



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

ES

ISSN 2314-9094

Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

2014



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

| Informe | Europeo | sobre Drogas

Tendencias y novedades

2014

Advertencia legal

Esta publicación es propiedad del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) y está protegida por los derechos de autor. El EMCDDA 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 EMCDDA, los Estados miembros de la Unión Europea (UE) o cualquier institución o agencia de la Unión.

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

Europe Direct es un servicio que le ayudará 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 se publica en alemán, búlgaro, checo, croata, danés, eslovaco, esloveno, español, estonio, finés, francés, griego, húngaro, inglés, italiano, letón, lituano, neerlandés, polaco, portugués, rumano, sueco y noruego. Todas las traducciones han sido realizadas por el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea.

Al final de la obra figura una ficha catalográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014

ISBN: 978-92-9168-695-7

doi:10.2810/32415

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2014
Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

Printed in Spain

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO ELEMENTAL (ECF)



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

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

Tel. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

| Índice

5	Prefacio
9	Nota introductoria
11	RESUMEN Impacto de las drogas sobre la salud pública en un mercado europeo en evolución
17	CAPÍTULO 1 Oferta de drogas
33	CAPÍTULO 2 Consumo de drogas y problemas relacionados con las drogas
53	CAPÍTULO 3 Respuestas sanitarias y sociales a los problemas de las drogas
67	CAPÍTULO 4 Políticas sobre drogas
73	ANEXO Tablas de datos nacionales

Prefacio

El Informe Europeo sobre Drogas 2014 del EMCDDA presenta un nuevo análisis de la situación de las drogas, acompañado de una visión de conjunto de las novedades en las intervenciones y las políticas. Basado en una revisión completa de datos tanto europeos como nacionales, el Informe Europeo sobre Drogas está constituido por un conjunto interrelacionado de elementos, que tiene su centro en el presente informe sobre Tendencias y novedades. Adoptando un enfoque multidimensional, se ofrece un análisis pormenorizado de temas clave, junto con una visión general, a un nivel más elevado, de algunas cuestiones importantes y las tendencias a largo plazo. Tal perspectiva resulta valiosa, ya que permite comprender las diferentes experiencias nacionales en el contexto más amplio de los datos a escala europea. Cualesquiera que sean los intereses del lector en la situación de las drogas en Europa, confiamos en que este informe le ofrezca acceso a información y análisis de alta calidad de un modo adecuado para sus necesidades específicas.

INFORME EUROPEO SOBRE DROGAS 2014

Un conjunto de elementos interrelacionados dan acceso completo a los datos y análisis disponibles sobre el problema de las drogas en Europa



Tendencias y novedades Análisis de alto nivel de las principales novedades (impreso y en línea)	Datos y estadísticas Conjuntos completos de datos, gráficos e información metodológica (en línea)	Resúmenes de países Datos y análisis a escala nacional al alcance de su mano (en línea)	Perspectivas sobre las drogas Ventanas interactivas sobre cuestiones clave (en línea)
---	---	---	---

El análisis del presente año nos deja un importante mensaje: se ha avanzado en el desarrollo de una respuesta equilibrada, en el plano de las políticas, a los problemas de las drogas en Europa. En algunos ámbitos clave de la salud pública, las tendencias generales son ahora positivas y, en términos mundiales, el modelo europeo se presenta como un modelo fructífero. El fenómeno de las drogas es dinámico y sigue evolucionando, sin que haya margen para la complacencia, debido a las nuevas amenazas que surgen junto a problemas arraigados y residuales. Las drogas que vemos hoy son, en muchos aspectos, distintas de las que conocíamos antes. Así se advierte en las drogas establecidas, con el notable ejemplo del cannabis, donde nuevas técnicas de producción influyen en la potencia tanto del producto de la resina como de la hierba. Lo advertimos también en la producción de drogas sintéticas, con la aparición de una plétora de nuevas sustancias. Debe ser motivo de grave preocupación la reciente aparición de nuevos opiáceos sintéticos y sustancias alucinógenas farmacológicamente tan activas que incluso

cantidades minúsculas son suficientes para producir varias dosis. Apenas empezamos a vislumbrar las implicaciones futuras de estos cambios tanto para la salud pública como para el control de las drogas, pero parecen tener la capacidad de transformar la naturaleza de los problemas a los que nos enfrentamos.

No solo se están produciendo importantes cambios en el mercado europeo de las drogas, sino que lo hacen a un ritmo cada vez mayor y en el contexto de un mundo cada vez más interconectado. El EMCDDA reconoce la naturaleza global y dinámica del asunto y los retos que plantea. Por otra parte, estos cambios someten a una presión creciente nuestros sistemas de seguimiento, por lo que resulta fundamental garantizar que nuestras herramientas de vigilancia sigan siendo adecuadas para el fin pretendido. Hace casi dos décadas se implantó en Europa un sistema de alerta rápida para identificar nuevas amenazas posibles en este ámbito. Este sistema ha demostrado hoy su valor, pero nuestra capacidad forense general para identificar las consecuencias para la salud pública tanto de las sustancias ya establecidas como de las nuevas, y para informar sobre ellas, sigue siendo insuficiente. Solo cabe destacar aquí la importancia de garantizar la disponibilidad de recursos suficientes para mantener y reforzar la labor en este ámbito y resaltar el valor añadido que eso supone para la comunidad europea en su conjunto.

Nos enorgullecemos, por último, del exhaustivo análisis que ofrece el Informe Europeo sobre Drogas y de que nuestra labor siga proporcionando una base científica para inspirar las políticas y respuestas europeas. Tenemos la firme creencia, ahora más que nunca, de la importancia de este trabajo y hemos de seguir esforzándonos para ofrecer un análisis oportuno, objetivo y equilibrado del complejo y cambiante problema actual de las drogas.

João Goulão

Presidente del Consejo de Administración del EMCDDA

Wolfgang Götz

Director del EMCDDA

Nota introductoria

Este Informe se basa en la información facilitada al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) en forma de informes nacionales por los Estados miembros de la Unión Europea (UE), el país candidato Turquía, y Noruega.

Los datos estadísticos que se recogen se refieren a 2012 o al año más reciente disponible. Los totales y las tendencias a escala europea corresponden a los países que han facilitado datos suficientes y relevantes para el período especificado. El análisis de los datos da prioridad a los niveles, las tendencias y la distribución geográfica. Para conocer las advertencias técnicas y matizaciones necesarias en relación con los datos pueden consultarse la versión en línea de este informe en inglés y en el *Informe Europeo sobre Drogas: datos y estadísticas* en línea, donde se ofrece información sobre la metodología, los países informantes y los años correspondientes. La versión en línea ofrece además vínculos a recursos adicionales.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) desea expresar su agradecimiento a las siguientes personas e instituciones, sin cuya contribución no hubiera sido posible este informe:

- | los jefes de los puntos focales nacionales de la red Reitox y su personal;
- | los servicios y expertos de cada Estado miembro encargados de recabar los datos básicos para la elaboración del informe;
- | los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del EMCDDA;
- | el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea (en particular, su Grupo 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, la Oficina regional para Europa de la OMS, Interpol, la Organización Mundial de Aduanas, el proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD), el Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE) y el Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y Otras Drogas (CAN);
- | el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea, Missing Element Designers y Composiciones Rali.

Puntos focales nacionales de la red Reitox

Reitox es la red europea de información sobre la droga y las toxicomanías. Está integrada por los puntos focales nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, el país candidato Turquía, Noruega y la Comisión Europea. Los puntos focales son las autoridades nacionales que, bajo la responsabilidad de sus gobiernos, facilitan información sobre drogas al EMCDDA. En el sitio web del EMCDDA se ofrecen sus datos de contacto.

Resumen

El presente informe ofrece una visión de conjunto de alto nivel de las tendencias a largo plazo y las novedades en Europa, aunque aborda también los problemas de nueva aparición en el campo de las drogas

Impacto de las drogas sobre la salud pública en un mercado europeo en evolución

Las conclusiones principales del nuevo análisis del EMCDDA sobre el problema de la drogodependencia en Europa siguen concordando con las de nuestro informe de 2013: la situación global se mantiene en general estable, con signos positivos en algunos ámbitos, pero siguen apareciendo nuevos retos. La vieja dicotomía entre un número relativamente pequeño de consumidores de drogas, a menudo por vía parenteral, muy problemáticos y un número mayor de consumidores recreativos y experimentales se está rompiendo y se ve sustituida por una situación más gradual y compleja. En el campo de la drogodependencia en Europa, la heroína desempeña hoy un papel menos relevante que en el pasado, mientras que adquieren cada vez más importancia los estimulantes, las drogas sintéticas, el cannabis y los medicamentos.

Adoptando una «visión de conjunto», se observan avances en el cumplimiento de algunos de los principales objetivos de la política de salud pública. La perspectiva europea puede, sin embargo, oscurecer importantes diferencias nacionales. Así se advierte en los datos sobre muertes por sobredosis y sobre infecciones por el VIH relacionadas con las drogas, dos de las consecuencias más graves del consumo de drogas. En ambos casos, la tendencia general positiva de la UE contrasta agudamente con la preocupante evolución en algunos países. Reconociendo esta complejidad, el presente informe ofrece una visión de conjunto de alto nivel de las tendencias a largo plazo y las novedades en Europa, aunque aborda también los problemas de nueva aparición en el campo de las drogas.

La heroína está en declive, pero son motivo de preocupación las sustancias de sustitución

Aunque las estimaciones de producción de heroína siguen siendo globalmente elevadas y las incautaciones en Turquía se han reactivado en parte, los indicadores relativos a esta droga se mantienen en general estables o muestran una tendencia a la baja. Los datos disponibles revelan, en efecto, una disminución continua del número de consumidores de heroína que inician tratamiento, junto con tendencias decrecientes a largo plazo en las muertes por sobredosis y en la infección por el VIH, aspectos históricamente vinculados a la administración de esta droga por vía parenteral. Estos aspectos positivos se ven contrapesados, sin embargo, por algunos datos nacionales. Los recientes brotes del VIH entre consumidores en Grecia y Rumanía, junto con los

problemas existentes en algunos países bálticos, han supuesto un freno para los avances a escala europea en la reducción del número de nuevas infecciones relacionadas con las drogas. En parte, tal situación parece estar vinculada a la sustitución de la heroína por otras sustancias, en particular opioides sintéticos y estimulantes. Además, es probable que se deba también a la ausencia de intervenciones suficientes de reducción de la demanda, en particular en lo que respecta a la disponibilidad de tratamientos, y de medidas de reducción de los daños. Son motivo de preocupación además las conclusiones de un reciente ejercicio de evaluación de riesgos realizado por el EMCDDA y el ECDC, en el que han detectado en varios países europeos indicadores conductuales o de respuesta que sugieren un posible riesgo elevado de futuros daños y problemas de salud.

Presencia de una pluralidad de sustancias en las muertes inducidas por drogas

Las sobredosis siguen siendo una importante causa de mortalidad evitable entre los jóvenes europeos, a pesar de los progresos hechos en los últimos años para reducir el problema. Entre estos cabe citar el aumento de escala de las respuestas y la reducción de las conductas de riesgo. Sin embargo, en contraste con las tendencias generales, en varios países, sobre todo del norte de Europa, las muertes por sobredosis continúan siendo relativamente elevadas e incluso van en aumento.

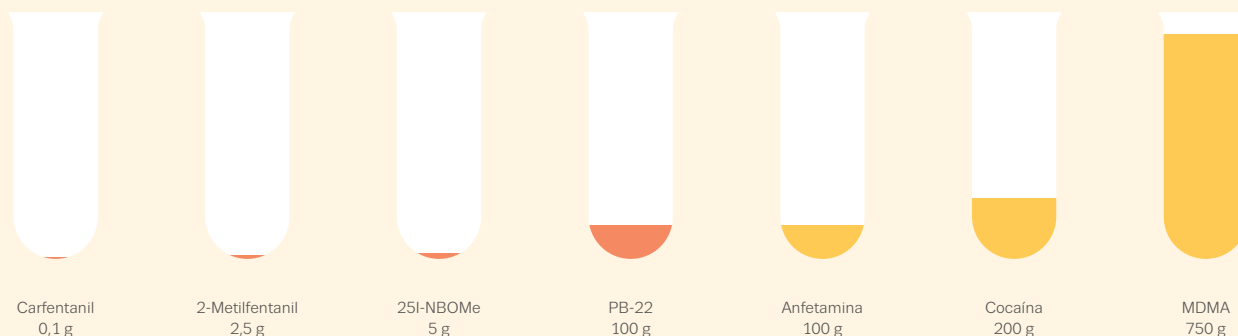
En tanto que se reducen en general las muertes relacionadas con la heroína, aumentan las relacionadas

con los opioides sintéticos, que en algunos países superan ya a las atribuidas a aquella droga. Las tasas excepcionalmente elevadas de muertes por sobredosis notificadas por Estonia, por ejemplo, se vinculan al consumo de fentanilos, una familia de opioides sintéticos muy potentes. En 2013, el EMCDDA siguió recibiendo informes de la presencia de fentanilos tanto controlados como no controlados en el mercado europeo de las drogas. Entre las drogas comunicadas al Sistema de alerta rápida de la UE en 2013 había un fentanilo nunca observado anteriormente en el mercado de la UE. Estas sustancias plantean un problema de identificación, ya que pueden estar presentes en las muestras toxicológicas en cantidades muy pequeñas.

Nuevas sustancias psicotrópicas: sin signos de reducción

La mayoría de las sobredosis se producen en politoxicómanos, por lo que suele ser problemática la atribución de la causalidad. Con la entrada continua de nuevas sustancias psicotrópicas en el mercado de las drogas, preocupa la posibilidad de que escapen a la detección de nuevas sustancias o de sustancias «oscuras» como factores contributivos a las muertes. La elevada potencia de algunas sustancias sintéticas complica aún más su detección, ya que están presentes en la sangre en concentraciones muy bajas. La aparición de sustancias sintéticas muy potentes tiene además consecuencias para los cuerpos y fuerzas de seguridad, ya que incluso pequeñas cantidades pueden transformarse en un gran número de dosis (gráfico).

¿CUÁNTA DROGA PURA SE NECESITA PARA HACER 10 000 DOSIS?



■ «Nuevas drogas» ■ «Drogas antiguas»

En 2013 se notificaron al Sistema de alerta rápida de la UE 81 nuevas sustancias psicotrópicas, con lo que se elevó a más de 350 el número de sustancias controladas. Se realizan evaluaciones de riesgos formales en las sustancias sospechosas de causar daños significativos a escala europea. En 2013 se llevaron a cabo evaluaciones de este tipo en dos sustancias y en abril de 2014 se incluyeron otras cuatro, estando previsto ampliar estas cifras. De esta suerte, en un momento en el que se debate la elaboración de nueva legislación de la UE en este ámbito, el Sistema de alerta rápida se ve sometido a presiones crecientes derivadas del volumen y variedad de las sustancias que aparecen en el mercado.

Son fundamentales en la actuación de este Sistema las notificaciones de acontecimientos adversos, principalmente muertes e intoxicaciones agudas. No obstante, son muy pocos los países que disponen de sistemas sólidos de supervisión de las emergencias sanitarias relacionadas con las drogas. No hay una notificación normalizada a escala de la UE y la falta de una supervisión sistemática en este campo representa un punto ciego en la vigilancia de la aparición de nuevas amenazas para la salud. Un ejemplo de ello son las dificultades para determinar las implicaciones a escala europea de los informes de algunos países sobre reacciones graves al consumo de cannabinoides sintéticos.

Cannabis: controversias, contrastes y contradicciones

En las encuestas de actitud en la Unión Europea, el cannabis aparece como la droga sobre la que hay una mayor polarización de las actitudes de la opinión pública. Se favorece así un intenso debate público, recientemente avivado por las modificaciones internacionales producidas en los medios de control de la disponibilidad y del consumo de cannabis, en particular tras las reformas legislativas introducidas en algunas zonas de los Estados Unidos y de América Latina.

En Europa, a diferencia de otros lugares, el consumo general de cannabis parece ser estable o incluso decreciente, especialmente entre los grupos de edad más jóvenes. La imagen, en todo caso, no es uniforme. En algunos países con baja prevalencia se han observado aumentos recientes del consumo.

De un vistazo: estimaciones del consumo de drogas en la Unión Europea

Cannabis
73,6 millones de adultos (de 15 a 64 años), o el 21,7 %, han consumido cannabis en algún momento de su vida
18,1 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años), o el 5,3 %, consumieron cannabis en el último año.
14,6 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años), o el 11,2 %, consumieron cannabis en el último año
0,4 % y 18,5 %: estimaciones nacionales más baja y más alta de consumo de cannabis en el último año entre adultos jóvenes
Cocaína
14,1 millones de adultos (de 15 a 64 años), o el 4,2 %, han consumido cocaína en algún momento de su vida
3,1 millones de adultos (de 15 a 64 años), o el 0,9 %, consumieron cocaína en el último año
2,2 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años), o el 1,7 %, consumieron cocaína en el último año
0,2 % y 3,6 %: estimaciones nacionales más baja y más alta de consumo de cocaína en el último año entre adultos jóvenes
Anfetaminas
11,4 millones de adultos (de 15 a 64 años), o el 3,4 %, han consumido anfetaminas en algún momento de su vida
1,5 millones de adultos (de 15 a 64 años), o el 0,4 %, consumieron anfetaminas en el último año.
1,2 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años), o el 0,9 %, consumieron anfetaminas en el último año
0,0 % y 2,5 %: estimaciones nacionales más baja y más alta de consumo de anfetaminas en el último año entre adultos jóvenes
Éxtasis
10,6 millones de adultos (de 15 a 64 años), o el 3,1 %, han consumido éxtasis en algún momento de su vida
1,6 millones de adultos (de 15 a 64 años), o el 0,5 %, consumieron éxtasis en el último año.
1,3 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años), o el 1,0 %, consumieron éxtasis en el último año
0,1 % y 3,1 %: estimaciones nacionales más baja y más alta de consumo de éxtasis en el último año entre adultos jóvenes
Opioides
1,3 millones de consumidores problemáticos de opioides (de 15 a 64 años)
El 3,5 % de todas las muertes de europeos de 15 a 39 años de edad se produjeron por sobredosis Se detectaron opioides en tres cuartas partes de las muertes por sobredosis
Droga principal en el 45 % de las solicitudes de tratamiento por drogodependencia en la Unión Europea
700 000 consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en 2012

Nota: Para el conjunto completo de datos e información sobre la metodología, véase el *Informe Europeo sobre Drogas: datos y estadísticas* en línea.

En contraste con la discusión de las opciones normativas existentes, típica del debate político, las novedades prácticas se ciñen principalmente a la adopción de medidas para responder a los problemas sociales y a los daños vinculados a la producción y el consumo de cannabis. Se conocen cada vez mejor las consecuencias para la salud de las diferentes pautas de consumo de esta droga. Han aumentado la disponibilidad y la práctica de terapias, aunque se ha estabilizado el número de consumidores que inician tratamiento especializado. El cannabis es ahora la droga que más se notifica como droga principal entre los consumidores que inician tratamiento por primera vez en su vida. Ha mejorado asimismo el conocimiento de lo que constituye una respuesta efectiva en este ámbito, como lo demuestra la inversión de los países en una amplia gama de servicios, desde sesiones intensivas de apoyo en las que se incluye a miembros de la familia hasta intervenciones breves ofrecidas a través de Internet.

Desde el año 2000, aproximadamente, muchos países han reducido la gravedad de las penas impuestas por las infracciones asociadas al consumo o a la posesión para consumo personal. En términos más generales, el debate europeo sobre el control del cannabis tiende a centrarse en la oferta y el tráfico, más que en el consumo. En contradicción con ello, sin embargo, desde hace una década ha crecido firmemente el número total de infracciones vinculadas al consumo y a la posesión para consumo personal de esta droga.

**La naturaleza cada vez más
dinámica, global e innovadora
del mercado de drogas
moderno se ilustra asimismo
por la reaparición de polvo
y pastillas de éxtasis
de alta calidad**

Producción y oferta de drogas: un negocio fundamental para la delincuencia organizada

La escala del mercado de cannabis, combinada con el aumento de la producción nacional, ha favorecido el reconocimiento creciente de la importancia de la droga como fuente de dinero en efectivo para los grupos de delincuencia organizada. No obstante, ha aumentado también la atención que se da a los costes sociales derivados, como los que se reflejan en la violencia y la comisión de otros tipos delictivos, así como en las presiones a que se ven sometidos los cuerpos y fuerzas de seguridad por la actuación policial relacionada con los lugares de producción de droga.

Tanto a escala internacional como a escala de la Unión Europea, se ha relacionado la producción de cannabis con la presencia de grupos de la delincuencia organizada procedentes del Sudeste asiático, entre otras zonas. Hay signos preocupantes de una diversificación en favor de la producción y venta de metanfetamina en algunas partes de Europa central. Este fenómeno constituye una manifestación concreta de una evolución más general observada en el reciente análisis del EMCDDA y Europol del mercado de las drogas, y que puede expresarse en la estrategia multiproducto, oportunista e interrelacionada que siguen los grupos de delincuencia organizada. Así se advierte en algunos grupos históricamente implicados en el tráfico de heroína, que ahora trafican en la Unión Europea con cocaína y metanfetamina usando las rutas abiertas para la heroína.

El informe de 2014 pone de relieve nuevas preocupaciones al respecto, dadas las pruebas de aumento de la disponibilidad de metanfetamina en Europa. Aparte de la producción nacional en Europa central y septentrional, esta droga viene también de Oriente Próximo y en ocasiones se importa en la Unión Europea para su reexportación a los países del Sudeste asiático. En todo caso, una parte cada vez mayor de la producción se distribuye en Europa. Son especialmente preocupantes al respecto los nuevos informes sobre consumo de metanfetamina por inhalación del humo en Grecia y Turquía, dados los posibles riesgos para la salud asociados a esta pauta.

La naturaleza cada vez más dinámica, global e innovadora del mercado de drogas moderno se ilustra asimismo por la reaparición de polvo y pastillas de éxtasis de alta calidad en la Unión Europea y en otras zonas. Esa presencia parece deberse a la importación de sustancias químicas no controladas o «enmascaradas» por parte de los productores ilegales, para dedicarlas a la fabricación de la droga. Recientemente, Europol ha comunicado el

desmantelamiento en Bélgica de los dos mayores centros de producción de droga localizados hasta el momento en la Unión Europea y dotados de una capacidad que les permitía producir con rapidez grandes volúmenes de MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina). Las incautaciones y las notificaciones de acontecimientos adversos para la salud han impulsado además a Europol y al EMCDDA a publicar una advertencia conjunta sobre la disponibilidad de productos de potencia extremadamente alta que contienen MDMA.

El volátil mercado de los estimulantes

Está por ver si los aumentos en el contenido de MDMA observados en las pastillas de éxtasis ayudarán a renovar el interés de los consumidores por esta droga. El mercado europeo general de estimulantes ilegales parece relativamente estable, manteniéndose la cocaína como el estimulante preferido en los países meridionales y occidentales y predominando la anfetamina en los países del norte y el este. Los indicadores de consumo de cocaína y de anfetamina muestran en general una tendencia a la baja.

La significación de las diferencias geográficas en el mercado de los estimulantes en Europa se ve respaldada por los nuevos estudios realizados en aguas residuales, cada vez mejor dotados para aportar datos sobre las conductas de consumo de drogas a escala de ciudad o de cualquier entorno concreto.

La disponibilidad es un factor clave del consumo de estimulantes. La escasez de una droga puede inducir a los consumidores a probar una sustancia distinta y en este caso adquieren una importancia especial el precio y las percepciones de la calidad. Así se ha comprobado en entornos recreativos y entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Todo ello opera sobre el telón de fondo del número cada vez mayor de productos disponibles en el mercado de los estimulantes, del que forman parte las catinonas sintéticas, junto con la metanfetamina, la anfetamina, el éxtasis y la cocaína.

