilmente a partir de la GBL y 1,4-butanodiol (1,4-BD), que se utilizan de forma habitual y legal en muchos ramos de la industria (por ejemplo, las industrias química, del plástico y farmacéutica), por lo que pueden adquirirse a través de proveedores comerciales. La disponibilidad comercial de la GBL facilita el hecho de que esta sustancia esté al alcance de traficantes y consumidores de droga a unos niveles de precio y riesgo notablemente menores que los que normalmente se encuentran en los mercados de drogas ilegales en la Unión Europea. Por ejemplo, el precio medio de una dosis de 1 gramo de GBL comprada en grandes cantidades a través de Internet varía entre 0,09 euros y 2 euros.

Riesgos para la salud

Tanto el GHB como la GBL tienen una pronunciada curva de respuesta para una dosis, con rápida aparición de síntomas, que aumenta enormemente los riesgos asociados al consumo ilegal. Náuseas, vómitos y diferentes grados de pérdida de conciencia son los principales efectos adversos

en la mayoría de los casos notificados de intoxicación por GHB. Sin embargo, la frecuente presencia de otras drogas puede complicar el cuadro clínico. En un estudio neerlandés realizado con 72 consumidores de GHB se reveló que la mayoría se habían desmayado al menos una vez tras consumir GHB, y algunos incluso con frecuencia (Korf *et al.*, 2002). Mediante una encuesta llevada a cabo entre consumidores de GHB y GBL en el Reino Unido se averiguó que las reacciones adversas se presentaban con mayor frecuencia en clubes que en casas privadas (Sumnall *et al.*, 2008). En Londres y Barcelona, el perfil de los pacientes que sufren intoxicaciones por GHB es generalmente el de un varón joven, produciéndose la mayoría de las intoxicaciones los fines de semana, generalmente vinculadas a un consumo concomitante de alcohol o drogas ilegales (Miró *et al.*, 2002; Wood *et al.*, 2008).

Las publicaciones científicas y el OEDT vienen informando de intoxicaciones y emergencias asociadas al GHB desde finales de la década de los años noventa, aunque no de forma sistemática, en Bélgica, Dinamarca, España, Luxemburgo, los Países Bajos, Finlandia, Suecia, el Reino Unido y Noruega. Aunque el GHB solo está asociado a una proporción muy pequeña de todas las emergencias por intoxicación de droga que requieren atención urgente en régimen de ingreso o ambulatorio, las cifras parecen haber aumentado desde el año 2000. En Amsterdam, la proporción de emergencias que requirieron el traslado al hospital en el año 2005 fue mayor en los casos relacionados con GHB/GBL que en aquellos relacionados con otras drogas.

En el Reino Unido, el departamento de urgencias de un hospital de Londres, con un área de captación que incluye zonas de clubes que normalmente atraen a la comunidad gay, aunque no de forma exclusiva, registró un total de 158 casos relacionados con GHB y GBL en 2006. Aunque la

mayoría de estos pacientes consumieron GHB, los análisis químicos de las muestras recogidas en clubes de la misma zona de captación durante el mismo período revelaron que más de la mitad de las muestras contenían más GBL que GHB. Esto sugiere que el consumo de GBL puede ser más común de lo que se pensaba (Wood *et al.*, 2008).

Debido a su rápida eliminación del cuerpo, resulta difícil establecer el GHB o la GBL como la causa de intoxicación o muerte. Además, se carece de un sistema preciso y comparable que permita registrar el número de muertes y las emergencias no mortales relacionadas con el consumo de GHB y de sus precursores.

Medidas

Algunos Estados miembros (Italia, Letonia, Suecia) han decidido controlar la GBL (o la GBL y el otro precursor 1,4-BD) a través de la legislación antidroga o una legislación equivalente, mientras que en el Reino Unido se está debatiendo la posibilidad de introducir nuevos controles. De conformidad con la legislación comunitaria sobre el control de precursores, la GBL y el 1,4-BD se incluyen en la lista de sustancias no controladas para las cuales existen en todos los Estados miembros medidas de seguimiento voluntarias para prevenir su desvío desde usos industriales legales.

Las intervenciones para la prevención y la reducción de daños en respuesta al consumo de GHB/GBL son normalmente realizadas en el marco de los proyectos antidroga nacionales y comunitarios destinados a locales nocturnos. Estas intervenciones consisten normalmente en ofrecer formación al personal de los clubes y en distribuir información sobre los riesgos del consumo de GHB y de otras drogas. Suelen realizarse además en combinación con otras intervenciones que tienen por objeto las «drogas de club» y el consumo combinado de alcohol y drogas (OEDT, 2008e).