Los costes a largo plazo del tratamiento de los problemas relacionados con las drogas

Europa se enfrenta al doble reto de desarrollar respuestas eficaces a los nuevos problemas y de seguir atendiendo las necesidades de los consumidores de drogas sometidos a tratamiento de larga duración.

Este informe pone de relieve los cambios producidos y la aparición de nuevas pautas en la epidemiología y en las respuestas. Con todo, la mayor parte de los costes del tratamiento de la drogodependencia siguen vinculados a los problemas derivados de las «epidemias» de heroína en las décadas de los 80 y los 90. Aunque es posible que esté disminuyendo la iniciación en el consumo de heroína, la dependencia de esta droga, caracterizada por un modelo de enfermedad crónica con ciclos de recidiva e inicio de tratamiento, sigue exigiendo intervenciones. La Unión Europea ha invertido grandes recursos en el ofrecimiento de oportunidades de tratamiento para este grupo de consumidores, estimándose que actualmente hay unas 750 000 personas en tratamiento de sustitución de opioides. Son un argumento de peso en favor de esta intervención los beneficios para la salud pública resultantes y la contribución al debilitamiento del mercado ilegal. Europa ha de atender ahora a una cohorte de antiguos y actuales consumidores de heroína, muchos de ellos en situación de desventaja y exclusión social. En este contexto, hay un interés creciente por su recuperación y reinserción social. Por otra parte, a medida que envejece esta población es probable que aumenten sus vulnerabilidades a una serie de problemas de salud.

1

**Se producen anualmente
cerca de un millón de incautaciones
de drogas ilegales**

Oferta de drogas

Europa es un importante destino de sustancias controladas, además de desempeñar un papel más limitado como punto de tránsito a otras regiones. América Latina, Asia occidental y el norte de África son fuentes importantes de entrada de drogas en Europa. Europa es además una región productora de cannabis y de drogas sintéticas. El cannabis producido se destina casi en su totalidad al consumo local, mientras que algunas de las drogas sintéticas elaboradas se exportan a otras regiones.

La disponibilidad creciente de «nuevas sustancias psicotrópicas» no controlada por los tratados internacionales de control de drogas representa un rasgo relativamente novedoso de los mercados europeos de la droga. Estas sustancias, producidas normalmente fuera de Europa, se obtienen de minoristas en línea o de establecimientos especializados y a veces se venden también junto con sustancias controladas en el mercado de drogas ilegales.

Supervisión de la oferta de drogas

El análisis de esta sección se basa en varias fuentes de datos: incautaciones de drogas, desmantelamientos de laboratorios de producción, incautaciones de sustancias químicas precursoras, infracciones relacionadas con la oferta de drogas, precios minoristas de las drogas y análisis forenses de las incautaciones. Pueden consultarse series completas de datos y notas metodológicas al respecto en el *Informe Europeo sobre Drogas: datos y estadísticas en línea*. Debe señalarse que las tendencias pueden estar influidas en parte por distintos factores, como el nivel de actividad de los cuerpos y fuerzas de seguridad y la eficacia de las medidas de prohibición.

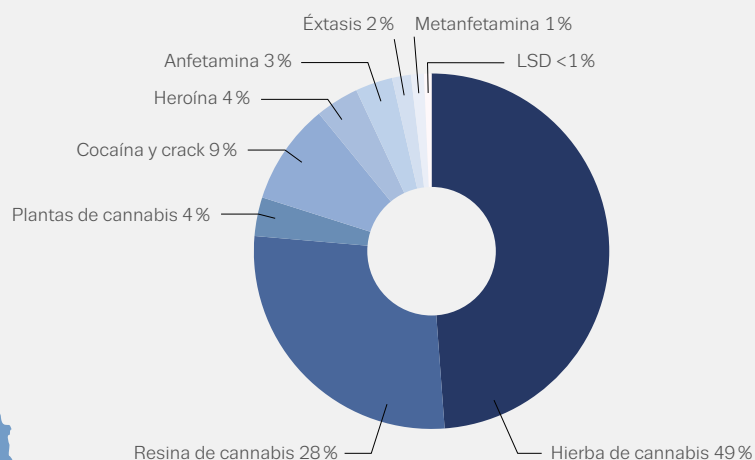
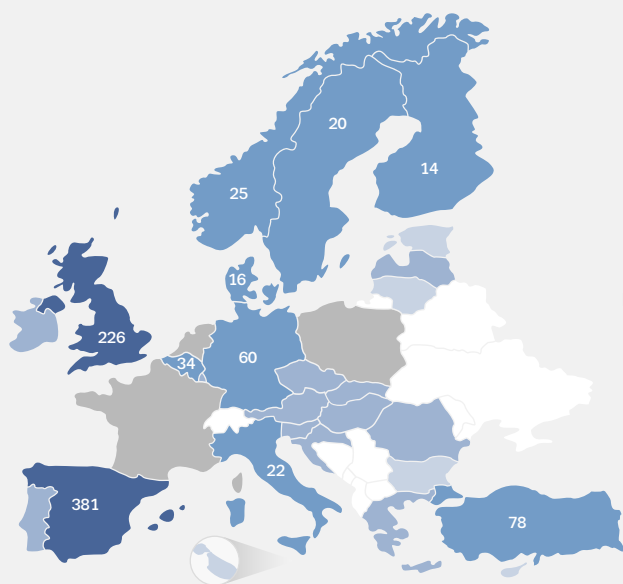
Los datos sobre nuevas sustancias psicotrópicas se basan en las notificaciones al Sistema de alerta rápida de la UE, que se nutre a su vez de datos del EMCDDA y de las redes nacionales de Europol. Puede verse una descripción detallada de este mecanismo en el sitio web del EMCDDA, en el apartado «Action on new drugs».

El 80 % de incautaciones en Europa son de cannabis

Se producen anualmente cerca de un millón de incautaciones de drogas ilegales. En su mayor parte corresponden a pequeñas cantidades decomisadas a los consumidores, aunque hay también incautaciones de varios kilogramos hechas a traficantes y productores.

GRÁFICO 1.1

Número de incautaciones por países (izquierda) y proporción de las incautaciones de las drogas principales (derecha), 2012



Incautaciones (en miles) ■ <1 ■ 1-10 ■ 11-100 ■ >100 ■ No hay datos
 Nota: Número de incautaciones (en miles) en los diez países con los valores más altos.

En 2012, dos tercios de las incautaciones en la Unión Europea se concentraron en dos países, España y el Reino Unido. Fueron menores, aunque no desdeñables, las cifras de Alemania, Bélgica, Italia y los cuatro países nórdicos (gráfico 1.1). Cabe señalar que no hay datos recientes disponibles para tres países que notificaron un gran número de incautaciones en el pasado. Otro país importante desde el punto de vista de las incautaciones es Turquía, en el que algunas de las drogas aprehendidas estaban destinadas al consumo en otros países, tanto de Europa como de Oriente Próximo.

Más del 80 % de las incautaciones en Europa son de cannabis (gráfico 1.1), lo que refleja la prevalencia relativamente elevada del consumo de esta droga. El segundo lugar corresponde a la cocaína, cuyas incautaciones duplican las de las anfetaminas o la heroína. El número de incautaciones de éxtasis es menor, aunque ha crecido en los últimos años.

Más del 80 % de las incautaciones en Europa son de cannabis, lo que refleja la prevalencia relativamente elevada del consumo de esta droga

Cannabis: aumento de la disponibilidad de hierba

En el mercado europeo de drogas son comunes dos productos de cannabis: la hierba de cannabis («marihuana») y la resina de cannabis («hachís»). Su consumo anual conjunto puede estimarse en unas 2 000 toneladas.

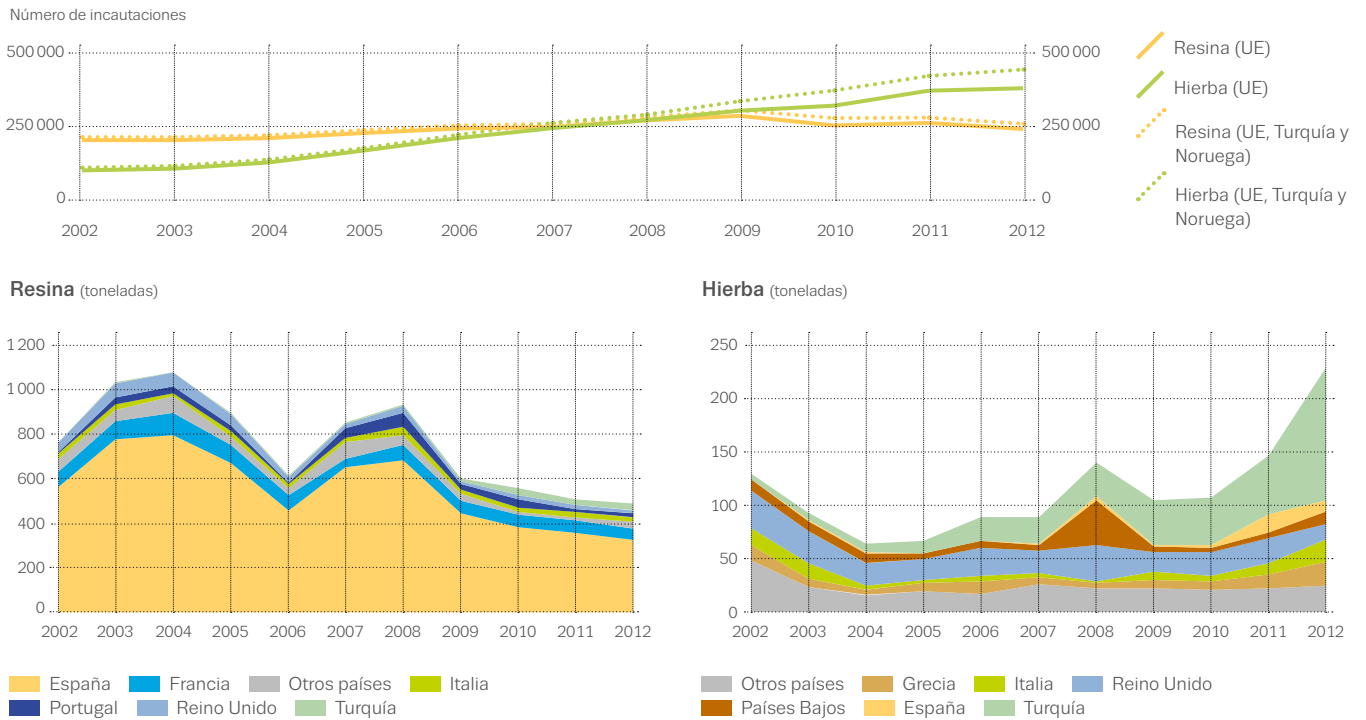
La hierba de cannabis que se encuentra en Europa es tanto de cultivo interior como procedente de otros países. La resina se importa en su mayor parte de Marruecos, por vía marítima o aérea.

En los últimos diez años, el número de incautaciones de hierba ha superado al de resina y ahora representa casi dos tercios del total (gráfico 1.2). Este dato refleja, en parte, la disponibilidad creciente en muchos países de hierba de producción interior. No obstante, la cantidad de resina incautada, a pesar de su disminución en los últimos años, sigue siendo muy superior a la de hierba (457 toneladas frente a 105 toneladas en 2012). Quizá se deba a que es más fácil trasladar la resina en grandes volúmenes a través de distancias geográficas mayores y cruzando las fronteras, lo que la hace más vulnerable a la prohibición.

Por lo demás, las cantidades incautadas son desproporcionadamente altas en un pequeño número de países, en parte debido a su ubicación en las principales

GRÁFICO 1.2

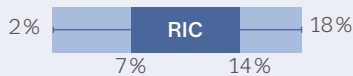
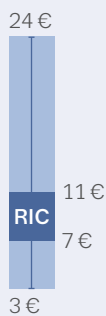
Número de incautaciones de cannabis y cantidad incautada en toneladas: resina y hierba, 2002-12



CANNABIS

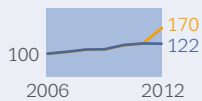
Resina

457 toneladas incautadas **240 000 incautaciones**
486 toneladas incautadas (UE + 2) **258 000 incautaciones (UE + 2)**



Potencia (% THC)

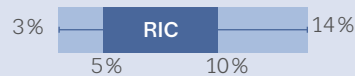
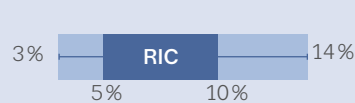
Precio (EUR/g)



Índices de precio y potencia

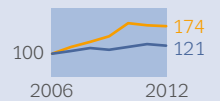
Hierba

105 toneladas incautadas **395 000 incautaciones**
230 toneladas incautadas (UE + 2) **457 000 incautaciones (UE + 2)**



Potencia (% THC)

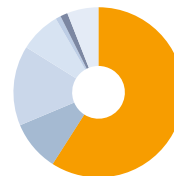
Precio (EUR/g)



Índices de precio y potencia

121 000 infracciones relacionadas con la oferta de cannabis

59% de las infracciones relacionadas con la oferta

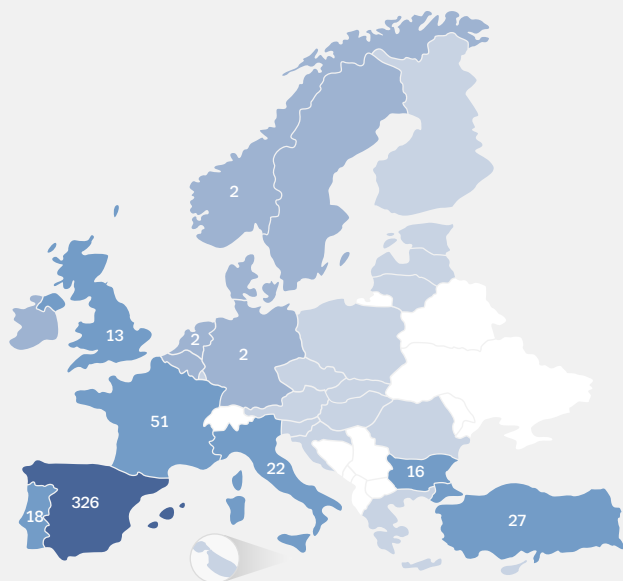


UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y potencia de los productos de cannabis: valores nacionales medios: mínimo, máximo y rango intercuartílico (RIC). Los países comprendidos varían en función del indicador.

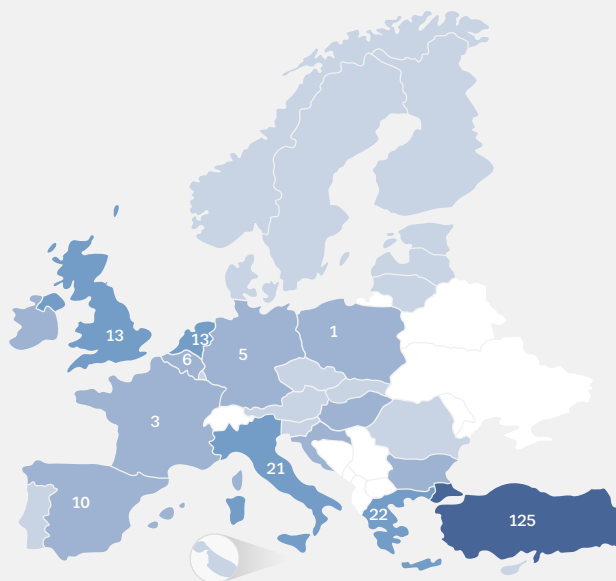
GRÁFICO 1.3

Cantidades de resina de cannabis y hierba de cannabis incautadas, 2012

Resina



Hierba



Toneladas <1 1-10 11-100 >100

Nota: Cantidades incautadas (en toneladas) en los diez países con los valores más altos.

rutas de tráfico (gráficos 1.2 y 1.3). España, por ejemplo, por su proximidad a Marruecos y su importante mercado interior, notificó en 2012 dos tercios de la cantidad total de resina incautada en Europa. En lo que respecta a la hierba, en Grecia e Italia se ha notificado recientemente un alto incremento en las cantidades incautadas. Desde 2007, las incautaciones en Turquía viene siendo mayores que en cualquiera de los Estados miembros de la UE, habiéndose duplicado en 2012 las cantidades comunicadas en 2011.

En lo que respecta a las plantas de cannabis, las incautaciones pueden considerarse indicativas de la producción interior, aunque la calidad de los datos disponibles plantea problemas de comparación. En 2012 se notificaron en Europa 33 000 incautaciones. Entre 2011 y 2012 aumentaron de 5 a 7 millones de plantas, debido en gran medida a que se cuadruplicó el número de las notificadas por Italia. En el mismo período, la cantidad incautada total aumentó de 33 toneladas a 45 toneladas.

Las tendencias indexadas a nivel europeo indican un aumento entre 2006 y 2012 tanto del precio de venta al por menor como de la potencia (contenido de tetrahidrocannabinol, THC) de la hierba y la resina de cannabis. La potencia, en concreto, aumentó en ese período, aunque en el caso de la resina el aumento se produjo entre 2011 y 2012.

La aparición de cannabinoides sintéticos, sustancias químicas que simulan los efectos del cannabis, añade una nueva dimensión al mercado de esta droga. La mayor parte de los cannabinoides sintéticos en polvo parecen elaborarse en China y exportarse a granel, utilizando en parte redes de transporte y distribución legales. Una vez en la Unión Europea, se mezclan o se rocían sobre hierbas y se acondicionan como «euforizantes legales» para su venta o en Internet o por otros minoristas. En los seis primeros meses de 2013, 18 países notificaron más de 1 800 incautaciones de cannabinoides sintéticos. Los más importantes se produjeron en España (20 kg) y en Finlandia (7 kg).

Heroína: descenso generalizado de las incautaciones, con aumentos de Turquía

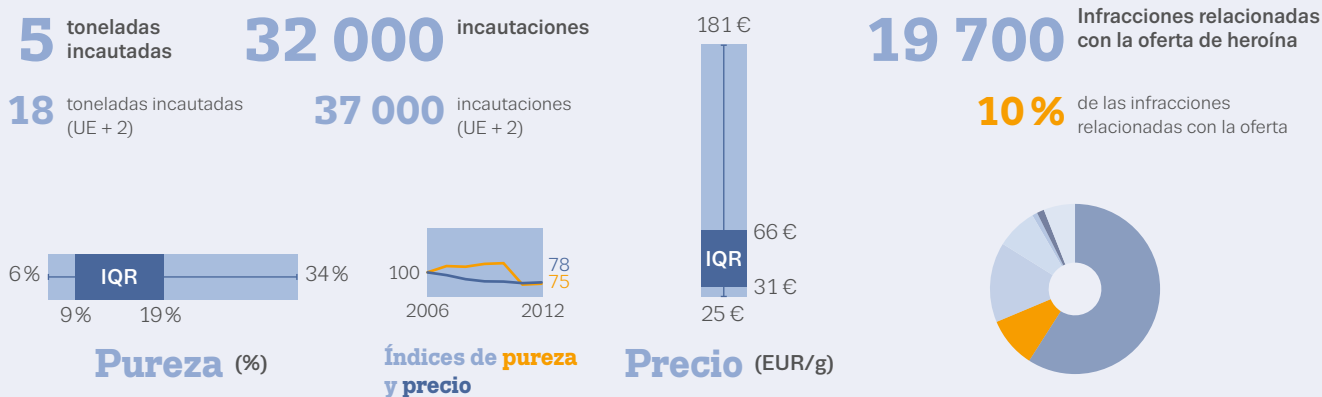
En Europa se han importado tradicionalmente dos tipos de heroína. La más común es la heroína marrón (forma química de base), procedente en su mayor parte de Afganistán. Mucho menos común es la heroína blanca (en forma de sal), que llegó históricamente de Asia sudoriental pero que ahora puede producirse en cualquier lugar. Sigue habiendo además una producción limitada de opioides, como acreditan las notificaciones de productos de adormidera en algunas partes de Europa oriental.

Afganistán sigue siendo el primer productor ilegal mundial de opio y la mayor parte de la heroína de Europa se piensa que se fabrica en ese país o, en menor medida, en los vecinos Irán o Pakistán. La entrada en Europa puede producirse por varias rutas. Una de ellas atraviesa Turquía y llega a los países de los Balcanes (Bulgaria, Rumanía y Albania) y a la Europa central, meridional y occidental. Otra ruta pasa por Rusia, a través de las antiguas repúblicas soviéticas de Asia central. También puede entrar heroína procedente de Irán y Pakistán por vía aérea o marítima, ya sea directamente o haciendo escala en países de África occidental y oriental.

Entre 2002 y 2010, el número de incautaciones de heroína notificadas en Europa se mantuvo relativamente estable, estabilizándose los niveles en torno a unas 50 000. No obstante, desde 2010 han disminuido considerablemente, habiéndose producido en 2012 unas 32 000. La cantidad de heroína incautada en 2012 (5 toneladas) fue la más baja notificada en la última década y equivale a la mitad de la cifra de 2002 (10 toneladas). Esa disminución ha ido acompañada de un aumento en Turquía, donde desde 2006 las incautaciones han superado todos los años las cifras combinadas de la UE (gráficos 1.4 y 1.5).

Desde 2010, el número de incautaciones de heroína ha disminuido considerablemente, habiéndose notificado unas 32 000 en 2012

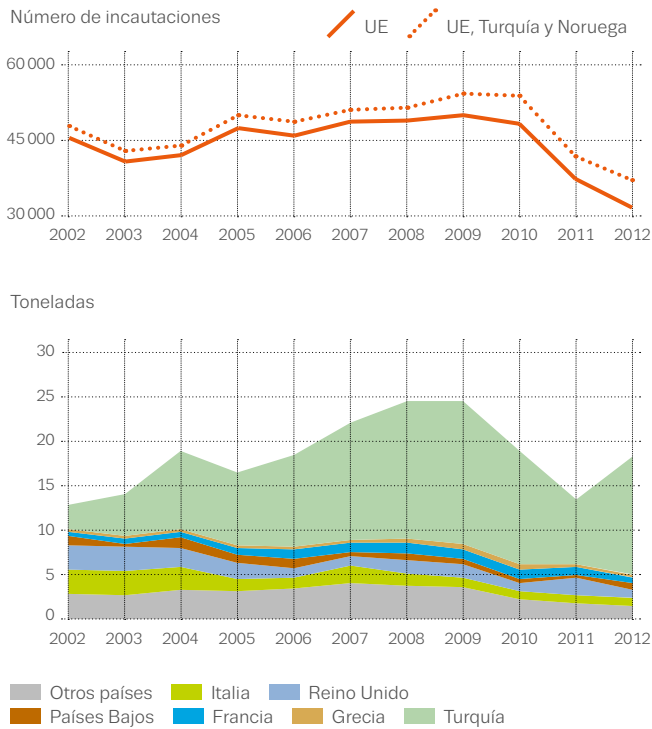
HEROÍNA



UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de la «heroína marrón»: valores nacionales medios: mínimo, máximo y rango intercuartílico (RIC). Los países comprendidos varían en función del indicador.

GRÁFICO 1.4

Número de incautaciones de heroína y cantidades incautadas, 2002-12

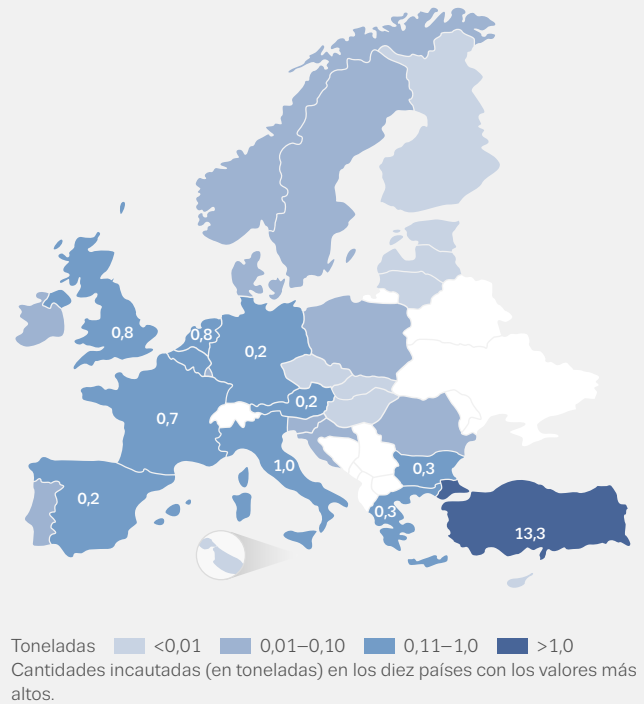


La disminución observada desde 2010/11 se refleja en las tendencias de los datos relativos tanto a la pureza como al número de infracciones relacionadas con la oferta de drogas (véase el capítulo 4). Varios países han sufrido importantes escaseces en ese período, de las que pocos mercados parecen haberse recuperado plenamente. En Turquía, por otra parte, las cantidades de heroína incautada se redujeron en 2011, antes de regresar a niveles más elevados en 2012.

Se ha notificado al Sistema de alerta rápida de la UE el uso de opioides sintéticos como alternativa a la heroína. Entre ellos se encuentran fentanilos muy potentes, que o bien se desvían de suministros farmacéuticos, como sucede con los parches analgésicos dispensados por vías inadecuadas, o bien se elaboran específicamente para el mercado ilegal. Entre 2012 y 2013 se notificaron 28 incautaciones de un nuevo opiáceo sintético, AH-7921, similar farmacológicamente a la morfina (véase la página 28).

GRÁFICO 1.5

Cantidades de heroína incautadas, 2012



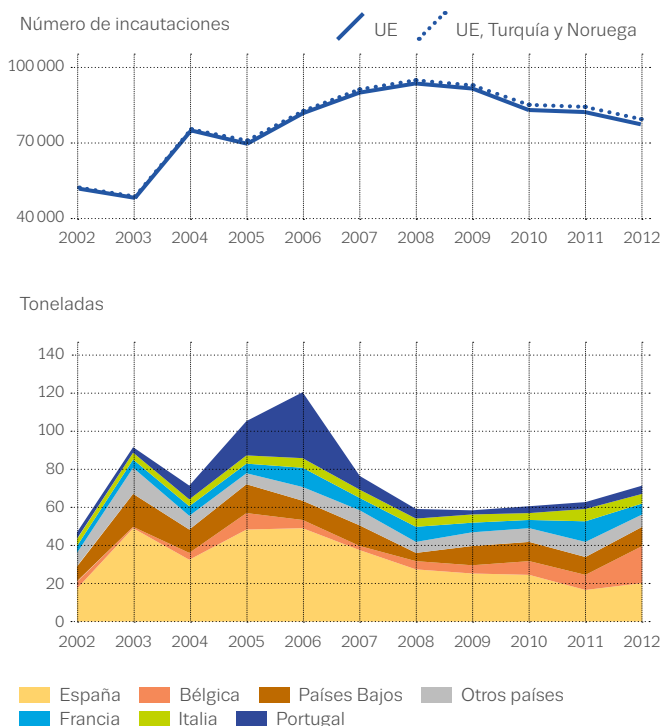
Cocaína: sigue disminuyendo el número de incautaciones

Hay dos formas de cocaína disponibles en Europa. La más común es el polvo de cocaína (una sal clorhidrato, HCl). Menos frecuente es el crack, una forma en la que se inhala el humo. La cocaína se produce a partir de las hojas del arbusto de coca. Se obtiene casi exclusivamente en Bolivia, Colombia y Perú y se transporta a Europa por vía marítima y aérea. El tráfico de cocaína a Europa - y la actuación de los cuerpos y fuerzas de seguridad contra este tráfico - parece producirse principalmente a través de los países de Europa occidental y del sur, ya que España, Bélgica, Países Bajos, Francia e Italia totalizaron el 85 % de las 71 toneladas incautadas en 2012 (gráfico 1.6). Algunas grandes incautaciones realizadas en puertos en Bulgaria, Grecia, Rumanía y los países bálticos son signos de la diversificación actual de las rutas del tráfico de cocaína a Europa.

En 2012 se notificaron en la Unión Europea unas 77 000 incautaciones de cocaína, con un total de 71 toneladas de droga. Esta cifra sigue siendo alta en comparación con la de 2002. No obstante, se ha reducido a partir de un pico de unas 95 000 incautaciones en 2008. La cantidad

GRÁFICO 1.6

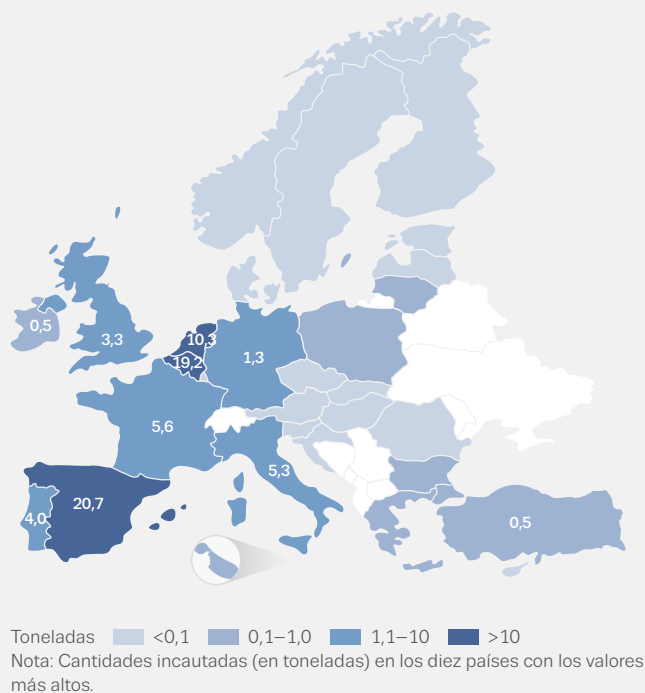
Número de incautaciones de cocaína y cantidades incautadas, 2002-12



incautada en 2012 fue unas 10 toneladas superior a la del año anterior, aunque siguió muy por debajo del máximo de 120 toneladas de 2006 (gráfico 1.6). Los descensos más notables se observaron en la Península Ibérica, en

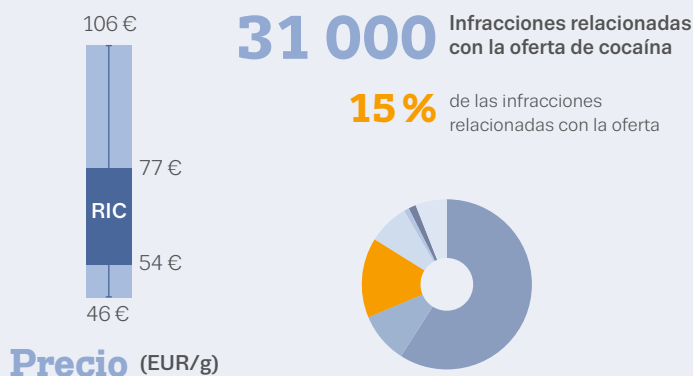
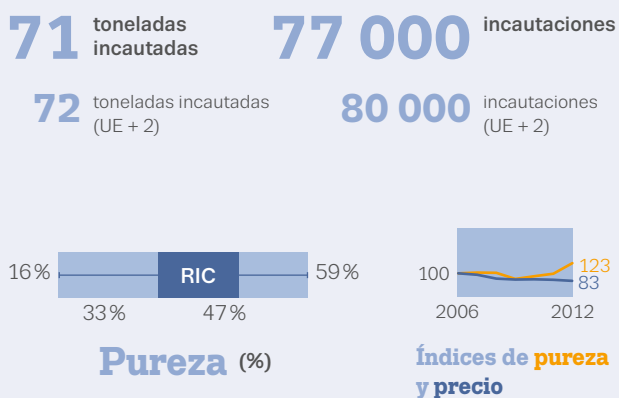
GRÁFICO 1.7

Cantidades de cocaína incautadas, 2012



particular en Portugal entre 2006 y 2007 y más gradualmente en España entre 2006 y 2011. En 2012 hubo un récord de incautaciones en Bélgica (19 toneladas) (gráfico 1.7).

COCAÍNA



UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de la cocaína: valores nacionales medios: mínimo, máximo y rango intercuartílico (RIC). Los países comprendidos varían en función del indicador.

Anfetaminas: signos de aumento de la producción de metanfetamina

La anfetamina y metanfetamina son estimulantes sintéticos estrechamente relacionados, conocidos de forma genérica como anfetaminas. De las dos, la anfetamina ha sido siempre la más común en Europa, aunque ha habido signos recientes de aumento de la disponibilidad de metanfetamina.

Ambas drogas se elaboran en Europa para consumo interior, aunque parte de la anfetamina se produce también para su exportación, principalmente a Oriente Próximo. Se sabe que se produce anfetamina en Bélgica y los Países Bajos, así como en Polonia y en los países bálticos. En cuanto a la metanfetamina, pueden identificarse dos zonas principales de producción. En primer lugar, en los Estados bálticos, donde la producción se centra en Lituania para la exportación a Noruega, Suecia y el Reino Unido. En esta región, se utiliza como precursor principal BMK (benzil metil cetona). En la segunda zona, centrada en torno a la República Checa y los países vecinos Eslovaquia y Alemania, la producción se basa fundamentalmente en efedrina y pseudoefedrina y tiene lugar a pequeña escala en laboratorios caseros. En este caso, se destina

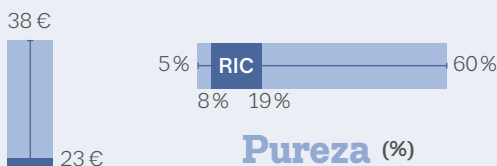
principalmente a la distribución dentro del país. En los últimos dos años, se han observado signos de una mayor presencia de grupos vietnamitas de delincuencia organizada en los mercados de metanfetamina checos y de un aumento de la escala de producción. En 2011 se notificaron 350 operaciones de desmantelamiento de centros de producción de metanfetamina en Europa, aunque la mayoría eran de pequeña escala y se encontraban en la República Checa (338).

En 2012 fueron notificadas 29 000 incautaciones de anfetamina por los Estados miembros de la UE, con un total de 5,5 toneladas. Más de la mitad de la cantidad total correspondió a Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido (gráfico 1.8). En 2012, las incautaciones de anfetamina, tanto en número de operaciones como en cantidad, volvieron más o menos al nivel de 2003 (gráfico 1.9). En cambio, las de metanfetamina, aunque todavía pequeñas en número y en cantidad, aumentaron en el mismo período (gráfico 1.10). En 2012 se notificaron en la Unión Europea 7 000 incautaciones de metanfetamina, con un total de 0,34 toneladas. Hubo 4 000 incautaciones, con un total de 0,64 toneladas, en Turquía y Noruega, que en conjunto notificaron el doble de la cantidad correspondiente a la Unión Europea.

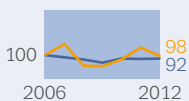
ANFETAMINAS

Anfetamina

5,5 toneladas incautadas **29 000 incautaciones**
 5,9 toneladas incautadas (UE + 2) 32 000 incautaciones (UE + 2)



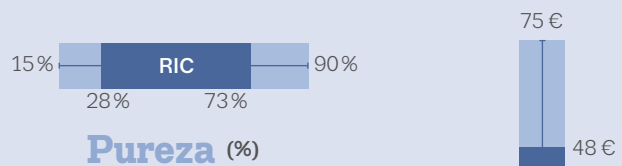
Precio (EUR/g)



Índices de precio y pureza

Metanfetamina

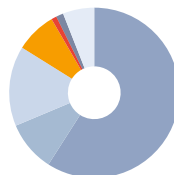
0,3 toneladas incautadas **7 000 incautaciones**
 1,0 toneladas incautadas (UE + 2) 11 100 incautaciones (UE + 2)



Precio (EUR/g)

16 000

Infracciones relacionadas con la oferta de anfetamina **8%**
 de las infracciones relacionadas con la oferta



2 300

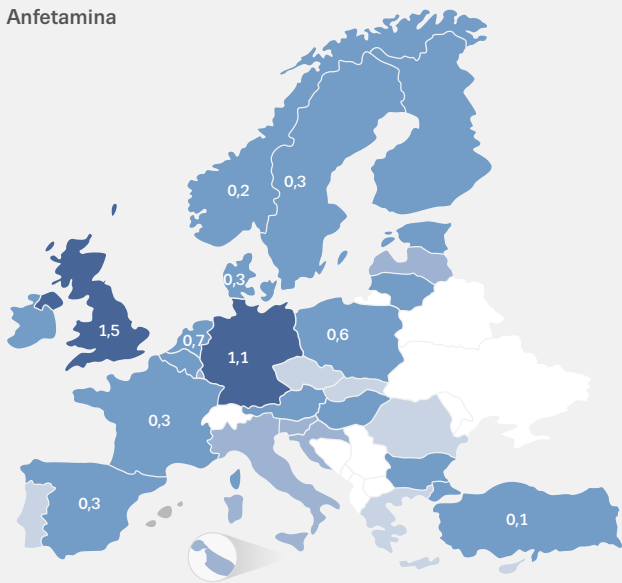
Infracciones relacionadas con la oferta de metanfetamina **1%**
 de las infracciones relacionadas con la oferta

UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de las anfetaminas: valores nacionales medios: mínimo, máximo y rango intercuartílico (RIC). No se dispone de índices para la metanfetamina. Los países comprendidos varían en función del indicador.

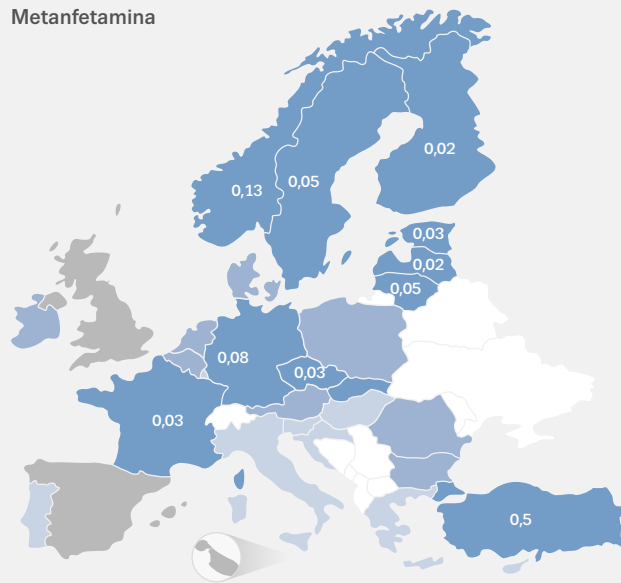
GRÁFICO 1.8

Cantidades de anfetamina y metanfetamina incautadas, 2012

Anfetamina



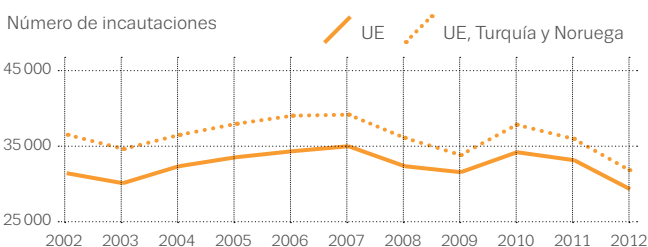
Metanfetamina



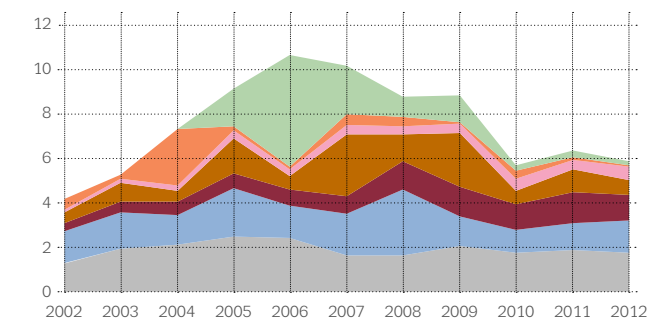
Toneladas ■ <0,001 ■ 0,001–0,010 ■ 0,011–1,0 ■ >1,0 ■ No hay datos
 Cantidades incautadas (en toneladas) en los diez países con los valores más altos.

GRÁFICO 1.9

Número de incautaciones de anfetamina y cantidades incautadas, 2002-12



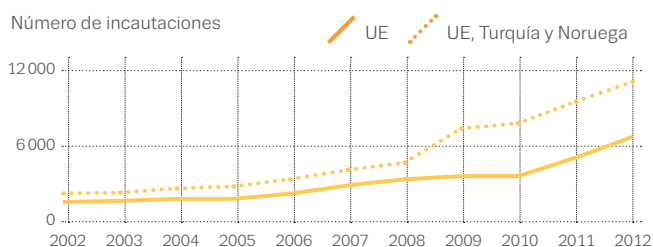
Toneladas



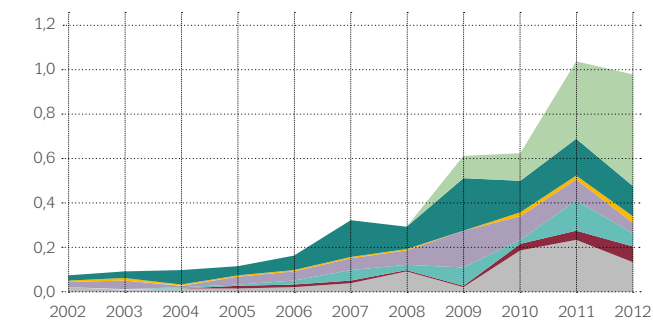
Otros países ■ Reino Unido ■ Alemania ■
 Países Bajos ■ Polonia ■ Bélgica ■ Turquía ■

GRÁFICO 1.10

Número de incautaciones de metanfetamina y cantidades incautadas, 2002-12



Toneladas



Otros países ■ Alemania ■ Lituania ■ Suecia ■
 República Checa ■ Noruega ■ Turquía ■

Éxtasis: polvo de elevada pureza

Se denomina habitualmente éxtasis la sustancia sintética MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina), relacionada químicamente con las anfetamina, pero que se diferencia en alguna medida en sus efectos. Las pastillas vendidas como éxtasis pueden contener, sin embargo, otras sustancias análogas a la MDMA y compuestos químicos no relacionados. La MDMA en polvo y en forma cristalina parece ser cada vez más común y en algunas partes de Europa se ofrece polvo de alta pureza.

La producción de éxtasis en Europa parece estar concentrada en Bélgica y los Países Bajos, a juzgar por el número de laboratorios desmantelados en estos países a lo largo de la pasada década. El número de laboratorios desmantelados en Europa se redujo de 50 en 2002 a tres en 2010, lo que indica una gran disminución de la producción de la droga. Más recientemente ha habido signos de recuperación del mercado del éxtasis, habiéndose desmantelado varios lugares de producción de MDMA en Bélgica y los Países Bajos en 2013.

En 2012 se incautaron 4 millones de pastillas de éxtasis en la Unión Europea, principalmente en los Países Bajos (2,4 millones), seguido del Reino Unido (0,5 millones) y Alemania (0,3 millones). Por otra parte, Turquía se incautó de 3 millones de pastillas en ese año (gráficos 1.11 y 1.12). El total de pastillas incautadas en la Unión Europea en 2012 representa menos de la quinta parte de la cifra de 2002 (23 millones). En términos generales, las incautaciones disminuyeron entre 2002 y 2009, antes de experimentar un lento aumento en los años siguientes (gráfico 1.11). Esta tendencia se reflejó asimismo en los datos disponibles sobre el contenido de MDMA de las pastillas analizadas, que disminuyó hasta 2009 y luego aumentó en los tres últimos años de elaboración de informes.

Tanto la MDMA en polvo como en forma cristalina son cada vez más frecuentes y en algunas partes de Europa se ofrece polvo de alta pureza

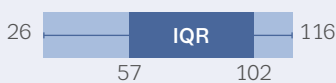
ÉXTASIS

4 millones de pastillas incautadas

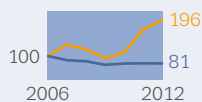
7 millones de pastillas incautadas (UE + 2)

11 200 incautaciones

16 000 incautaciones (UE + 2)



Pureza (MDMA mg/pastilla)



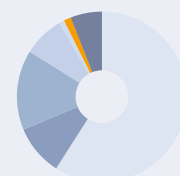
Índices de pureza y precio



Precio (EUR/pastilla)

3 000 infracciones relacionadas con la oferta de éxtasis

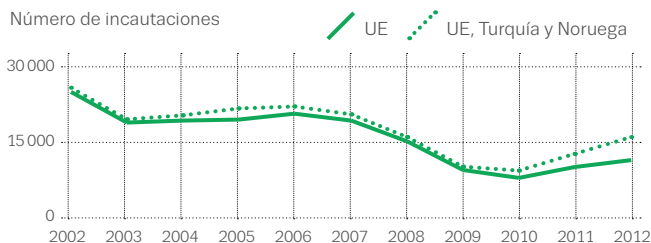
1% de las infracciones relacionadas con la oferta



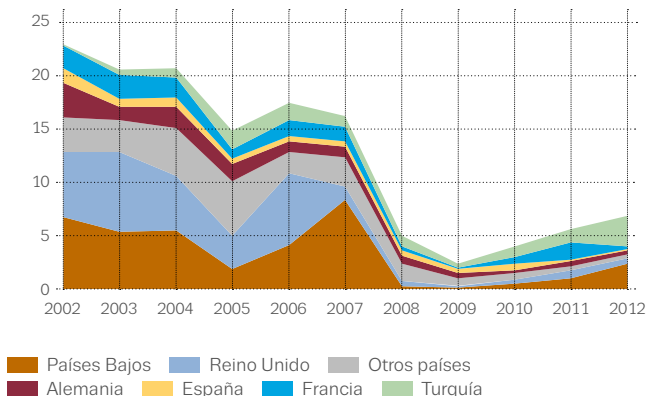
UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza del éxtasis: valores nacionales medios: mínimo, máximo y rango intercuartílico (RIC). Los países comprendidos varían en función del indicador.

GRÁFICO 1.11

Número de incautaciones de éxtasis y pastillas incautadas, 2002-12



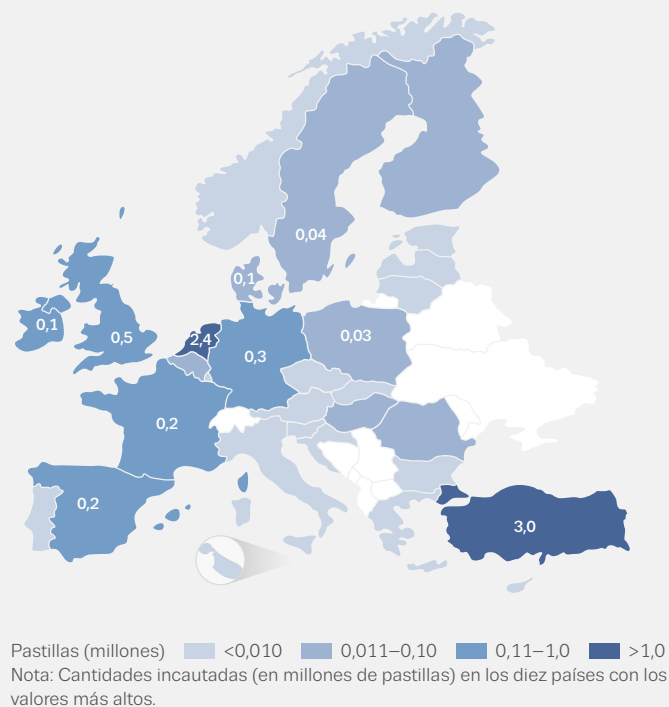
Pastillas (millones)



Estas tendencias en la oferta de éxtasis pueden atribuirse, en parte, al reforzamiento de los controles y a la fijación como objetivo de la incautación de PMK (piperonil metil cetona), el principal precursor químico de la fabricación de MDMA. Es posible que los productores de éxtasis hayan respondido a los controles sobre el precursor empleando «pre-precusores» o «precusores enmascarados», compuestos químicos esenciales que pueden importarse legalmente como sustancias no controladas y luego convertirse en precursores químicos.