Bibliografía

- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., *et al.* (2005): «Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries», *European Journal of Public Health* 16, pp. 198-202.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., *et al.* (2005): «Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain», *Addiction* 100, pp. 981-989.
- Cameron, L., y Williams, J. (2001): «Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?», *Economic Record* 77, pp. 19-34.
- CND (2008): *Situación mundial del tráfico de drogas. Informe de la Secretaría*, Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Viena.
- Coggans, N. (2006): «Drug education and prevention: has progress been made?», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, pp. 417-422.
- Comisión Europea (2007a): «Informe de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre la aplicación de la Recomendación del Consejo, de 18 de junio de 2003, relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia», COM (2007) 199 final.
- Comisión Europea (2007b): *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores.
- Connock, M., Juárez-García, A., Jowett, S., *et al.* (2007): «Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation», *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L., y Sorensen, J.L. (2001): «Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment», *Drug and Alcohol Dependence* 62, pp. 91-95.
- Cruets, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., y Van Laar, M. (2008): «Estimating the total mortality among problem drug users», *Substance Use and Misuse* 43, pp. 733-747.
- Currie, C., *et al.* (dir.) (2008): «Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey», WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents número 5, Oficina regional de la OMS para Europa, Copenhague.
- Daly, M. (2007): «Plant warfare», *Druglink* 22(2), marzo-abril.
- Darke, S., y Ross, J. (2002): «Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods», *Addiction* 97, pp. 1383-1394.
- Darke, S., Degenhardt, L., y Mattick, R. (2007): *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A., *et al.* (2007): «Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study», *Addiction* 102, pp. 1954-1959.
- De Fuentes-Merillas, L., y De Jong, C.A.J. (2008): «Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie», NISPA, Nijmegen.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., *et al.* (2006): «Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro», *Revista Española de Salud Pública* 80, pp. 505-520.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J., y Kalelkar, M.B. (2008): «An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007», *Journal of Forensic Science* 53, pp. 452-454.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M., *et al.* (2003): «A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system», *Drug and Alcohol Dependence* 72, pp. 59-65.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus J.V., Nielsen, S., y Matic, S. (2007): «Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004», *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 271-280.
- ECDC (2007): *The first European communicable disease epidemiological report*, Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, Estocolmo.
- Europol (2007a): *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, proyecto SYN2007076, La Haya.
- Europol (2007b): *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, La Haya.
- Europol (2008): *European Union drug situation report 2007*, Europol, La Haya.
- Farrell, M., y Marsden, J. (2008): «Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment», *Addiction* 103, pp. 251-255.
- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A., y Wendling, B.W. (2001): «The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse», *Journal of Health Economics* 20, pp. 51-68.

- Gorman, D.M., Conde, E., y Huber, J.C. (2007): «The creation of evidence in "evidence-based" drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation», *Drug and Alcohol Review* 26, pp. 585-593.
- Gossop, M., Manning, V., y Ridge, G. (2006): «Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder», *Addiction* 101, pp. 1292-1298.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., y Treacy, S. (2002): «Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK)», *Addictive Behaviors* 27, pp. 155-166.
- Griffiths, P., Mravcik, V., López, D., y Klempova, D. (2008): «Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe», *Drug and Alcohol Review* 27, pp. 236-242.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B., et al. (2003): *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G., y Anderson, J. (2003): «Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)», *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, pp. 125-134.
- Informes nacionales de la red Reitox (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Jansen, A.C.M. (2002): *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, presentado en la II Conferencia Europea sobre el tráfico de drogas y el cumplimiento de la ley, París, 26/27 de septiembre de 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- JIFE (2008a): *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2007*, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas, Nueva York.
- JIFE (2008b): *Precursores y productos químicos frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, 2007*, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas, Nueva York.
- Kastelic, A., Pont, J., y Stöver, H. (2008): *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (disponible en: <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T., y Benschop, A. (2002): *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J., y Patton, G.C. (2006): «Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies», *Addiction* 101, pp. 948-958.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007): *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C., y Davoli, M. (2008): «Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, número 2.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L., y Davoli, M. (2004): «Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, número 4.
- Miró, O., Nogué, S., Espinosa, G., To-Figueras, J., y Sánchez, M. (2002): «Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate», *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, pp. 129-135.
- Morgan, O., Griffiths, C., y Hickman, M. (2006): «Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993-2004», *International Journal of Epidemiology* 35, pp. 1579-1585.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B., y LaRowe, S. (2004): «Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues», *Annals of Clinical Psychiatry* 16, pp. 101-109.
- NICE (2007): *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, Londres.
- Nordstrom, B.R., y Levin, F.R. (2007): «Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature», *American Journal of Addiction* 16, pp. 331-342.
- Ødegard, E., Amundsen, E.J., y Kielland, K.B. (2007): «Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach», *Drug and Alcohol Dependence* 89, pp. 176-182.
- OEDT (2002): *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- OEDT (2006): *Informe anual 2006: el problema de la drogodependencia en Europa*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- OEDT (2007a): *Informe anual 2007: el problema de la drogodependencia en Europa*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- OEDT (2007b): *Drogas y delincuencia: una relación compleja*, Drogas en el punto de mira n° 16, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- OEDT (2008a): *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph n° 8, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- OEDT (2008b): *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach*, Insights n° 9, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- OEDT (2008c): *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfsa>).