GRÁFICO 1.12

Cantidades de éxtasis incautadas, 2012



Las catinonas, una nueva clase de estimulantes en Europa

En los últimos años se han identificado en Europa más de 50 derivados de catinonas. El ejemplo más conocido, la mefedrona, se ha establecido en el mercado de estimulantes en algunos países. Otra catinona, la MDPV (3,4-metilendioxi-pirovalerona), se vende en el mercado europeo predominantemente en polvo y en comprimidos como «euforizante legal», pero también directamente en el mercado ilegal. Entre 2008 y 2013 en 29 países se notificaron más de 5 500 incautaciones de MDPV en polvo con un total de más de 200 kg de droga.

Aumento de la diversidad en nuevas drogas

El análisis del mercado de las drogas se complica por la aparición de nuevas drogas (nuevas sustancias psicotrópicas), es decir, sustancias sintéticas o naturales no controladas por el Derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas controladas. En algunos casos, se elaboran en Europa en laboratorios clandestinos y se venden directamente en el mercado. Otras veces se importan de proveedores, a menudo de China o la India, luego se envasan atractivamente y se comercializan en Europa como «euforizantes legales». El término «euforizantes legales» es inadecuado, ya que estas sustancias pueden estar

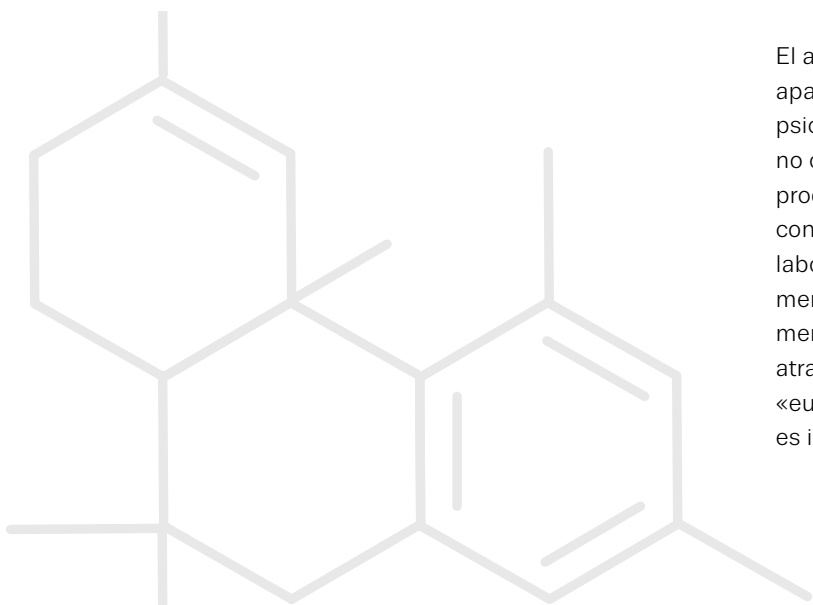
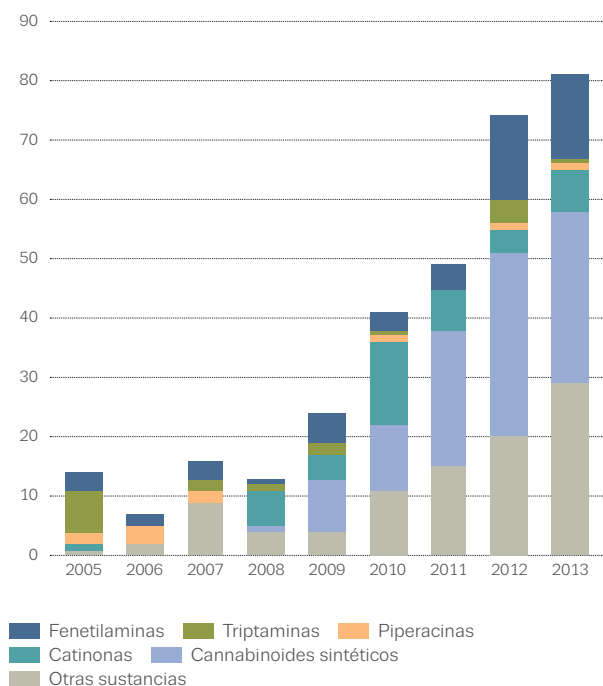


GRÁFICO 1.13

Número y grupos principales de nuevas sustancias psicotrópicas notificadas al Sistema de alerta rápida de la UE, 2005-13



controladas en algunos Estados miembros o, si se venden para consumo, pueden infringir la normativa sobre comercialización o sobre seguridad del consumidor. Para evitar los controles, se etiquetan a menudo de forma equívoca, indicando por ejemplo que se trata de «compuestos químicos en investigación» o de «alimentos de origen vegetal» y agregando en las cláusulas de exención de responsabilidad que no están destinadas al consumo humano.

En 2013 fueron notificadas por primera vez 81 nuevas sustancias psicotrópicas por los Estados miembros a través del Sistema de alerta rápida de la UE (gráfico 1.13). Veintinueve de estas sustancias eran cannabinoides sintéticos y otras 30 compuestos que no encajaban en los grupos químicos fácilmente reconocidos (incluidas plantas y medicamentos). Se incluían asimismo 13 nuevas fenetilaminas, siete catinonas sintéticas, una triptamina y una piperacina.

Evaluación del riesgo de las nuevas drogas

Se realizaron evaluaciones de riesgo a escala europea en la 4-metilamfetamina (en 2012) y en el 5-(2-aminopropil) indol (en 2013), en respuesta a los datos de más de 20 muertes asociadas a cada una de estas sustancias en un corto período. Ambas sustancias se sometieron a medidas de control en toda Europa. En abril de 2014 se realizaron evaluaciones de riesgos en cuatro nuevas sustancias psicotrópicas (25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, metoxetamina).

La 25I-NBOMe es una fenetilamina sustituida y un potente agonista total del receptor de serotonina 5-HT_{2A}, que parece tener efectos alucinógenos. Está disponible en el mercado de drogas de la UE al menos desde mayo de 2012. Se ha notificado toxicidad grave asociada a su uso en cuatro Estados miembros, incluido un caso de muerte en que se detectó la presencia de la sustancia.

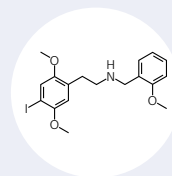
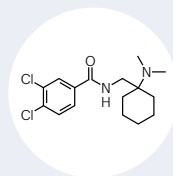
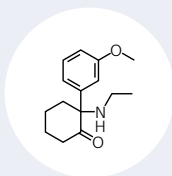
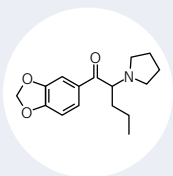
AH-7921 es un opiáceo sintético, que se encuentra disponible en la Unión Europea al menos julio de 2012. En la mayoría de los casos, se ha incautado en pequeñas cantidades en forma de polvo. Se ha detectado su presencia en seis casos de intoxicación no mortal y en quince casos de muerte en Suecia, el Reino Unido y Noruega.

MDPV es un derivado de catinonas sintéticas estrechamente relacionadas con la pirovalerona. Está presente en el mercado de drogas de la UE al menos desde noviembre de 2008 y se ha detectado su presencia en hasta 107 casos de intoxicación no mortal y en 99 casos de muerte, en particular en Finlandia y el Reino Unido. Hay indicios de que se ha vendido como versión «legal» o sintética de la cocaína y se ha observado asimismo en pastillas que se asemejan al «éxtasis».

La metoxetamina es una arilciclohexilamina estrechamente relacionada con la ketamina y se encuentra disponible en el mercado de drogas de la UE al menos desde septiembre de 2010. Se han producido incautaciones de la sustancia en polvo en cantidades de varios kilogramos. Se han notificado veinte muertes y 110 intoxicaciones no mortales asociadas a ella.

Las nuevas sustancias psicotrópicas pueden aparecer en el mercado bajo el disfraz de una droga controlada o como alternativas a una droga controlada. Por ejemplo, la 4-metilamfetamina se vendía directamente en el mercado de drogas ilegales como amfetamina, la metoxetamina se comercializaba como alternativa legal a la ketamina y 25I-NBOMe se vendía como alternativa «legal» a la LSD.

CUATRO SUSTANCIAS EN LAS QUE SE REALIZARON EVALUACIONES DE RIESGO EN 2014



MDPV	Metoxetamina	AH-7921	25I-NBOMe	Sustancia
Catinonas	Arilciclohexilaminas	Opioides	Fenetilaminas	Familia de drogas
2008	2010	2012	2012	Año de la primera notificación al Sistema de alerta rápida de la UE
99	20	15	1	Número de muertes asociadas a la sustancia
107	110	6	15	Número de intoxicaciones no mortales
29	24	8	24	Número de países en los que se ha detectado (UE, Turquía y Noruega)
22	9	1	6	Número de países en los que está sujeta a medidas de control con arreglo a la legislación de control sobre drogas (UE, Turquía y Noruega)

Internet como mercado en crecimiento

Internet desempeña un papel cada vez más importante en la venta de drogas y plantea retos singulares de alteración de la oferta tanto de drogas «nuevas» como «antiguas». El hecho de que fabricantes, proveedores, minoristas, puntos de alojamiento de los sitios web y servicios de pago se repartan en diferentes países hace particularmente difícil su control. El uso creciente de redes anónimas – las denominados «redes oscuras» – para la venta de drogas a los distribuidores y consumidores agrava la dificultad de esos retos. Además, el software de usuario incorpora cada vez más la tecnología precisa para el acceso a esos sitios y abre así los mercados a un creciente número de personas. Por otra parte, la venta abierta de «euforizantes legales» en Internet parece haber aumentado su disponibilidad para distribuidores y consumidores. En 2013, el EMCDDA identificó 651 sitios web que vendían «euforizantes legales» a los europeos.

Aumento de la detección de medicamentos que se usan como drogas

Se ha detectado la presencia en los mercados de un número cada vez mayor de drogas que tienen un uso legal como medicamentos. Unas veces se venden como medicamentos, y otras clandestinamente como drogas ilegales (como la heroína), o como «euforizantes legales», «productos químicos en investigación» e incluso «suplementos alimenticios». Entre los ejemplos recientes, todos ellos utilizados por los consumidores de opioides por vía parenteral, pueden mencionarse la pregabalina,

que está indicada en el tratamiento del dolor neuropático, la epilepsia y la ansiedad generalizada; la tropicamida, utilizada en exploraciones oculares para dilatar la pupila, y el carfentanilo, un opiáceo utilizado para tranquilizar los animales grandes.

Otros medicamentos recientemente comunicados al sistema de alerta rápida son el fenazepam, una benzodiazepina, que se ha vendido como benzodiazepina «legal», como «producto químico en investigación» y el medicamento controlado diazepam, y el fenibut, un ansiolítico indicado en el tratamiento de la dependencia del alcohol en Rusia, que se ha vendido en Internet como «suplemento alimenticio». Estos medicamentos pueden obtenerse de varias formas: los medicamentos autorizados se desvían del mercado regulado y los no autorizados se importan en la Unión Europea. Además, pueden importarse los principios activos de países como China, luego transformarse y envasarse en países europeos y venderse directamente en el mercado de drogas ilegales, en el mercado de «euforizantes legales» o en sitios web de comercio electrónico.

Cada vez son más las nuevas drogas detectadas en el mercado que tienen uso legal como medicamentos

PARA SABER MÁS

Publicaciones del EMCDDA

2014

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Perspectives on drugs.

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Trendspotter meeting reports.

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Responding to new psychoactive substances, Drugs in focus.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

2007

Early-warning system on new psychoactive substances — operating guidelines.

Publicaciones conjuntas del EMCDDA y Europol

2014

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: AH-7921 (3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: methoxetamine (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 25I-NBOMe (4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypyrovalerone).

2013

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Todas las publicaciones están disponibles en www.emcdda.europa.eu/publications

2

Se estima que casi una cuarta parte de la población adulta la Unión Europea, 80 millones de personas, han consumido drogas ilegales en algún momento de su vida

Consumo de drogas y problemas relacionados con las drogas

El término «consumo de drogas» aborda un gran número de pautas, que pueden distribuirse en un continuo que va desde el consumo experimental aislado hasta el consumo dependiente. Las diferentes pautas de consumo se asocian a diferentes niveles de riesgo y de daños. En términos generales, los riesgos a los que se expone una persona que consume drogas dependen de factores como el contexto de consumo, la dosis consumida, la vía de administración, el consumo de otras sustancias, el número y la duración de los episodios de consumo y la vulnerabilidad individual.

Supervisión del consumo de drogas y de los problemas relacionados con las drogas

La supervisión del consumo de drogas en Europa puede abordarse adoptando un enfoque común basado en los cinco indicadores epidemiológicos básicos del EMCDDA. Estos son las encuestas de consumo, las estimaciones del consumo problemático, las muertes relacionadas con las drogas, las enfermedades infecciosas y el inicio del tratamiento de la drogodependencia. Tomados en conjunto, constituyen un recurso importante para el análisis de las tendencias y novedades por parte del EMCDDA. Puede obtenerse en línea información técnica sobre los indicadores en la *pasarela Key indicators* y en el *Informe Europeo sobre Drogas: datos y estadísticas* en línea.

Más de 80 millones de europeos han consumido una droga ilegal

Se estima que casi una cuarta parte de la población adulta de la Unión Europea, 80 millones de personas, han consumido drogas ilegales en algún momento de su vida. En la mayoría de los casos se trata de cannabis (73,6 millones), siendo más bajas las estimaciones referentes a la cocaína (14,1 millones), las anfetaminas (11,4 millones) y el éxtasis (10,6 millones). Los niveles de consumo en algún momento de la vida varían considerablemente de unos países a otros, desde un tercio de los adultos en Dinamarca, Francia y el Reino Unido hasta menos de uno de cada 10 en Bulgaria, Grecia, Chipre, Hungría, Portugal, Rumanía y Turquía.

Consumo de drogas entre estudiantes

El seguimiento del consumo de sustancias entre estudiantes ofrece una instantánea importante de las conductas de riesgo actuales de la juventud actual y un indicio de las posibles tendencias futuras. En Europa, el estudio ESPAD constituye un valioso recurso para trazar las tendencias del consumo de sustancias a lo largo del tiempo entre estudiantes de 15 a 16 años de edad. Según los datos más recientes, correspondientes a 2011, se estima que uno de cada cuatro estudiantes de esa edad ha consumido drogas ilegales en algún momento, aunque la prevalencia varía considerablemente entre unos países y otros. El cannabis representa la mayor parte del consumo de drogas ilegales en este grupo: el 24 % de los encuestados informó de haberlo consumido alguna vez, el 20 % en el último año y el 12 % en el mes anterior a la encuesta. En comparación con sus homólogos femeninas, los estudiantes varones tienen 1,5 veces más probabilidades de haber consumido cannabis en el último mes.

Muchos de los consumidores afirman haber consumido la sustancia solo una o dos veces. Una minoría, sin embargo, comunica pautas de consumo más intensivas, que en el 2 % de los encuestados superan más de 10 veces en el mes anterior a la encuesta.

La prevalencia del consumo de drogas ilegales distintas del cannabis es mucho menor, aunque en unos cuantos países destaca el consumo de éxtasis y anfetaminas. En

términos generales, el 7 % de los estudiantes indican haber consumido en algún momento más de una droga ilegal. ESPAD también informa del consumo de alcohol y tabaco. El consumo de estas dos sustancias es más común que el de cannabis y quienes han consumido cannabis tienen también más probabilidades de ser consumidores habituales de alcohol y tabaco. En el mes anterior a la encuesta, el 19 % de los encuestados dijeron haber fumado uno o varios cigarrillos al día, y el 4 % haber fumado más de 10 al día. Casi dos tercios de los estudiantes declararon haber consumido alcohol al menos una vez en el último mes y el 20 % se intoxicaron al menos una vez en ese período.

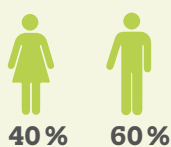
Cannabis: tendencias nacionales divergentes

El cannabis suele fumarse y, en Europa, se mezcla frecuentemente con tabaco. Las pautas varían desde el consumo ocasional o experimental hasta el consumo regular y dependiente, observándose una fuerte asociación entre los problemas relacionados con esta droga y la frecuencia y cantidades de consumo.

El cannabis es la droga ilegal más consumida en todos los grupos de edad. Se estima que 14,6 millones de europeos jóvenes (de 15 a 34 años) (el 11,2 % de este grupo de edad) consumieron cannabis en el último año, siendo la cifra correspondiente de 8,5 millones entre los de 15 a 24 años (13,9 %). El consumo de cannabis es generalmente

CONSUMO DE SUSTANCIAS POR ESTUDIANTES EUROPEOS DE 15 A 16 AÑOS DE EDAD (ESPAD, 2011)

Consumidores de cannabis en el último mes, por género



Frecuencia de consumo de cannabis en el último mes

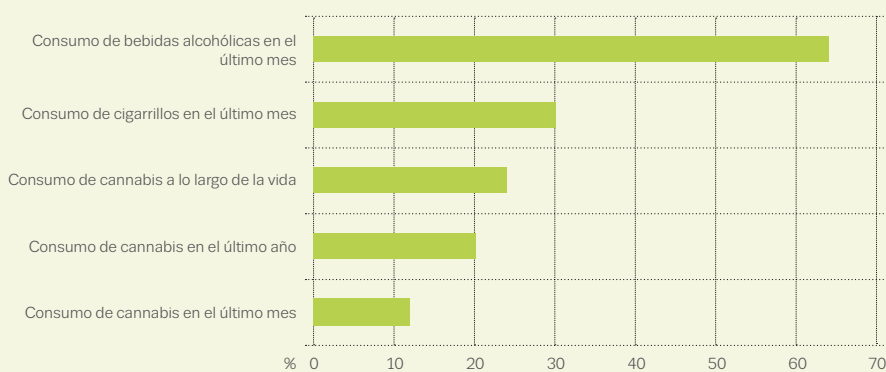
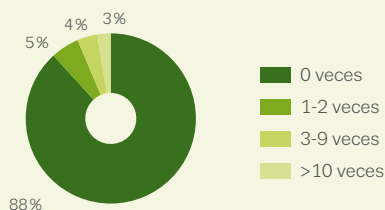
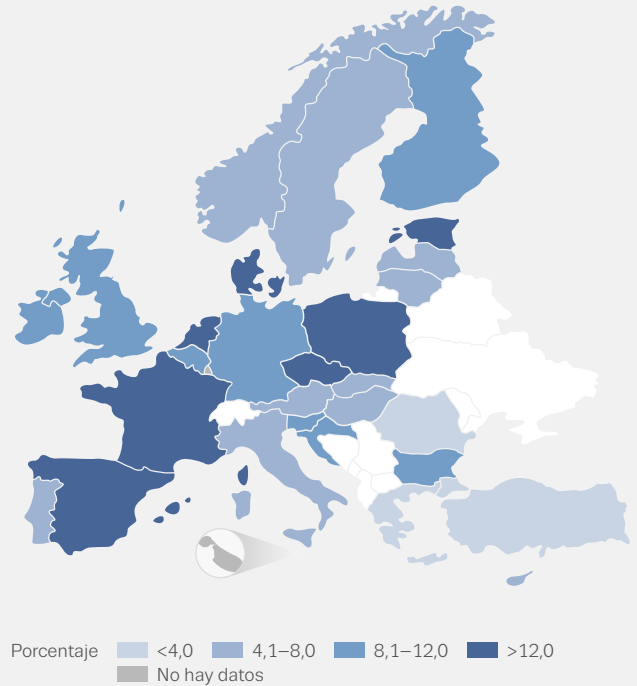
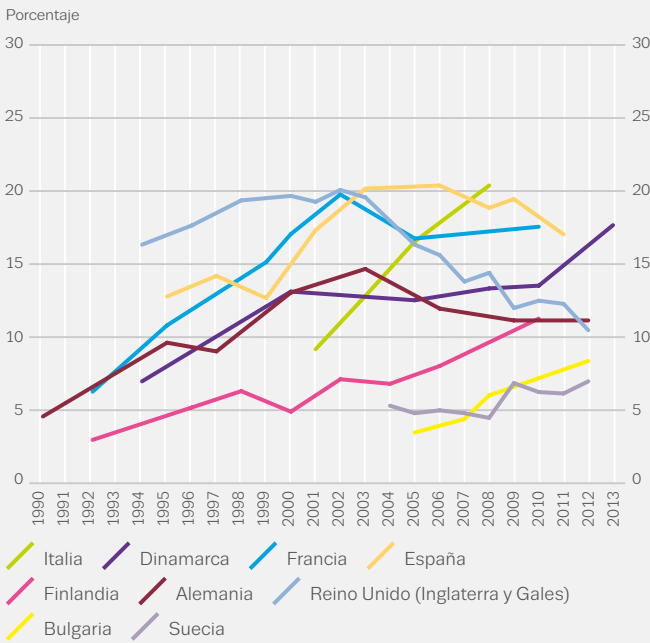


GRÁFICO 2.1

Prevalencia en el último año del consumo de cannabis entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años): países con las tendencias estadísticamente significativas (izquierda) y los datos más recientes (derecha)



más elevado entre los hombres, acentuándose esta diferencia en las pautas de consumo más intensas o regulares. Las tendencias actuales de consumo presentan divergencias: de los países que han realizado nuevas encuestas desde 2011, ocho informan de disminuciones y cinco refieren aumentos de la prevalencia del consumo en el último año. Pocas encuestas nacionales informan actualmente sobre el consumo de agonistas de receptores de cannabinoides sintéticos; en las que lo hacen, los niveles de prevalencia son generalmente bajos.

Es cada vez mayor el número de países con datos suficientes de encuestas para hacer un análisis estadístico de las tendencias a largo plazo del consumo de cannabis entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años). En Dinamarca, Finlandia y Suecia pueden observarse tendencias al alza del consumo de cannabis durante el último año entre adultos jóvenes, aunque con diferentes niveles de prevalencia (gráfico 2.1). Por el contrario, las tasas de prevalencia de Noruega se han mantenido relativamente estables. En Alemania, Francia y el Reino Unido, la tendencia en la última década ha sido estable o en descenso, tras los aumentos observados con anterioridad. España notifica también la prevalencia más baja de la última década. Estos cuatro países representan en conjunto casi la mitad de la población de la UE. Bulgaria e Italia, con series cronológicas más cortas, muestran tendencias al alza. Más recientemente, Italia ha notificado niveles de prevalencia más bajos, aunque por razones metodológicas las encuestas no son directamente comparables.

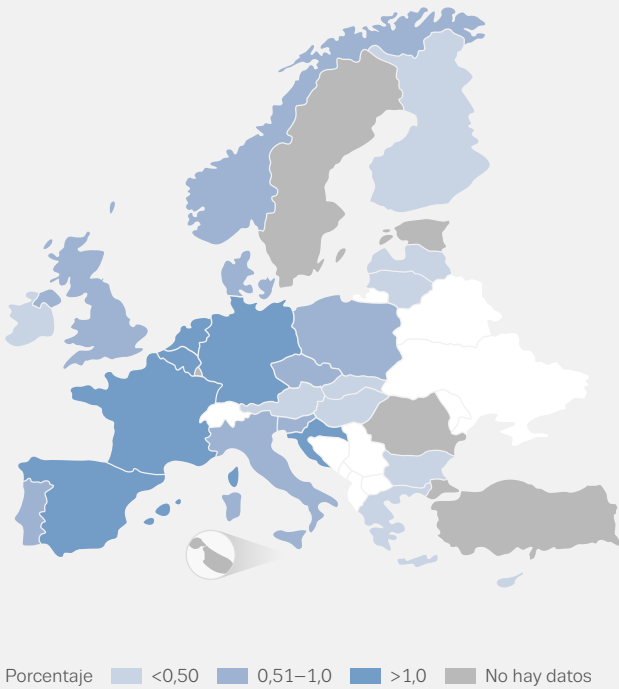
Motivos de preocupación acerca de los consumidores de cannabis

Una minoría de consumidores de cannabis consume la droga de forma intensiva. Se define como consumo diario o casi diario de cannabis el realizado durante 20 días o más del mes anterior. Según estos criterios, se estima que son consumidores diarios o casi diarios algo menos del 1 % de los adultos europeos. De ellos, dos terceras partes tienen entre 15 y 34 años y en este grupo de edad más de tres cuartas partes son hombres. Entre los países que disponen de datos, la proporción estimada de consumidores diarios o casi diarios entre los adultos jóvenes (15 a 34 años) varía entre el 0,1 % en Eslovaquia y el 4,4 % en España (gráfico 2.2).

En 2012, el consumo de cannabis fue la causa principal más comúnmente notificada del inicio de tratamiento de la drogodependencia por primera vez. Tras aumentar de 45 000 a 61 000 entre 2006 y 2011, el número total de consumidores que iniciaron tratamiento se estabilizó en 2012 (59 000). El cannabis fue la segunda droga principal entre quienes iniciaron tratamiento en 2012 (110 000). Hay, no obstante, una considerable variación nacional, ya que el porcentaje de consumidores que mencionaron esta droga como la razón principal para iniciar tratamiento osciló entre el 2 % en Bulgaria y el 66 % en Hungría. Esta

GRÁFICO 2.2

Prevalencia del consumo diario y casi diario de cannabis entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años)



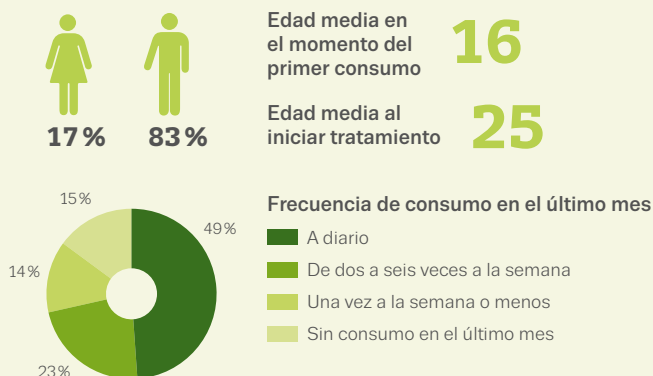
Urgencias agudas asociadas al cannabis y a los cannabinoides sintéticos

Aunque raras, pueden producirse urgencias agudas por consumo de cannabis, especialmente a dosis elevadas. En los países con niveles de prevalencia más altos, las urgencias por cannabis aparecen como un problema cada vez mayor. Se han comunicado aumentos recientes del número de visitas a los servicios de urgencias por consumo de cannabis en la República Checa, Dinamarca y España. La mayoría de estas urgencias se dan entre hombres jóvenes y suelen estar asociadas a intoxicación etílica. Pueden aparecer como síntomas ansiedad, psicosis u otras alteraciones psiquiátricas y, en la mayoría de los casos, no es necesaria la hospitalización. Es un motivo adicional de preocupación la aparición de cannabinoides sintéticos. Estas sustancias pueden ser muy potentes, pero no son químicamente similares al cannabis y, por consiguiente, puede tener consecuencias diferentes y potencialmente más graves para la salud. Aunque nuestro conocimiento actual al respecto es limitado, suscitan preocupación creciente las notificaciones de consecuencias adversas agudas asociados a su consumo.

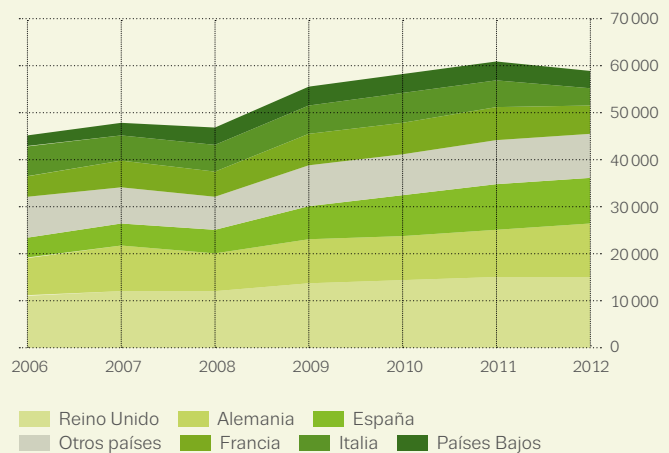
heterogeneidad puede explicarse por las diferencias nacionales en las prácticas de derivación de los pacientes, por el tipo de tratamientos disponibles y por los niveles de prevalencia del consumo de cannabis.

CONSUMIDORES DE CANNABIS QUE INICIAN TRATAMIENTO

Características



Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo el cannabis la droga principal. Las tendencias se refieren a los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez siendo el cannabis la droga principal. Los países comprendidos varían en función del indicador.

Variación geográfica de las pautas de consumo de estimulantes

La cocaína, las anfetaminas y el éxtasis son los estimulantes ilegales más consumidos en Europa, pero hay otras sustancias menos conocidas, como las piperacinas (por ejemplo, BZP: benzilpiperacina) y las catinonas sintéticas (por ejemplo, la mefedrona y MDPV), que se consumen también ilegalmente por sus efectos estimulantes. Suelen asociarse niveles elevados de consumo de estimulantes a locales nocturnos, de baile y de música en los que suele combinarse ese consumo con el de alcohol.

Los datos de las encuestas ilustran las diferencias geográficas en las pautas de consumo de estimulantes en Europa. La cocaína es más prevalente en el sur y el oeste, las anfetaminas lo son en los países centrales y del norte, y el éxtasis — aunque con bajos niveles de prevalencia — lo es en los países del sur y el este (gráfico 2.3). Los datos de un análisis de las aguas residuales realizado en varias ciudades europeas también muestran una diferencia en las pautas regionales de consumo. Se hallaron niveles relativamente elevados de anfetamina en las muestras de

GRÁFICO 2.3

Drogas estimulantes predominantes, agrupadas por la prevalencia en el último año del consumo entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años)

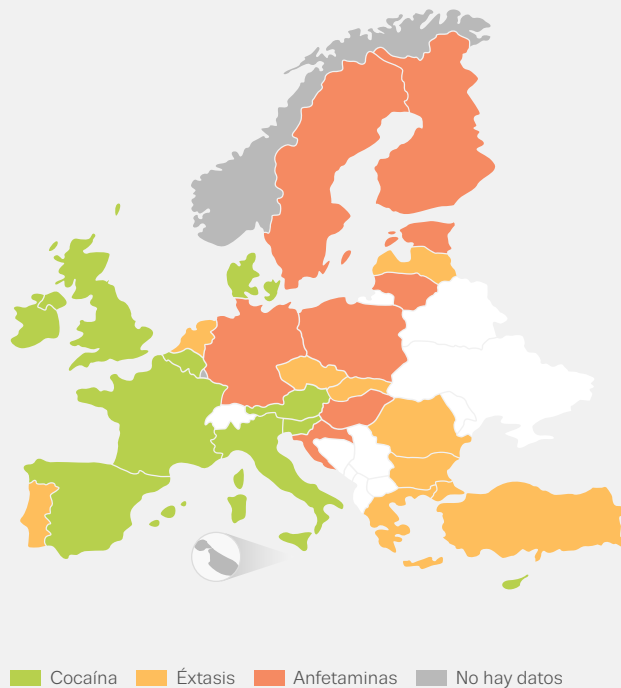
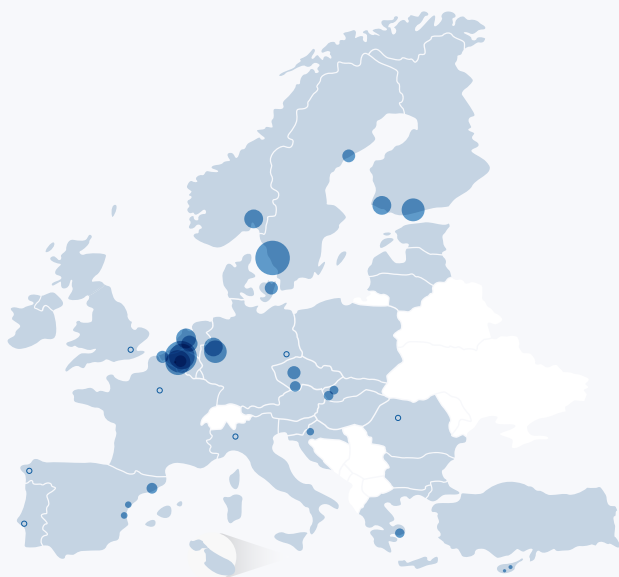


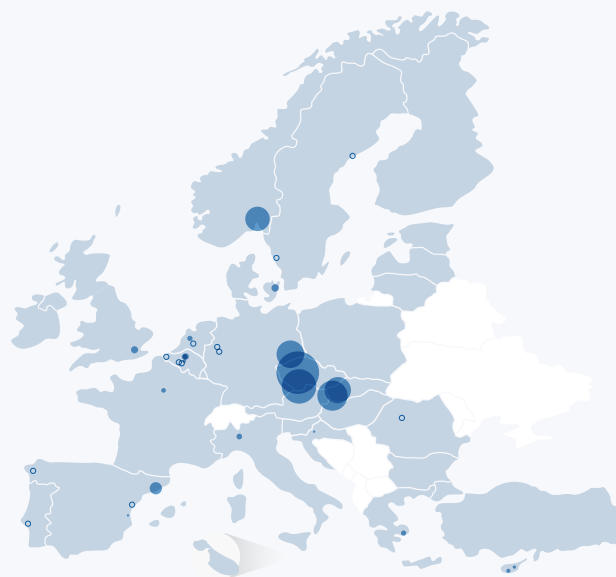
GRÁFICO 2.4

Anfetaminas en las aguas residuales de algunas ciudades europeas

Anfetamina



Metanfetamina

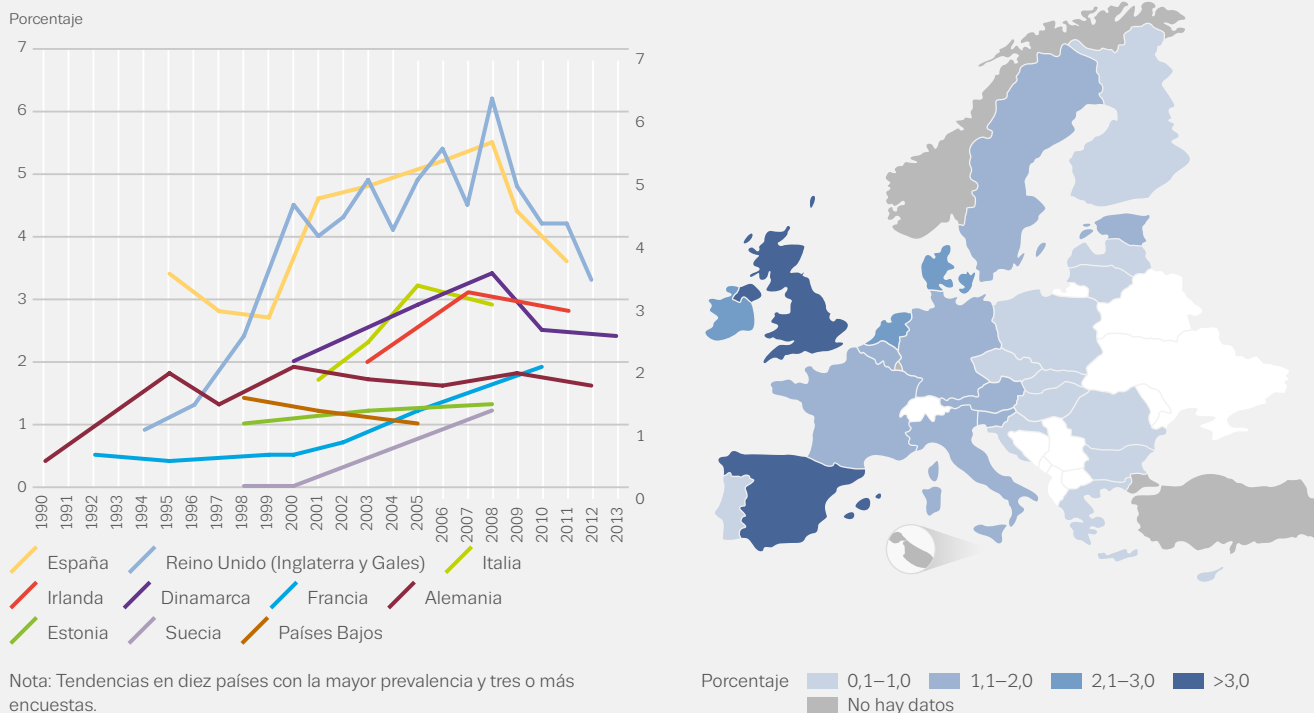


mg/1000 habitantes/día 0 10 50 100 200 300

Nota: Cantidades diarias medias de anfetaminas en miligramos por 1 000 habitantes, de un muestreo realizado durante una semana en 2013. Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

GRÁFICO 2.5

Prevalencia en el último año del consumo de cocaína entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años): tendencias seleccionadas (izquierda) y datos más recientes (derecha)



aguas residuales de varias ciudades del norte y noroeste de Europa, y los niveles más elevados de metanfetamina en ciudades de la República Checa y de Eslovaquia (gráfico 2.4).

Cocaína: sigue disminuyendo la prevalencia

El polvo de cocaína suele esnifarse, aunque a veces se administra por vía parenteral, mientras que el crack habitualmente se fuma. Entre los consumidores habituales puede hacerse una amplia distinción entre los más integrados socialmente, que es posible que tomen la droga en un contexto recreativo, y los más marginados, que la consumen, a menudo junto con un opiáceo, en el contexto de un problema de drogodependencia crónico. El consumo habitual de cocaína se ha asociado a problemas de salud cardiovasculares, neurológicos y mentales y a un elevado riesgo de accidente y dependencia. El consumo por vía parenteral y el consumo de crack se asocian a los riesgos sanitarios más altos, incluida la transmisión de enfermedades infecciosas.

La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa, aunque la mayoría de los consumidores se concentran en un número restringido de países. Se estima que unos 2,2 millones de adultos jóvenes de 15 a 34 años (el 1,7 % de este grupo de edad) consumieron cocaína el año pasado.

Considerando las tendencias a más largo plazo en Dinamarca, España y el Reino Unido, las tasas de prevalencia fueron relativamente elevadas, aunque van disminuyendo después del máximo alcanzado en 2008 (gráfico 2.5). En la mayor parte de los demás países, las tendencias se muestran estables o a la baja.

Se observan también descensos en el consumo de cocaína en los datos más recientes, ya que 11 de los 12 países que realizaron encuestas entre 2011 y 2013 notificaron disminuciones de la prevalencia.

**La cocaína es la droga
estimulante ilegal más
consumida en Europa**

Disminución continua de la demanda de tratamiento por dependencia de la cocaína

Sólo cuatro países tienen estimaciones relativamente recientes de consumo intensivo o problemático de cocaína y son difíciles las comparaciones entre ellos, debido a la divergencia de las definiciones. En 2012, tomando como base la población adulta, Alemania estimó que presentaban «dependencia de la cocaína» el 0,20 %, Italia cifró en un 0,26 % los que «que necesitaban tratamiento por consumo de cocaína» y en 2011 España estimó en un 0,4 % el «consumo de cocaína de alto riesgo». En 2010/11, el Reino Unido estimó el consumo de crack entre la población adulta de Inglaterra en un 0,49 %, en su mayor parte consumidores también de opioides.

La cocaína fue citada como droga principal por el 14 % de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado en 2012 (55 000) y por el 18 % de los que iniciaron tratamiento por primera vez (26 000). Existen amplias diferencias entre los países, concentrándose el 90 % de los consumidores de cocaína en sólo cinco de ellos (Alemania, España, Italia, Países Bajos, Reino Unido). En conjunto, estos cinco países representan algo más de la mitad de la población de la UE. El número de pacientes que inician tratamiento por primera vez por consumo de cocaína como droga principal ha disminuido en los últimos años, ya que, tras el máximo de 38 000 alcanzado en 2008, disminuyó a 26 000 en 2012. Gran parte de esta

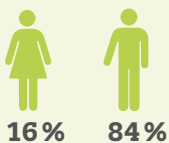
disminución puede atribuirse al descenso producido en Italia. En 2012, sólo un número pequeño (2 300) de los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez en Europa lo hicieron por el consumo de crack como droga principal, concentrándose dos tercios de ellos en el Reino Unido y casi todos los demás en España y Países Bajos.

La cocaína es también responsable de casos de hospitalización por problemas agudos y de muerte. Puede influir además en la mortalidad por problemas cardiovasculares. Aunque los datos al respecto son limitados, 19 países notificaron en 2012 muertes relacionadas con la cocaína, habiéndose identificado más de 500 casos.

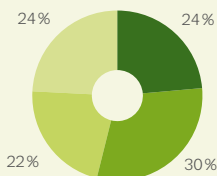
En 2012 notificaron muertes relacionadas con la cocaína 19 países, con más de 500 casos identificados

CONSUMIDORES DE COCAÍNA QUE INICIAM O TRATAMIENTO

Características

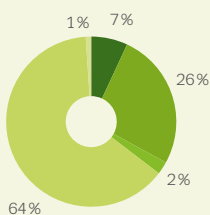


Edad media en el momento del primer consumo **22**
Edad media al iniciar tratamiento **34**



Frecuencia de consumo en el último mes

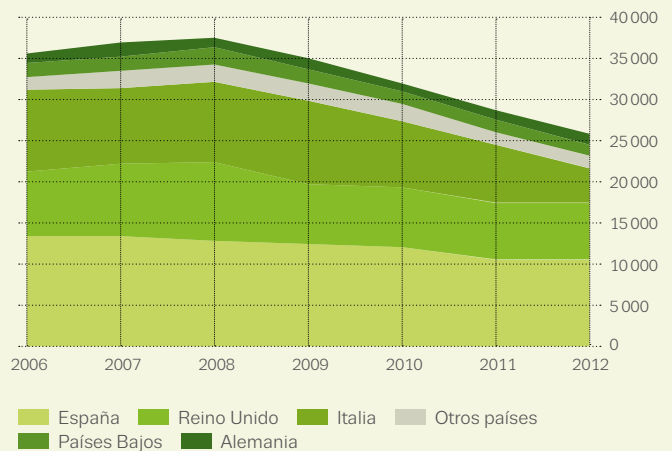
- A diario
- De dos a seis veces a la semana
- Una vez a la semana o menos
- Sin consumo en el último mes



Vía de administración

- Parenteral
- Inhalación del humo
- Comida/bebida
- Esnifado
- Otras

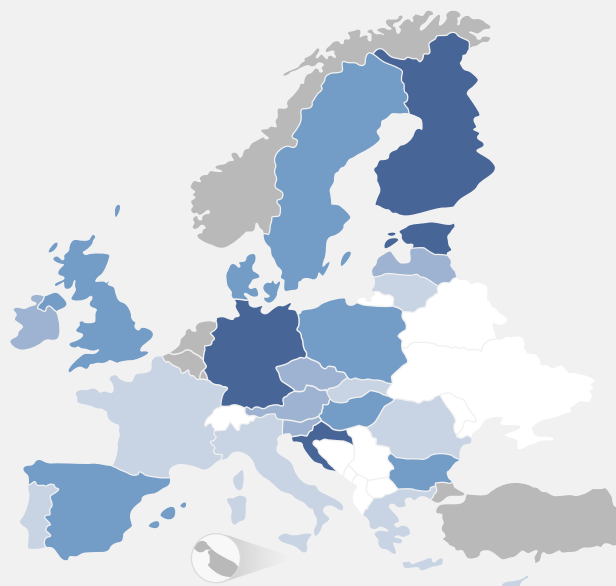
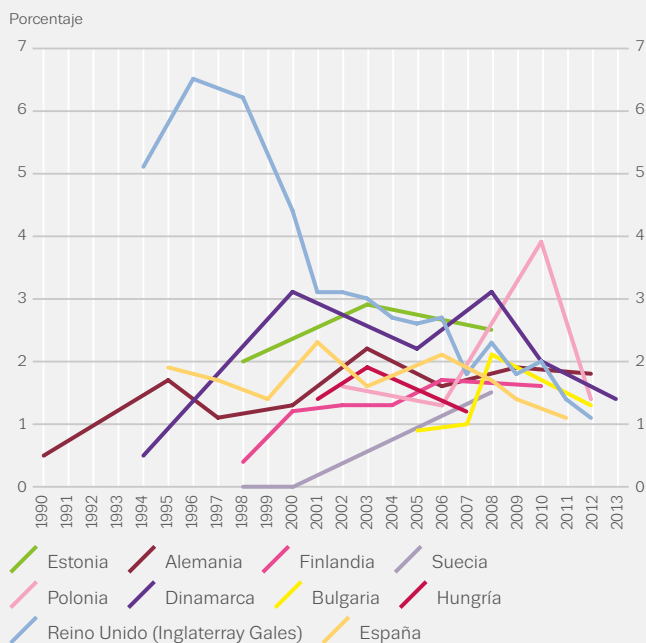
Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo la cocaína/crack la droga principal. Las tendencias se refieren a los que iniciaron tratamiento por primera vez siendo la cocaína/crack la droga principal. Los países comprendidos varían en función del indicador.

GRÁFICO 2.6

Prevalencia en el último año del consumo de anfetaminas entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años): tendencias seleccionadas (izquierda) y datos más recientes (derecha)



Porcentaje ■ <0,5 ■ 0,51-1,0 ■ 1,1-1,5 ■ >1,5
■ No hay datos

Anfetaminas: consumo decreciente, aunque siguen los riesgos para la salud

En Europa se consumen anfetamina y metanfetamina, dos estimulantes estrechamente relacionados, aunque es mucho mayor la disponibilidad de la primera de ellas. El consumo de metanfetamina ha estado históricamente restringido a la República Checa y, más recientemente, a Eslovaquia, aunque las cosas están cambiando.

Ambas drogas pueden tomarse por vía oral o esnifarse y además es relativamente frecuente el consumo por vía parenteral entre los consumidores problemáticos de algunos países. La metanfetamina también puede consumirse por inhalación del humo, pero esta vía de administración sólo se ha comunicado en Europa recientemente.

El consumo de anfetaminas tiene efectos adversos para la salud en las áreas cardiovascular, pulmonar, neurológica y mental, aparte del riesgo de enfermedades infecciosas, como en el caso de otras drogas, ligado a la administración parenteral. Al igual que con otros estimulantes, las muertes por consumo de anfetaminas pueden ser difíciles de identificar. En cualquier supuesto, todos los años se notifican algunos casos, generalmente en países con niveles de prevalencia elevados.

Se estima que 1,2 millones (0,9 %) de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) consumieron anfetaminas en el último año. Entre 2007 y 2012, las estimaciones de prevalencia anual en adultos jóvenes se mantuvieron relativamente bajas y estables en la mayoría de los países europeos, notificándose niveles del 2,5 % o menos en los que facilitaron información. De los 12 países que disponen de encuestas desde 2011, 11 notificaron niveles decrecientes de prevalencia del consumo de anfetaminas (gráfico 2.6).