- OEDT (2008d): *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*: EMCDDA 2008 selected issue, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- OEDT (2008e): *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- OEDT (2008f): *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikoja, A., y Vuori, E. (en prensa): «An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia», *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G., et al. (2007): «A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose», *Research briefing 24*, National Treatment Agency for Substance Misuse, Londres.
- OMA (2007): *Customs and drugs report 2006*, Organización Mundial de Aduanas, Bruselas.
- ONUDD (2007a): *2007 World Drug Report*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.
- ONUDD (2007b): *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena (disponible en: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- ONUDD (2008): *2008 World Drug Report*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.
- ONUDD y Gobierno de Marruecos (2007): *Morocco cannabis survey 2005*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A., et al. (2008): «The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life», *Addiction* 103, pp. 439-449.
- Petrie, J., Bunn, F., y Byrne, G. (2007): «Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review», *Health Education Research* 22, pp. 177-191.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., et al. (2004): «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, pp. 147-155.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R., y Hopkins, L.N. (2001): «Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey», *Circulation* 103, pp. 502-506.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., et al. (2000): «Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention», *Journal of Psychoactive Drugs* 32, pp. 233-238.
- Samhsa (2005): *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D., y Wiessing, L. (2008): «Guidelines for estimating the incidence of problem drug use», Informe final CT.06.EPI.150.1.0, OEDT, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., et al. (en prensa): «Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe», Informe final WP 1 del proyecto SANCO/2006/C4/02 sobre «Política en materia de drogas y reducción de daños» para la Comisión Europea.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Higgins, S.T., Fernández-Hermida, J.R., y Carballo, J.L. (2008): «Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes», *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, pp. 202-207.
- Stallwitz, A., y Stöver, H. (2007): «The impact of substitution treatment in prisons: a literature review», *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 464-474.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., et al. (2008): Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB): *Drug and Alcohol Dependence* 92, pp. 286-290.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J., y Gill, O.N. (2006): «Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison», *BMC Public Health* 6, p. 170.
- Swift, W., Hall, W., y Copeland, J. (2000): «One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia», *Drug and Alcohol Dependence* 59, pp. 309-318.
- Szendrei, K. (1997/1998): «Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality», *Bulletin on Narcotics* XLIX y L, nºs 1 y 2.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., et al. (2007): «Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use», *Lancet* 369, pp. 1391-1401.
- USDS (2008): *International narcotics control strategy report*, Vol. I, US Department of State, Washington, DC.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R., y Prins, M. (2007): «Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users», *Addiction* 102, pp. 1454-1462.
- Werch, C.E., y Owen, D.M. (2002): «Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs», *Journal of Studies on Alcohol* 63, pp. 581-590.
- Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T., et al. (2008): «Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)», *Quarterly Journal of Medicine* 101, pp. 23-29.

Zador, D., Mayet, S., y Strang, J. (2006): «Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK», *International Journal of Epidemiology* 35, pp. 1586-1587.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H., y Lochman, J.E. (2007): «Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, pp. 33-39.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

Informe anual 2008: el problema de la drogodependencia en Europa

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

2008 — 110 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-325-3

Cómo adquirir publicaciones de la Unión Europea

Las publicaciones de la Oficina de Publicaciones que se hallan a la venta puede encontrarlas en la librería electrónica de la UE (EU-Bookshop <http://bookshop.europa.eu/>), desde donde puede efectuar su pedido a la oficina de venta que desee.

Puede solicitar una lista de nuestra red mundial de oficinas de venta al número de fax (352) 29 29-42758.

Acerca del OEDT

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) es uno de los organismos descentralizados de la Unión Europea. Se creó en 1993, tiene su sede en Lisboa y es la principal fuente de información sobre drogas y toxicomanías en Europa.

El OEDT recopila, analiza y difunde información fáctica, objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y las toxicomanías, con lo que proporciona a los interesados una imagen basada en datos empíricos del fenómeno de las drogas en Europa.

Las publicaciones del Observatorio constituyen una fuente de información primordial para un gran número de interesados, entre ellos los responsables de la adopción de políticas y sus asesores; profesionales e investigadores que trabajan en el campo de las drogas; y, de manera más general, los medios y el público en general.

El informe anual, una visión general del OEDT sobre el fenómeno de las drogas en los Estados miembros de la Unión Europea y Noruega, es un libro de referencia fundamental para quienes deseen conocer los últimos descubrimientos sobre drogas en Europa.