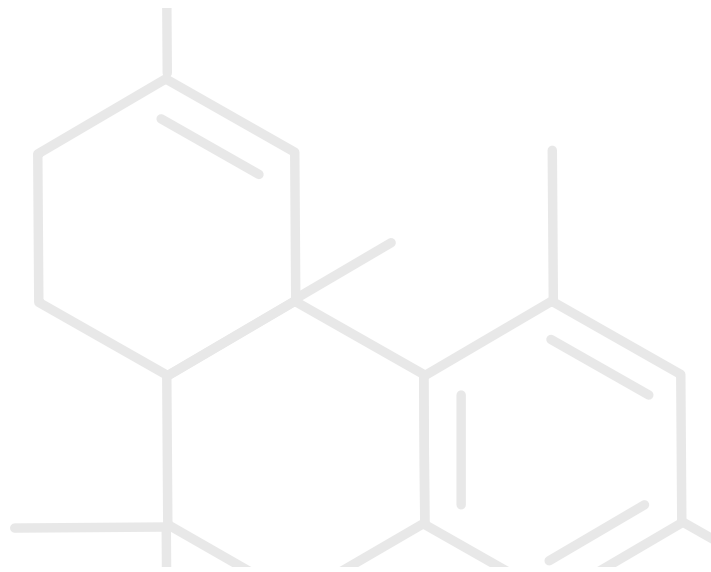


El consumo de anfetaminas, un fenómeno multifacético

Tanto la República Checa como Eslovaquia notifican pautas arraigadas de consumo de metanfetamina, correspondiendo las estimaciones más recientes de consumo problemático entre adultos (de 15 a 64 años) al 0,42 % en la República Checa (2012) y el 0,21 % en Eslovaquia (2007). Recientemente se han notificado asimismo indicios de consumo problemático de metanfetamina entre drogodependientes de alto riesgo en algunas regiones en Alemania y en Grecia, Chipre, Letonia y Turquía. A eso deben añadirse los signos preocupantes de consumo de metanfetamina cristalina en los países de Europa meridional entre subpoblaciones de dependientes de opioides por vía parenteral. Por otra parte, se han detectado nuevas tendencias de consumo por vía parenteral entre pequeños grupos de hombres que mantienen relaciones con hombres en algunas grandes ciudades europeas.

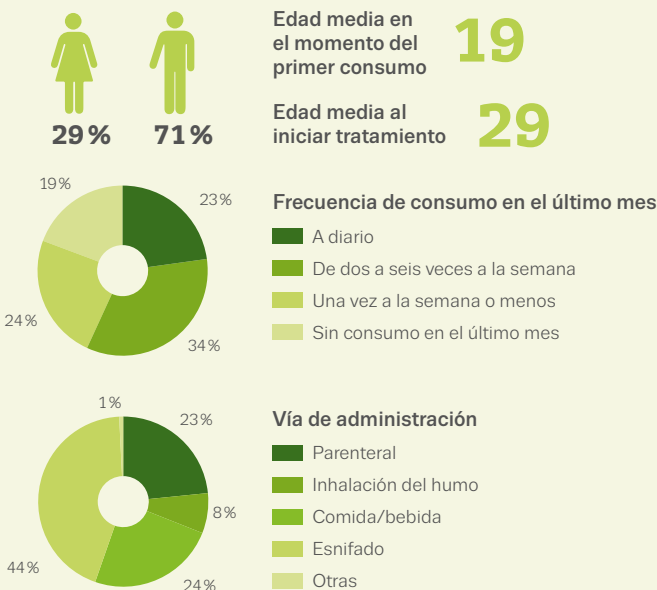
En torno al 6 % de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado de la drogodependencia en Europa en 2012 señalaron las anfetaminas como la droga principal (aproximadamente 25 000, de los cuales 10 000 iniciaron tratamiento por primera vez en su vida). De ellos, los consumidores de anfetamina sólo representaron una proporción significativa en Alemania, Letonia y Polonia,

mientras que la metanfetamina se citó como droga principal en una gran proporción de los que iniciaron tratamiento en la República Checa y Eslovaquia. Los recientes aumentos en las cifras de consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez por consumo de anfetaminas se deben principalmente a los datos de Alemania y al incremento correspondiente a los consumidores de metanfetamina en la República Checa y Eslovaquia.



CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS QUE INICIAN TRATAMIENTO

Características



Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez

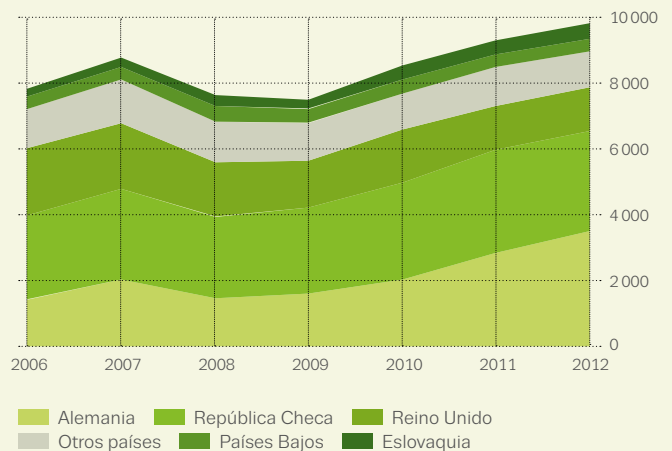
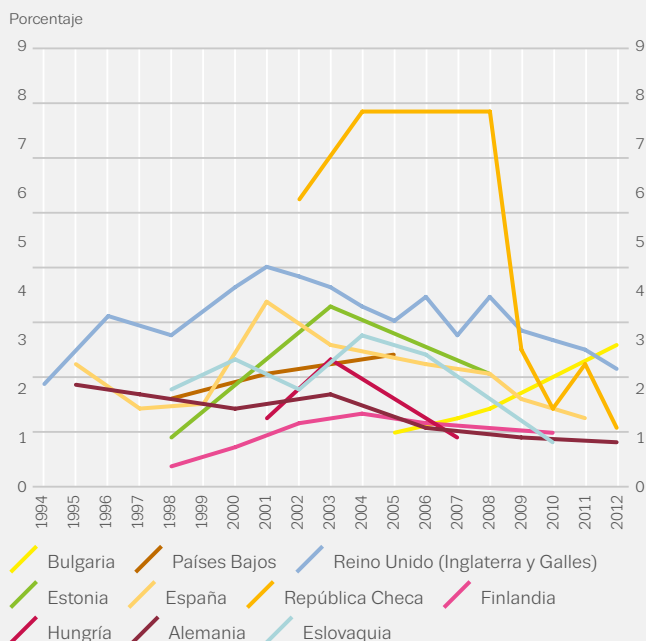
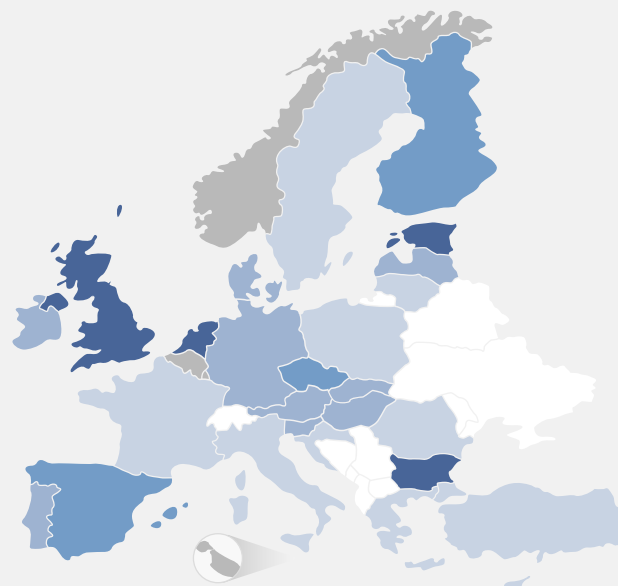


GRÁFICO 2.7

Prevalencia en el último año del consumo de éxtasis entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años): tendencias seleccionadas (izquierda) y datos más recientes (derecha)



Nota: Tendencias en diez países con la mayor prevalencia y tres o más encuestas.



Porcentaje ■ <0,5 ■ 0,51-1,0 ■ 1,1-2,0 ■ >2,0
■ No hay datos

Consumo de éxtasis: tendencias bajas y estables en la población general

Se denomina habitualmente éxtasis la sustancia sintética MDMA. Suele consumirse en forma de pastilla, pero también se ofrece en forma cristalina o de polvo; normalmente se ingiere o se esnifa. Su consumo se ha asociado históricamente a los locales de música electrónica y se concentra en los adultos jóvenes, en particular hombres. Entre las alteraciones relacionadas con su consumo se encuentran hipertermia aguda y problemas de salud mental. Se han notificado casos de muerte, aunque son raros.

Se estima que consumieron éxtasis el último año 1,3 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) (el 1,0 % de este grupo de edad), oscilando las estimaciones nacionales entre menos del 0,1 % y el 3,1 %. En Europa, el consumo alcanzó su máximo de principios a mediados de la década de 2000, antes de disminuir (gráfico 2.7). Entre 2007 y 2012, la mayoría de los países notificaron tendencias de consumo estables o a la baja. A excepción

de Bulgaria, que muestra desde 2005 una tendencia al alza, la disminución mencionada sigue apreciándose en los 12 países que disponen de encuestas desde 2011. En 2012 iniciaron tratamiento de drogodependencia pocos consumidores por problemas relacionados con el éxtasis: esta droga sólo se mencionó como la principal en menos del 1 % de los consumidores (en total, unos 550) que iniciaron tratamiento por primera vez.

**Entre 2007 y 2012,
la mayoría de los países
notificaron tendencias
de consumo estables
o en declive en
el consumo de éxtasis**

Catinonas sintéticas: la administración por vía parenteral, un motivo de preocupación

Las catinonas sintéticas, como la mefedrona y la MPVD, se han hecho un hueco en el mercado de los estimulantes ilegales en algunos países. En todo caso, la limitada información disponible indica que los niveles de prevalencia siguen siendo bajos. Únicamente en el Reino Unido (Inglaterra y Gales) se dispone de encuestas repetidas que incluyan el consumo de catinonas. En la encuesta más reciente (2012/13), el consumo de mefedrona en el año anterior entre adultos de 16 a 59 años se estimó en el 0,5 %, cifra que supone un descenso respecto al 1,1 % de 2011/12 y el 1,4 % de 2010/11. Los resultados de una encuesta no representativa entre «discotequeros» habituales en el Reino Unido también muestran un descenso en el consumo en el año anterior (del 19,5 % en 2011 al 13,8 % en 2012).

La administración por vía parenteral de catinonas, como la mefedrona, la MDPV y la pentedrona, sigue siendo un motivo de preocupación y se ha comunicado su práctica en poblaciones diversas, como consumidores de opioides, pacientes en tratamiento por drogodependencia, reclusos y pequeñas poblaciones de hombres que mantienen relaciones con hombres. Se ha notificado un aumento de la demanda de tratamiento asociada a los problemas del consumo de catinonas sintéticas en Hungría, Rumanía y el Reino Unido. En Rumanía, el porcentaje de consumidores que, entre los que iniciaron tratamiento de drogodependencia por primera vez, comunicaron como droga principal las nuevas sustancias psicotrópicas fue mayor (37 %) que el de los que comunicaron como droga principal la heroína (21 %). En el Reino Unido se estimó que en 2011/12 iniciaron tratamiento de drogodependencia unos 1 900 consumidores de mefedrona, de los que más de la mitad eran menores de 18 años.

Bajo nivel de consumo de alucinógenos, GHB y ketamina

Se dispone en el mercado europeo de drogas ilegales de varias sustancias psicotrópicas con propiedades alucinógenas, anestésicas y depresivas: pueden consumirse solas, junto con o en lugar de otras drogas más comunes. Los niveles de prevalencia general del consumo de hongos alucinógenos y de LSD (dietilamida del ácido lisérgico) en Europa son generalmente bajos y estables desde hace varios años. Entre los adultos jóvenes

(de 15 a 34 años), las estimaciones de prevalencia en el último año del consumo de hongos alucinógenos en las encuestas nacionales oscilan entre el 0 % y el 0,8 % y las del LSD, entre el 0 % y el 0,7 %.

Se tienen noticias desde mediados de la década de los 90 del consumo recreativo de ketamina y de gamma-hidroxi-butarato (GHB) en algunos subgrupos de consumidores de drogas en Europa. Se han ido reconociendo además de forma creciente los problemas de salud relacionados con estas sustancias, en particular la afectación de la vejiga urinaria por consumo crónico de ketamina. Son riesgos asociados al consumo de GHB la pérdida de conciencia, el síndrome de abstinencia y la dependencia, habiéndose notificado en Bélgica y en los Países Bajos algunas solicitudes de tratamiento.

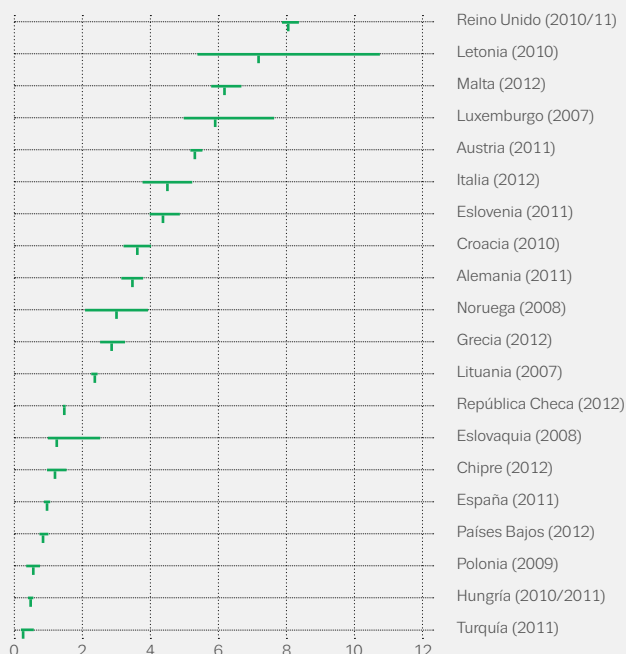
Las estimaciones nacionales de prevalencia del consumo de estas sustancias, cuando las hay, en la población adulta y en la población escolar se mantienen bajas. En Dinamarca, la prevalencia en el último año del consumo de ketamina fue del 0,3 % de los adultos jóvenes (de 15 a 34 años), y en el Reino Unido fue del 0,8 % en el grupo de jóvenes de 16 a 24 años de edad, tras haber alcanzado un máximo del 2,1 % en 2010. Las encuestas específicas en locales nocturnos dan normalmente niveles de prevalencia más elevados. En una encuesta del Reino Unido realizada por Internet entre consumidores identificados como «discotequeros» habituales, el 31 % declararon haber consumido en el último año ketamina y el 2 % haber consumido GHB.

Se dispone en el mercado de drogas ilegales en Europa de varias sustancias psicotrópicas con propiedades alucinógenas, anestésicas y depresivas

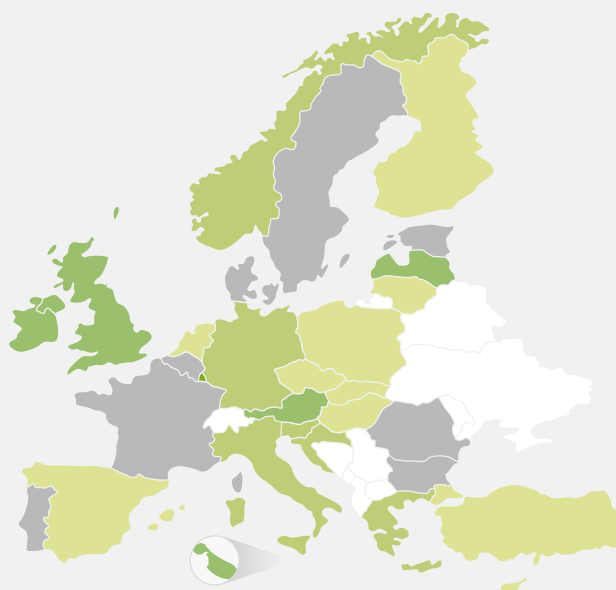
GRÁFICO 2.8

Estimaciones nacionales de la prevalencia en el último año del consumo problemático de opioides

Casos por 1 000 habitantes de 15 a 34 años



Nota: Los datos se presentan como estimaciones puntuales e intervalos de incertidumbre.



Tasa por 1 000 <2,50 2,51-5,0 >5,0 No hay datos
Nota: Los datos de Finlandia son de 2005 y los de Irlanda, de 2006.

Opioides: 1,3 millones de consumidores problemáticos

El consumo ilegal de opioides sigue siendo responsable de unas tasas desproporcionadamente elevadas de mortalidad y de morbilidad por consumo de drogas en Europa. El opiáceo más consumido en Europa es la heroína, que puede fumarse, esnifarse o administrarse por vía parenteral. Se dispone también en el mercado ilegal de otros opioides sintéticos, como buprenorfina, metadona y fentanilo. El consumo de opioides tiende a ser más elevado entre las poblaciones marginales en las zonas urbanas.

En Europa ha habido varias oleadas de adicción a la heroína, en particular una primera que afectó a muchos países de la parte occidental desde mediados de la década de los 70 en adelante y una segunda que afectó a la parte central y oriental entre mediados y finales de la década de los 90. Aunque las tendencias de la última década presentan variaciones, en términos generales parece ir disminuyendo la iniciación en el consumo de esta droga.

La prevalencia media del consumo problemático de opioides entre adultos (de 15 a 64 años) se estima en el 0,4 %, lo que supone 1,3 millones de consumidores problemáticos en Europa en 2012. A escala nacional, las

estimaciones de prevalencia varían entre menos de uno y aproximadamente ocho casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad (gráfico 2.8).

Heroína: reducciones continuas de la demanda de tratamiento

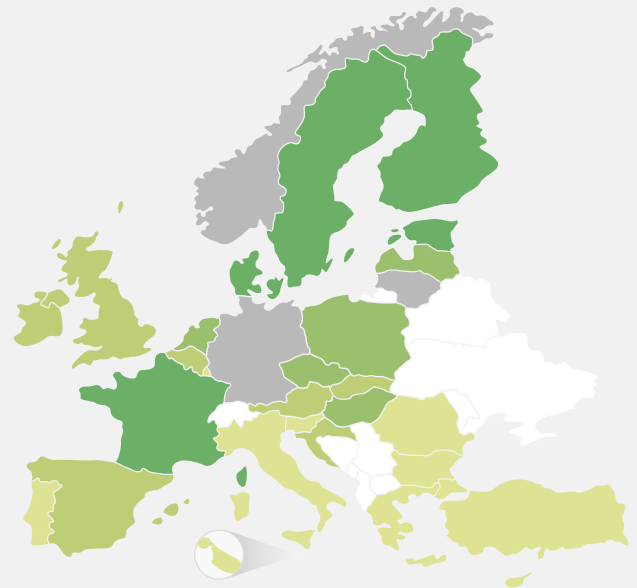
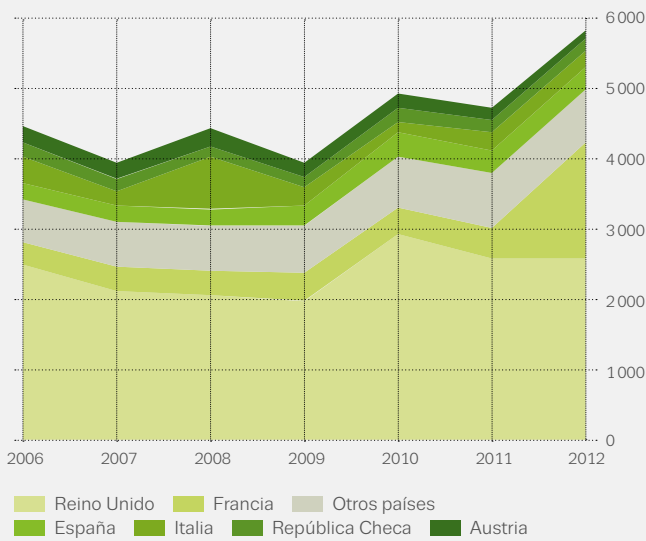
Los consumidores de opioides, sobre todo heroína, como droga principal representan el 46 % de los que iniciaron tratamiento especializado en 2012 en Europa (189 000) y el 26 % de los que iniciaron tratamiento por primera vez. Las cifras de los que inician tratamiento están en disminución en Europa, ya que del máximo de 59 000 en 2007 se pasó a 31 000 en 2012. En general, parece que se ha reducido la iniciación en el consumo de heroína y que esto repercute ahora en la demanda de tratamiento.

Opioides distintos de la heroína: un motivo de preocupación cada vez mayor

En 2012, en la mayoría de los países europeos (17) más del 10 % de los consumidores de opioides que iniciaron tratamiento especializado por primera vez tomaban opioides distintos de la heroína (gráfico 2.9). Entre ellos se encuentran la metadona, la buprenorfina y el fentanilo. En algunos países, estas drogas son ahora los opioides más

GRÁFICO 2.9

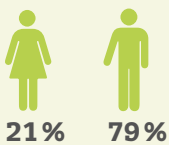
Consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez por consumo de opioides diferentes de la heroína: tendencias en números (izquierda) y porcentaje de los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez por consumo de opioides como droga principal (derecha)



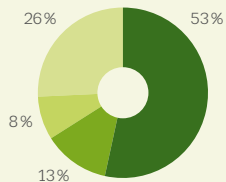
Porcentaje: <10, 10-24, 25-50, >50, No hay datos

CONSUMIDORES DE HEROÍNA QUE INICIAN TRATAMIENTO

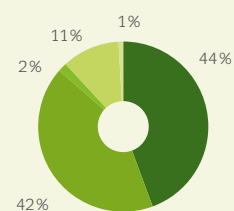
Características



Edad media en el momento del primer consumo **22**
Edad media al iniciar tratamiento **36**

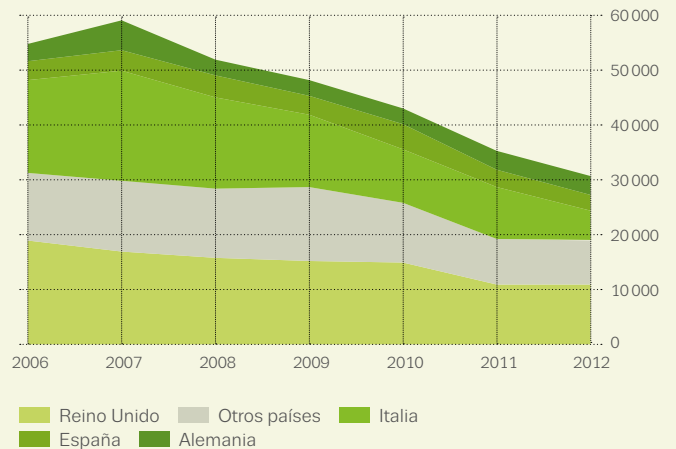


Frecuencia de consumo en el último mes:
A diario
De dos a seis veces a la semana
Una vez a la semana o menos
Sin consumo en el último mes



Vía de administración:
Parenteral
Inhalación del humo
Comida/bebida
Esnifado
Otras

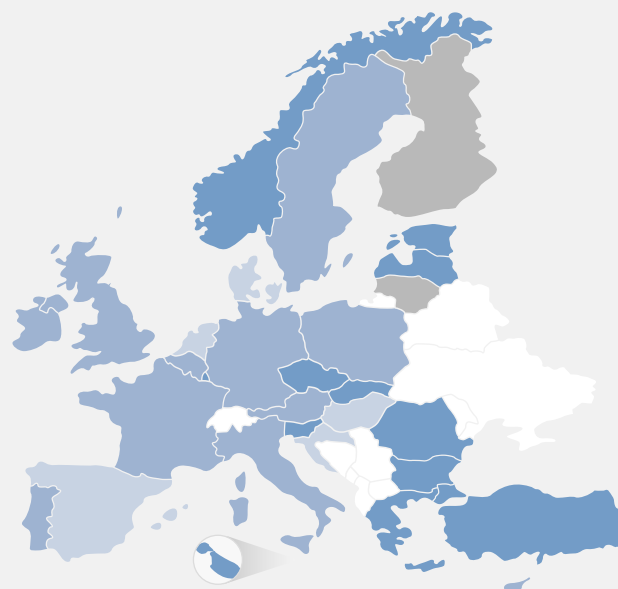
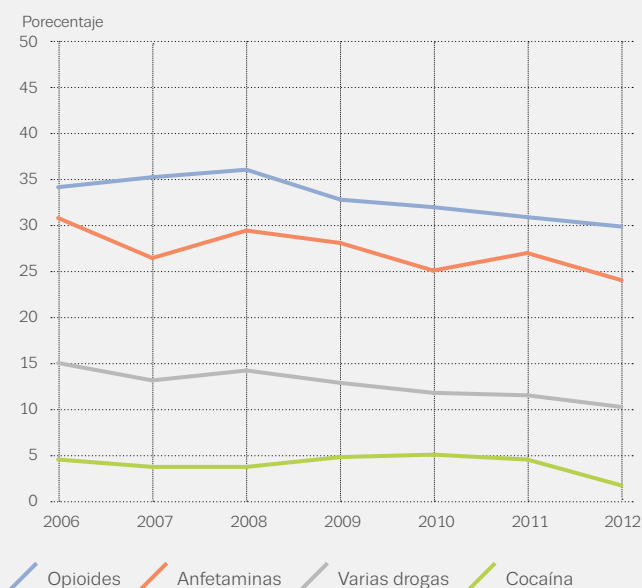
Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo la heroína la droga principal. Las tendencias se refieren a los que iniciaron tratamiento por primera vez siendo la heroína la droga principal. Los países comprendidos varían en función del indicador.

GRÁFICO 2.10

Prevalencia de la administración por vía parenteral en el mes anterior entre los consumidores que iniciaron tratamiento: tendencias entre los que iniciaron tratamiento (izquierda) y tasas nacionales en el conjunto de los que iniciaron tratamiento (derecha)



frecuentes: en Estonia, la mayoría de quienes iniciaron tratamiento por consumo de opioides tomaban fentanilo ilegal y en Finlandia, buprenorfina.

Consumo de drogas por vía parenteral: disminución a largo plazo

Los consumidores de drogas por vía parenteral se cuentan entre los colectivos con mayor riesgo de sufrir problemas de salud por esta causa, en particular infecciones transmitidas por la sangre o sobredosis. La vía parenteral se asocia generalmente al consumo de opioides, aunque en algunos países constituye un problema importante la administración por esta vía de anfetaminas. Doce países cuentan con estimaciones recientes de la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral; las cifras van desde menos de uno hasta aproximadamente unas seis casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad. Entre quienes iniciaron tratamiento especializado, el 38 % de los consumidores de opioides y el 23 % de los consumidores de anfetaminas declararon haberse administrado la droga por vía parenteral. Las cifras varían de unos países a otros, entre menos del 6 % en los Países Bajos y el 100 % en Lituania.

Un análisis de las tendencias temporales observables entre los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez en Europa revela que el uso de la vía

parenteral como la vía más importante de administración ha disminuido desde 2006 (gráfico 2.10). En el mismo período se ha reducido también la proporción de consumidores que iniciaron tratamiento y que comunicaron el uso de la vía parenteral para la administración de anfetaminas, cocaína u opioides en el último mes.

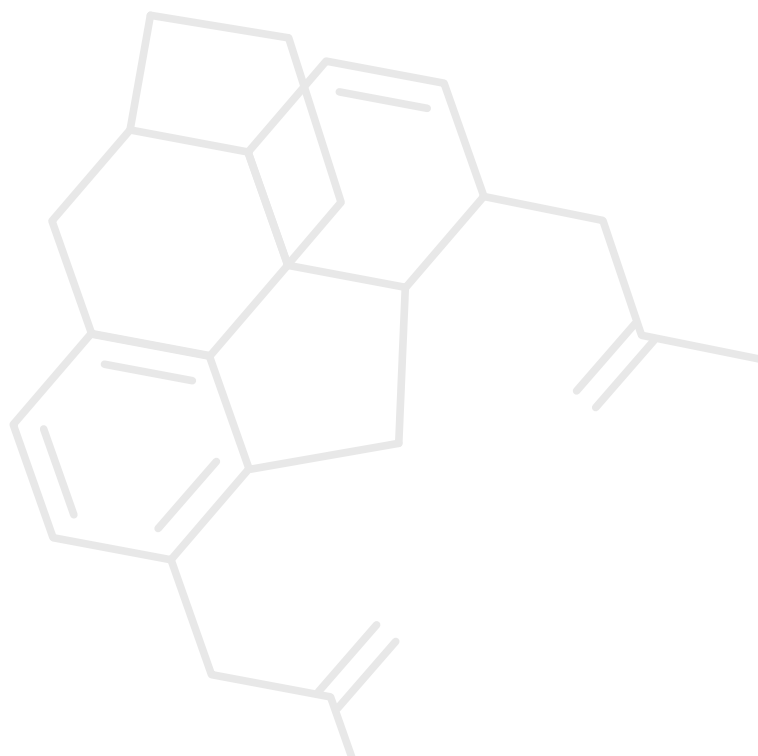
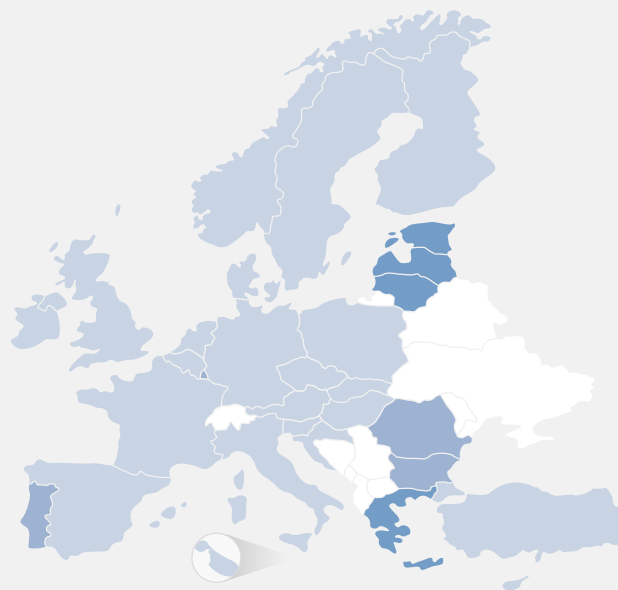
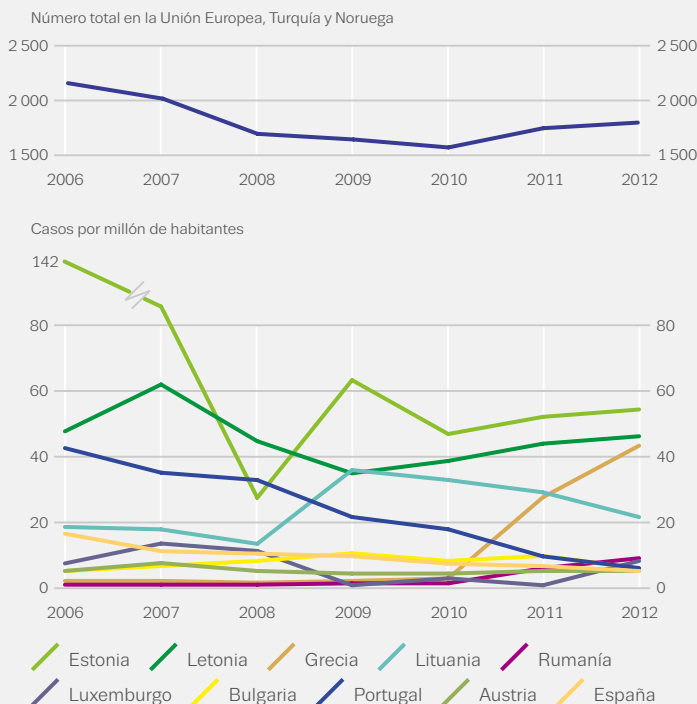


GRÁFICO 2.11

Casos de nuevo diagnóstico de infección por el VIH relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral: tendencias seleccionadas (izquierda) y datos más recientes (derecha)



Nota: Casos de nuevo diagnóstico de infección por el VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en los 10 países que notificaron las tasas más elevadas en 2012 (fuente: ECDC).

VIH: repercusión de los brotes en la tendencia de la UE

La administración parenteral de drogas sigue desempeñando un papel fundamental en la transmisión por la sangre de enfermedades como la hepatitis C y, en algunos países, la infección por el VIH/SIDA. Las cifras más recientes indican que el largo descenso del número de nuevos diagnósticos de VIH en Europa podría interrumpirse debido a los brotes entre consumidores de drogas por vía parenteral en Grecia y Rumanía (gráfico 2.11). En 2012, la tasa media de diagnósticos de VIH por consumo de drogas por vía parenteral fue de 3,09 por un millón de habitantes. Aunque las cifras están sujetas a revisión, en ese año se notificaron 1 788 nuevos casos, ligeramente más que en 2011 (1 732), continuando la tendencia general a la baja observada desde 2010.

Mientras que en 2010 Grecia y Rumanía contribuyeron con poco más del 2 % al número total de diagnósticos, en 2012 esta cifra aumentó al 37 %. En otros países, como España y Portugal, que en el pasado tuvieron períodos con elevadas tasas de infección, las tasas de nuevos diagnósticos siguen descendiendo. La situación es menos positiva, en cambio, en Estonia, donde la tasa de nuevos diagnósticos sigue siendo elevada, y en Letonia, donde ha aumentado desde 2009.

La mortalidad relacionada con la infección por el VIH es la causa indirecta mejor documentada de muerte entre los consumidores de drogas. La estimación más reciente indica que en 2010 murieron en Europa cerca de 1 700 personas por infección por el VIH/SIDA atribuible al consumo de drogas por vía parenteral, y la tendencia es descendente. Es probable asimismo que las hepatopatías sean responsables de un número considerable y creciente de muertes entre los consumidores de drogas por vía parenteral, debido principalmente a infección por el VHC y empeoradas a menudo por un consumo excesivo de alcohol.

La mortalidad relacionada con la infección por el VIH es la causa indirecta mejor documentada de muerte entre los consumidores de drogas

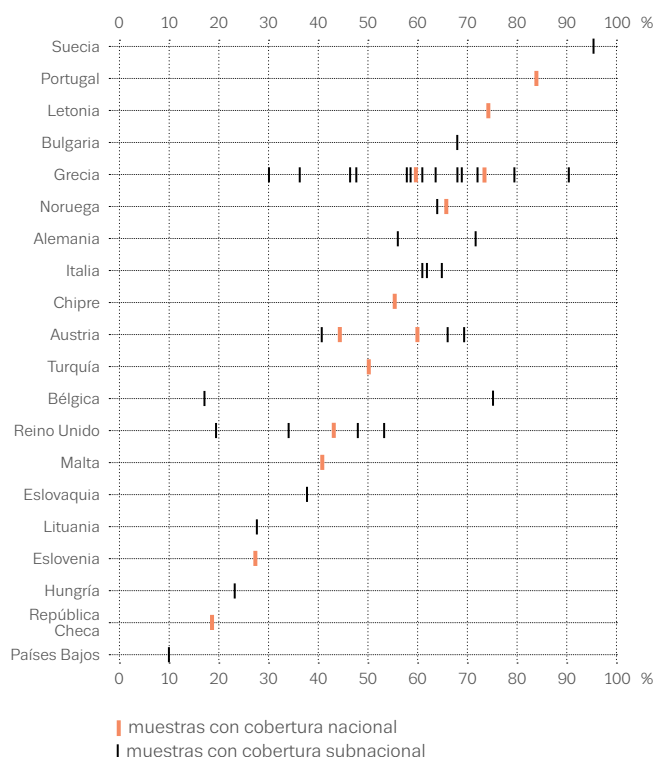
Hepatitis y otras infecciones: principales problemas de salud

La hepatitis vírica, en particular la causada por el virus de la hepatitis C (VHC), tiene una elevada prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa. Los niveles de anticuerpos del VHC en las muestras nacionales de consumidores de drogas por vía parenteral en 2011-2012 variaban entre el 19 % y el 84 %, aunque siete de los 11 países que disponían de datos nacionales notificaron niveles superiores al 50 % (gráfico 2.12). Entre los países que disponían de datos de tendencias nacionales durante el período 2007-12, en Noruega se observó una disminución de la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral, mientras que en otros siete se apreció un aumento.

Promediando los datos de los 18 países que facilitaron datos correspondientes al período 2011-2012, el consumo de drogas por vía parenteral representó el 64 % de los casos notificados de infección por el VHC y el 50 % de los diagnósticos agudos (en los que se conocía la categoría de riesgo). En cuanto a la hepatitis B, los consumidores de drogas por vía parenteral representaron el 9 % de los casos notificados y el 21 % de los diagnósticos agudos

GRÁFICO 2.12

Prevalencia de anticuerpos del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral, 2011/2012



Normalmente, los fallecidos por sobredosis son personas en la mitad de la treintena o algo mayores y su edad media en el momento de la muerte va en aumento

El consumo de drogas puede ser un factor de riesgo de otras enfermedades infecciosas, como hepatitis A y D, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, tétanos y botulismo. También se han notificado esporádicamente en Europa brotes de infección por ántrax, probablemente causados por heroína contaminada. Por ejemplo, entre junio de 2012 y marzo de 2013 se notificaron 15 casos, de los cuales siete causaron la muerte.

Muertes por sobredosis: reducción general, pero aumentos de algunos países

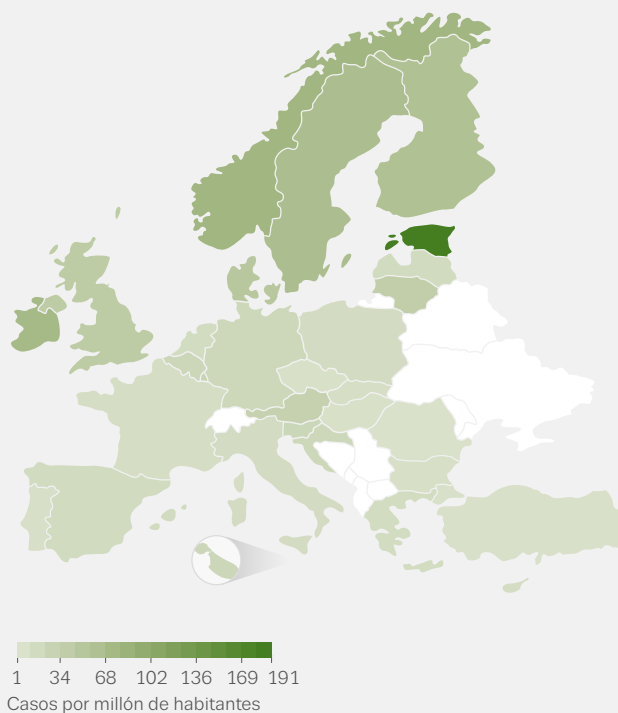
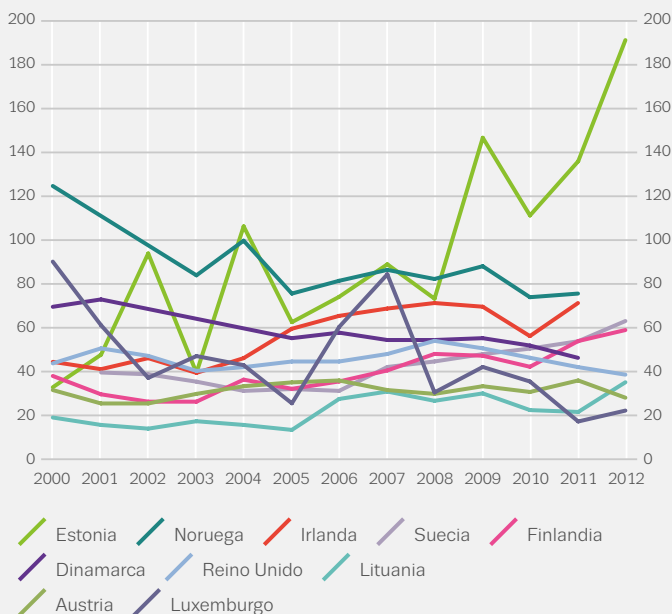
El consumo de drogas es una de las principales causas de mortalidad entre los jóvenes en Europa, tanto directamente por sobredosis (muertes inducidas por drogas) como indirectamente por enfermedades y accidentes relacionados con las drogas, actos de violencia y suicidios. La mayoría de los estudios de cohortes de consumidores problemáticos de drogas muestran tasas de mortalidad en el intervalo del 1-2 % por año y se ha estimado que anualmente mueren en Europa entre 10 000 y 20 000 consumidores de opioides. En términos generales, los consumidores de opioides tienen una probabilidad al menos 10 veces mayor de morir que las demás personas de su edad y sexo. Entre las mujeres, en algunos países el riesgo de morir puede ser hasta 30 veces mayor.

La sobredosis sigue siendo la principal causa de muerte entre los consumidores problemáticos de drogas. En la mayoría de sobredosis mortales notificadas están presentes la heroína o sus metabolitos, a menudo en combinación con otras sustancias como alcohol o benzodiazepinas. Además de heroína, en los informes toxicológicos se mencionan regularmente otros opioides. Entre ellos, metadona, buprenorfina, fentanilos y tramadol, que en algunos países se informa que son responsables

GRÁFICO 2.13

Tasas de mortalidad inducida por drogas entre adultos (de 15 a 64 años): tendencias seleccionadas (izquierda) y datos más recientes (derecha)

Casos por millón de habitantes



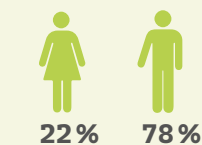
Nota: Tendencias en diez países que notificaron las tasas más elevadas en 2011 y 2012.

de una parte importante de las muertes por sobredosis. En dos países, el número de muertes relacionadas con la metadona es mayor que el de las relacionadas con la heroína. En la mayoría de los casos en los que se identifica la presencia de metadona, la víctima no estaba recibiendo en el momento de la muerte tratamiento de sustitución, sino que consumía la droga en un contexto de policonsumo.

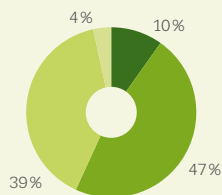
Aunque las muertes relacionadas con el consumo de drogas entre personas muy jóvenes son un importante motivo de preocupación, sólo el 10 % de las muertes por sobredosis que se notifican en Europa se producen en menores de 25 años. Normalmente, los fallecidos por sobredosis son personas en la mitad de la treintena o algo mayores, y su edad media en el momento de la muerte va en aumento, lo que indica un envejecimiento de la cohorte

MUERTES INDUCIDAS POR DROGAS

Características

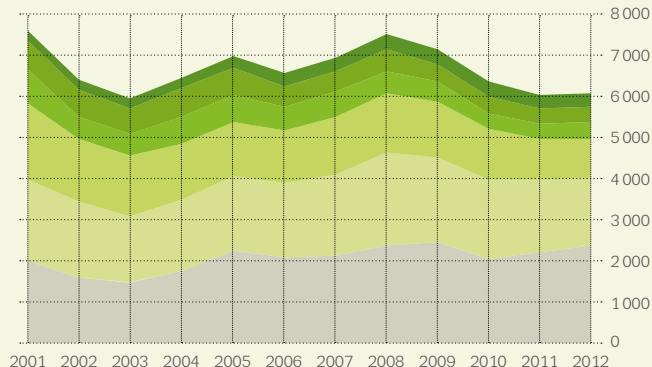


Edad media en el momento de la muerte **36**
 Muertes con presencia de opioides **75%**



Edad
 ■ <25
 ■ 25-39
 ■ 40-64
 ■ >64

Tendencias en las muertes por sobredosis



■ Otros países ■ Reino Unido ■ Alemania
 ■ Italia ■ España ■ Francia

de consumidores problemáticos de opioides. La mayoría de las muertes por sobredosis (78 %) se notifican en hombres.

Para 2012, la tasa de mortalidad media por sobredosis en Europa se estimó en 17 casos por un millón de habitantes de 15 a 64 años de edad. Las tasas nacionales varían considerablemente y dependen de factores como las pautas de consumo de drogas, en particular la administración por vía parenteral, las características de la población y las prácticas de notificación. Se notificaron tasas de más de 40 muertes por un millón de habitantes en seis países, siendo las más altas las correspondientes a Noruega (76 por millón) y a Estonia (191 por millón) (gráfico 2.13). Las muertes por sobredosis en Estonia han aumentado notablemente e ilustran el impacto que diferentes pautas de consumo de drogas pueden tener sobre las cifras nacionales; en ese país, las muertes por sobredosis están relacionadas principalmente con el consumo de fentanilos, opioides sintéticos muy potentes.

La mayoría de los países notificaron una tendencia al alza de las muertes por sobredosis desde 2003 hasta 2008/2009, en que los niveles se estabilizaron primero y luego comenzaron a disminuir. En conjunto, en 2012 se notificaron unas 6 100 muertes por sobredosis. La cifra es similar a la de 2011 y supone una disminución respecto a los 7 100 casos de 2009. En todo caso, la situación varía de unos países a otros y algunos siguen notificando aumentos.

PARA SABER MÁS

Publicaciones del EMCDDA

2014

Injection of cathinones, Perspectives on drugs.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on drugs.

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematic paper.

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

2011

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part I: Epidemiology, and part II: Health effects of cannabis use, Monographs.

Publicaciones del EMCDDA y ESPAD

2012

Summary of the 2011 ESPAD report.

Publicaciones del EMCDD y el ECDC

2012

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

Todas las publicaciones están disponibles en www.emcdda.europa.eu/publications

3

**En este capítulo se exponen
las intervenciones destinadas
a prevenir, tratar y reducir
los daños relacionados
con el consumo de drogas**

Respuestas sanitarias y sociales a los problemas de las drogas

En este capítulo se exponen las intervenciones destinadas a prevenir, tratar y reducir los daños relacionados con el consumo de drogas. Se examina si los países han adoptado estrategias comunes, en qué medida se basan esas estrategias en pruebas y si los servicios disponibles se ajustan a las necesidades calculadas.

Supervisión de las respuestas sanitarias y sociales

Este capítulo se inspira en las evaluaciones nacionales anuales realizadas por los puntos focales del EMCDDA. Se completan con datos sobre la demanda de tratamiento, el tratamiento de sustitución de opioides y el suministro de agujas y jeringuillas. Evaluaciones de expertos aportan información complementaria sobre la disponibilidad de servicios, tema sobre el que no se dispone de conjuntos más formalizados de datos. Se tienen en cuenta también distintas revisiones de las pruebas científicas disponibles sobre la eficacia de las intervenciones de salud pública.

Puede encontrarse información de apoyo en el sitio web del EMCDDA en *Health and social responses profiles*, en el *Informe Europeo sobre Drogas: datos y estadísticas en línea* y en el *Best practice portal*.

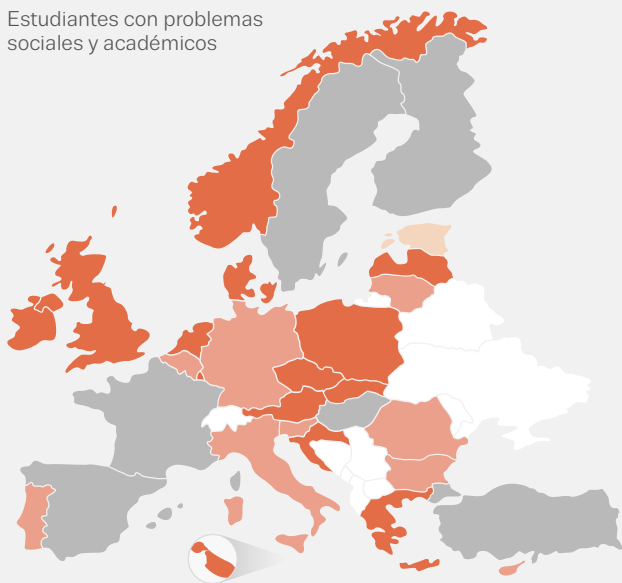
Prevención del consumo de drogas en grupos vulnerables de jóvenes

Para abordar el consumo de drogas y los problemas relacionados con las drogas se utilizan diversas estrategias de prevención. La prevención ambiental y universal se dirige a poblaciones completas, la prevención selectiva atiende a grupos vulnerables que pueden estar en riesgo mayor de presentar problemas de consumo de drogas, y la prevención específica se centra en personas en situación de riesgo. En el informe de este año, la atención se centra en la prevención selectiva, estrategia respecto de la cual hay pruebas cada vez más amplias de

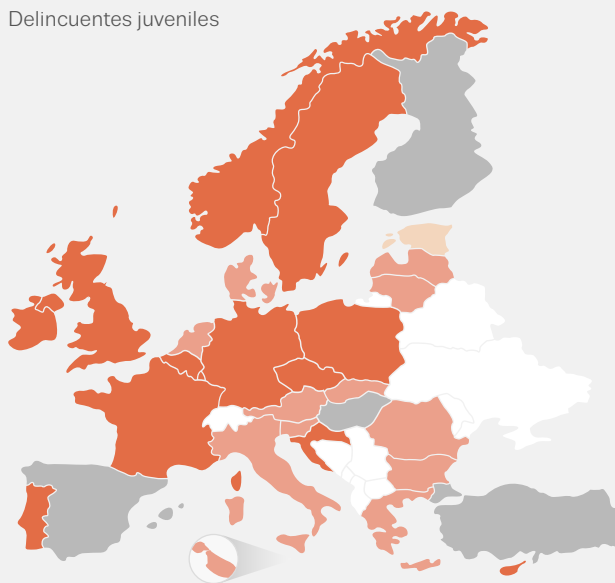
GRÁFICO 3.1

Disponibilidad de intervenciones específicas de prevención del consumo de drogas para determinados grupos vulnerables (evaluaciones de expertos, 2012)

Estudiantes con problemas sociales y académicos



Delinquentes juveniles



■ Completa/amplia ■ Limitada/rara ■ No disponible ■ No hay datos

la eficacia de los programas centrados en la adopción de normas, la reestructuración ambiental, la motivación, las habilidades y la toma de decisiones. Muchos programas, sin embargo, siguen basándose en el suministro de información, en las campañas de sensibilización y en las actividades de orientación, estrategias de cuya eficacia hay pocas pruebas.

Dos grupos destinatarios importantes de las intervenciones de prevención selectiva son los representados por los estudiantes con problemas sociales y académicos y por los jóvenes delincuentes (gráfico 3.1). Las evaluaciones de expertos revelan un aumento de los servicios generales dirigidos a estos dos grupos entre 2007 y 2010, sin que se aprecien cambios adicionales en 2013.

En lo que respecta a las intervenciones dirigidas a los estudiantes, las pruebas indican que las estrategias de mejora del clima educativo pueden ayudar a reducir el consumo de sustancias. Entre estas estrategias cabe mencionar la formación del profesorado y la adopción de medidas para mejorar la participación de los estudiantes y promover una ética educativa positiva. Otras estrategias de prevención centradas en los estudiantes tienen por objeto aumentar su autocontrol y desarrollar sus competencias sociales, mientras que las basadas en la familia tratan de mejorar las habilidades ligadas a la paternidad y la maternidad.

En lo que respecta a los jóvenes delincuentes, la mayoría de los países informan de la introducción de medidas alternativas a las penas de privación de libertad. Un destacado programa en este campo es FreD, un conjunto de intervenciones con un componente manual que se ha aplicado en 15 Estados miembros de la UE. Las evaluaciones que se han hecho del mismo demuestran una reducción de las tasas de reincidencia.

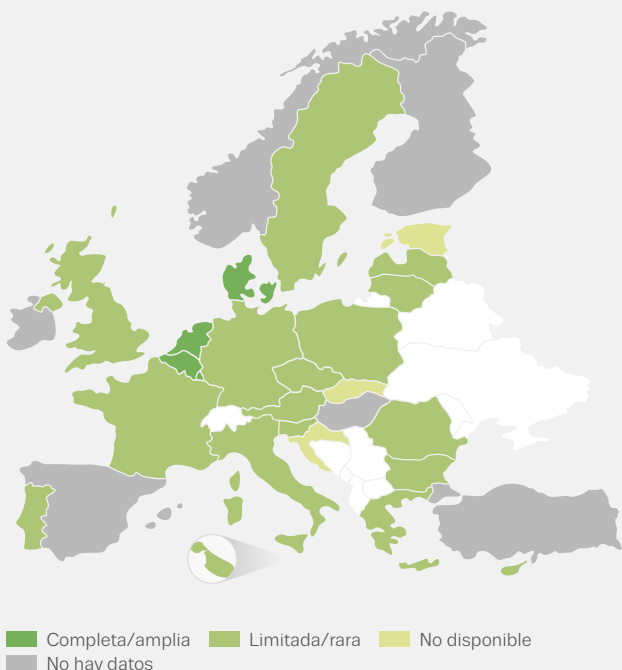
Reducción de los daños en locales nocturnos: necesidad de una estrategia integrada

Es bien conocida la asociación entre los locales nocturnos y determinadas pautas de consumo de drogas y alcohol de alto riesgo. A pesar de ello, sólo un reducido número de países europeos declaran haber aplicado estrategias de prevención en este ámbito (gráfico 3.2), y las evaluaciones de expertos ponen de manifiesto la disminución general de las actividades registrada entre 2010 y 2013.

A escala europea, las normas elaboradas por Club Health y Safer Nightlife ofrecen directrices para la aplicación de programas de prevención en entornos recreativos. En lo que respecta a la reducción de daños, se han obtenido resultados positivos de estrategias integradas de prevención ambiental, que incluyen componentes como el servicio responsable, la formación del personal de barra y de seguridad y la cooperación con cuerpos y fuerzas de seguridad.

GRÁFICO 3.2

Disponibilidad de intervenciones de prevención del consumo de drogas en locales nocturnos (evaluaciones de expertos, 2012)



Constituye un motivo preocupación especial el riesgo que plantean los jóvenes que conducen de vuelta de un local nocturno después de consumir alcohol y de drogas. Un estudio reciente concluye que las campañas específicas en medios de comunicación, junto con la oferta de transporte nocturno gratuito, pueden reducir el número de accidentes de tráfico causados por la conducción bajo los efectos del alcohol. En cambio, son infrecuentes las intervenciones centradas en la conducción bajo los efectos de las drogas.

Prevención de la propagación de enfermedades infecciosas:

Los consumidores de drogas, en particular por vía parenteral, corren riesgo de contraer enfermedades infecciosas al compartir las jeringuillas o mantener relaciones sexuales sin protección. La prevención de la transmisión del VIH, de la hepatitis vírica y de otras infecciones es, por lo tanto, un importante objetivo de las políticas europeas en materia de drogas. En el caso de los consumidores de opioides por vía parenteral, está demostrado que el tratamiento de sustitución reduce las conductas de riesgo, habiendo estudios que demuestran que el efecto protector aumenta cuando se combina con programas de suministro de agujas y jeringuillas.

GRÁFICO 3.3

Variación en el número de jeringuillas distribuidas al amparo de programas especializados entre 2007 y 2012

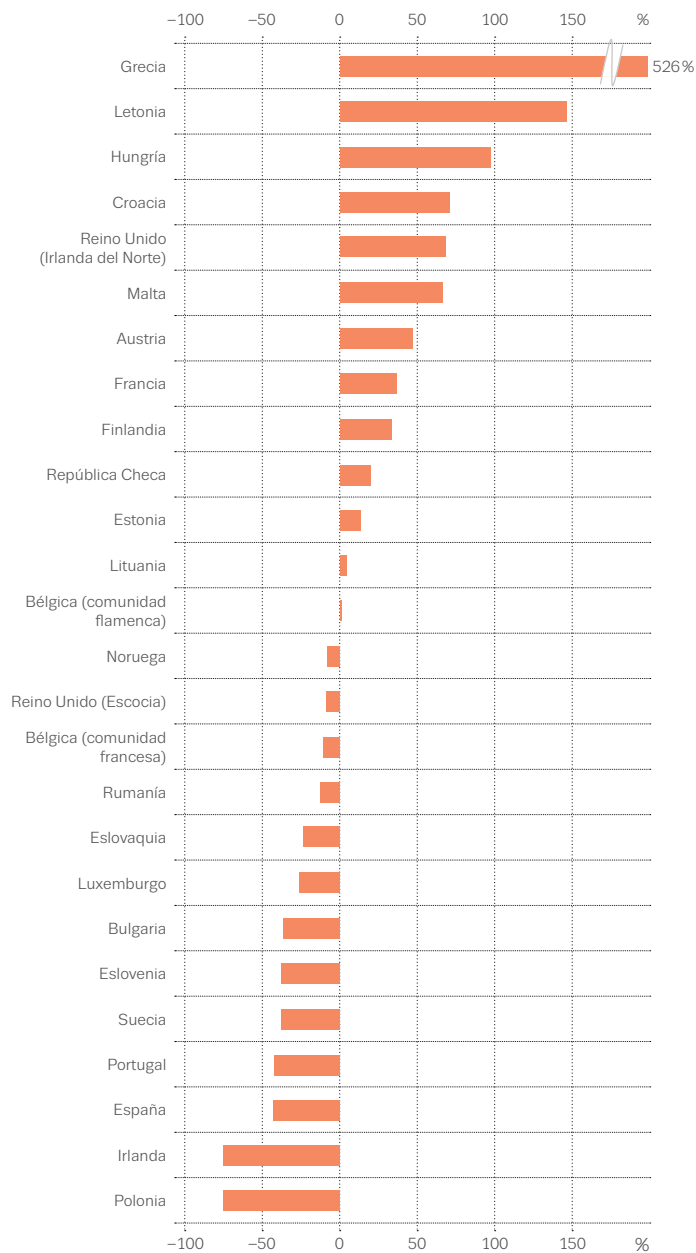
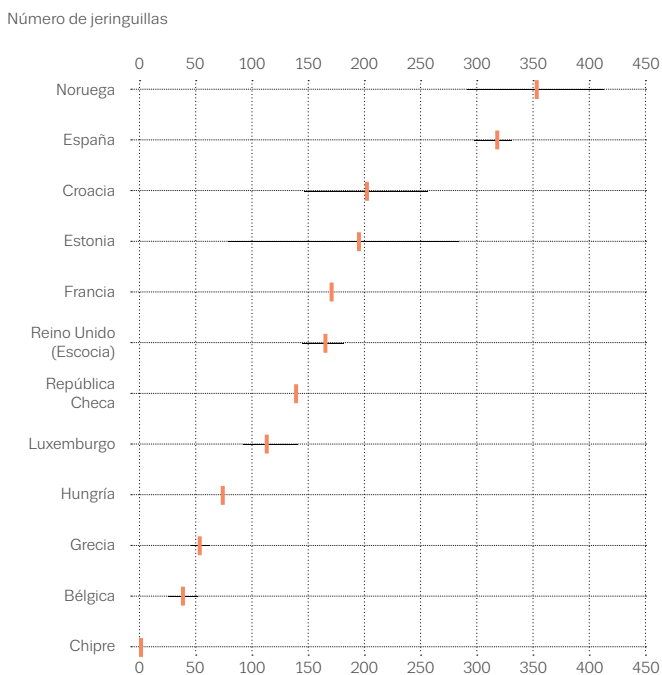


GRÁFICO 3.4

Número de jeringuillas suministradas al amparo de programas especializados a consumidores de drogas por vía parenteral (estimación)



Nota: Los datos se presentan como estimaciones puntuales e intervalos de incertidumbre.

El número de jeringuillas distribuidas en virtud de programas especializados ha aumentado en Europa (26 países), pasando de 42,9 millones de jeringuillas en 2007 a 46,0 millones en 2012. A escala nacional, el panorama es divergente, ya que aproximadamente la mitad de los países notifican un aumento del suministro y la otra mitad una disminución (gráfico 3.3). Los aumentos pueden explicarse por una ampliación de los programas, en ocasiones desde una base baja. Las disminuciones pueden explicarse por la reducción del servicio o por el descenso del número de consumidores. En los 12 países con estimaciones recientes del número de consumidores por vía parenteral, el promedio de jeringuillas distribuidas en 2012 a cada uno de ellos mediante programas especializados varió entre 0 en Chipre y más de 300 en España y Noruega (gráfico 3.4).

Se han notificado recientemente brotes de nuevas infecciones por el VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Grecia y en Rumanía, como se señala en el capítulo 2. Se ha puesto en marcha, en consecuencia, un ejercicio de evaluación de riesgos para determinar si otros países pueden ser vulnerables a la

GRÁFICO 3.5

Resumen de indicadores de un posible riesgo elevado de infección por el VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral

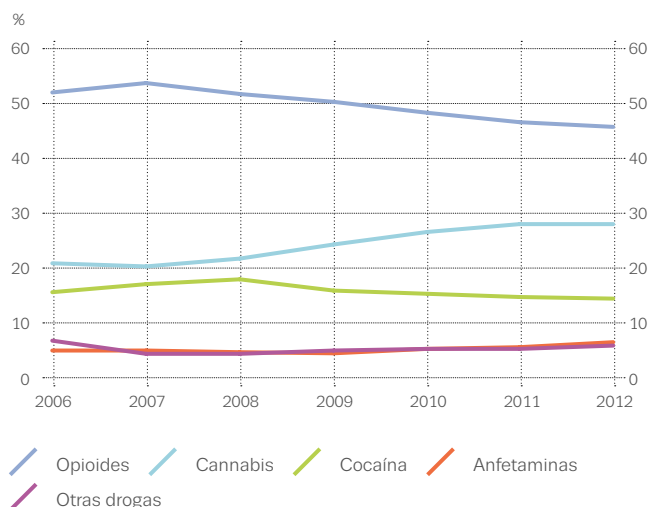
	Bélgica	Bulgaria	República Checa	Dinamarca	Alemania	Estonia	Irlanda	Grecia	España	Francia	Croacia	Italia	Chipre	Letonia	Lituania	Luxemburgo	Hungría	Malta	Países Bajos	Austria	Polonia	Portugal	Rumanía	Eslovenia	Eslovaquia	Suecia	Finlandia	Reino Unido	Turquía	Noruega
Prevalencia de la infección por el VIH y tendencias	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio
Prevalencia del consumo por vía parenteral y tendencias (riesgo de transmisión)	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio
Cobertura del tratamiento de sustitución: menos del 30 %	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio
Cobertura del suministro de agujas y jeringuillas: menos de 100 jeringuillas por consumidor de drogas por vía parenteral	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio	Grigio

Inexistencia de los siguientes factores de riesgo: aumento de los casos de infección por el VIH o de la prevalencia del VIH o el VHC; aumento del riesgo de transmisión; baja cobertura de las intervenciones.
 Posible presencia de los siguientes factores de riesgo: aumento a escala subnacional de la prevalencia del VIH o el VHC o del riesgo de transmisión; aumento sólido pero no significativo a escala nacional.
 Presencia de los siguientes factores de riesgo: aumento significativo de los casos de infección por el VIH o de la prevalencia del VIH o el VHC; aumento del riesgo de transmisión; baja cobertura de las intervenciones.
 No hay información a disposición del ECDC o el EMCDDA.

Adaptado de *Eurosurveillance* 2013;18(48):pii=20648.

GRÁFICO 3.6

Porcentaje de consumidores que inician tratamiento especializado de la drogodependencia, por droga principal



aparición de nuevos brotes. En el gráfico 3.5 se ofrece un resumen de algunos indicadores de alto nivel de riesgo potencial. Sobre la base de este sencillo análisis, cabe considerar que un tercio de los países presentan factores de riesgo, lo que apunta a la necesidad de mantener una vigilancia continua y de ampliar la cobertura de las medidas de prevención de la infección por el VIH.

Las medidas preventivas dirigidas a la transmisión de la hepatitis C son similares a las referidas al VIH. En el plano de las políticas, cada vez son más los países que han adoptado o tienen en preparación estrategias específicas para la hepatitis C. Las iniciativas dirigidas a la realización de análisis de la hepatitis C y la prestación de servicios de orientación a los consumidores de drogas por vía parenteral siguen siendo limitadas. A pesar de las pruebas crecientes de la eficacia del tratamiento con antivirales de la hepatitis C en los consumidores infectados, los niveles de prestación siguen siendo bajos.

Prevención de las sobredosis y las muertes relacionadas con las drogas

La reducción de las sobredosis y de las muertes relacionadas con las drogas sigue siendo un importante reto de salud pública en Europa. Las respuestas específicas en este campo se centran en la prevención de las sobredosis o en la mejora de las probabilidades de sobrevivir a ellas. El tratamiento de la drogodependencia, especialmente el tratamiento de sustitución de opioides, previene las sobredosis y reduce el riesgo de mortalidad de los consumidores. La formación en técnicas de respuesta a las sobredosis, con la consiguiente

distribución del antagonista de opioides naxolona, puede salvar vidas en esas situaciones. Un tipo de intervención dirigida tanto a reducir la incidencia de sobredosis como a aumentar las probabilidades de supervivencia en caso de sobredosis es la oferta de centros de consumo supervisados. Seis Estados miembros de la UE y Noruega ofrecen actualmente estos centros, 73 en total. En los tres últimos años se han cerrado varios centros en los Países Bajos, debido a la caída de la demanda, mientras que se han abierto cuatro en Dinamarca y uno en Grecia.

Más de un millón de europeos en tratamiento de la drogodependencia

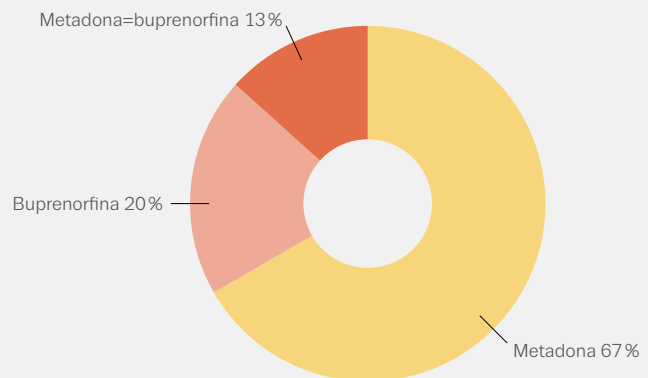
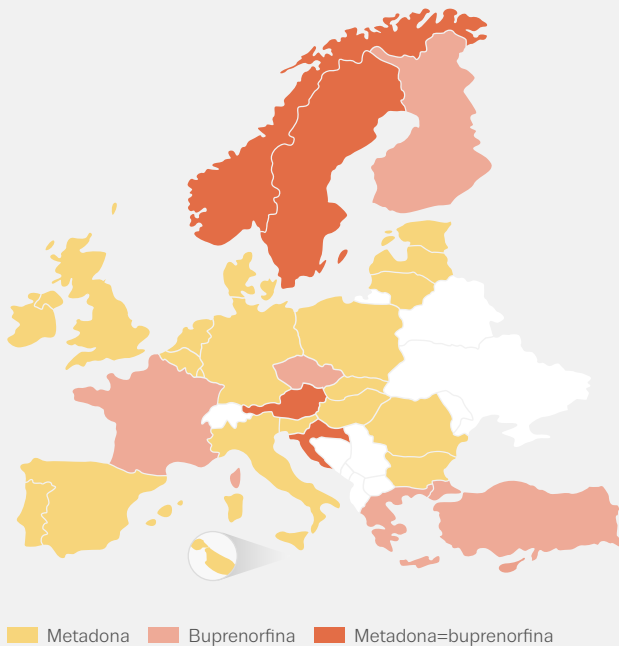
Se estima que al menos 1,3 millones de personas recibieron tratamiento por consumo de drogas ilegales en Europa durante 2012. El grupo en tratamiento más amplio es el de los consumidores de opioides, mientras que los datos sobre consumidores que inician tratamiento (gráfico 3.6) indican que el segundo y el tercer lugar corresponden a los consumidores de cannabis y de cocaína, aunque hay diferencias entre unos países y otros.

La mayoría de los tratamientos se prestan en entornos ambulatorios, como centros especializados, centros generales de salud, incluidas las consultas de medicina general, o centros de bajo umbral. Una parte considerable de los tratamientos de drogodependencia se prestan asimismo en régimen de ingreso en centros especializados, comunidades terapéuticas y centros asociados a hospitales (por ejemplo, hospitales psiquiátricos). Una estrategia de tratamiento nueva e innovadora es la prestación de los servicios a través de Internet, de forma que los consumidores puedan acceder a los programas de tratamiento desde su casa.

El tratamiento de sustitución, normalmente combinado con intervenciones psicosociales, es la modalidad terapéutica más frecuente en caso de dependencia de opioides en Europa. Las pruebas disponibles apoyan el uso de esta estrategia combinada para mantener a los pacientes en tratamiento y asimismo para reducir el consumo ilegal de opioides y reducir los daños relacionados con las drogas y la mortalidad. Las intervenciones psicosociales constituyen la principal modalidad de tratamiento en el caso de los consumidores dependientes de estimulantes y hay estudios que demuestran que tanto la terapia cognitivo-conductual como la gestión de contingencias se asocian a resultados positivos. Un número cada vez mayor de países ofrecen ahora tratamientos específicos para el consumo de cannabis, disponiéndose de pruebas en favor del uso combinado de la terapia cognitivo-conductual, las

GRÁFICO 3.7

Medicamento de sustitución de opioides predominante a escala nacional (izquierda) y como proporción de los consumidores en tratamiento de sustitución en Europa (derecha)



entrevistas motivacionales y los métodos de gestión de contingencias. Algunas pruebas apoyan el uso de la terapia familiar multidimensional para los consumidores de cannabis jóvenes.

Tratamiento de sustitución: la principal modalidad de tratamiento en régimen ambulatorio

La metadona es el medicamento de sustitución más frecuentemente prescrito, administrándose a dos terceras partes de los consumidores que reciben este tipo de tratamiento, mientras que la buprenorfina se prescribe a la mayoría de los restantes (el 20 %) y es el principal medicamento de sustitución en seis países (gráfico 3.7). Aproximadamente el 6 % de los tratamientos de sustitución en Europa se basan en la prescripción de otras sustancias, como morfina de liberación lenta o diacetilmorfina (heroína).

En 2012 recibieron este tipo de tratamiento en Europa unos 734 000 consumidores de opioides. Esta cifra es relativamente estable en comparación con la de 2011 (726 000), pero superior a la de 2007 (630 000) (gráfico 3.8). En 2012, cinco países notificaron incrementos de más del 25 % en el número de consumidores en comparación con el año anterior. El aumento porcentual más elevado se registró en Turquía

GRÁFICO 3.8

Tendencias en el número de consumidores en tratamiento de sustitución de opioides

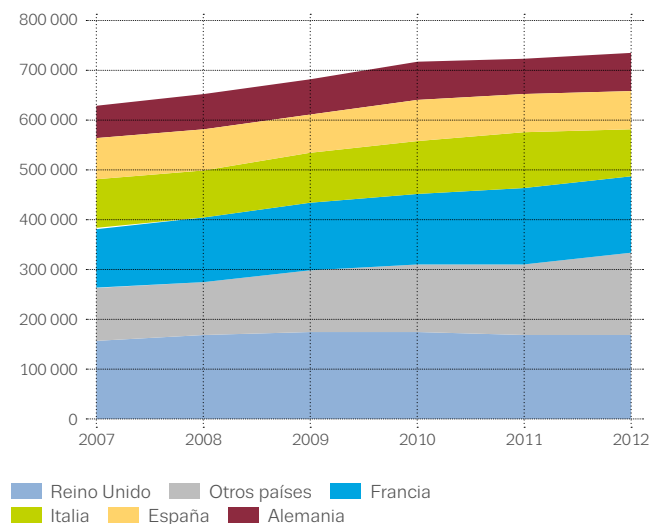
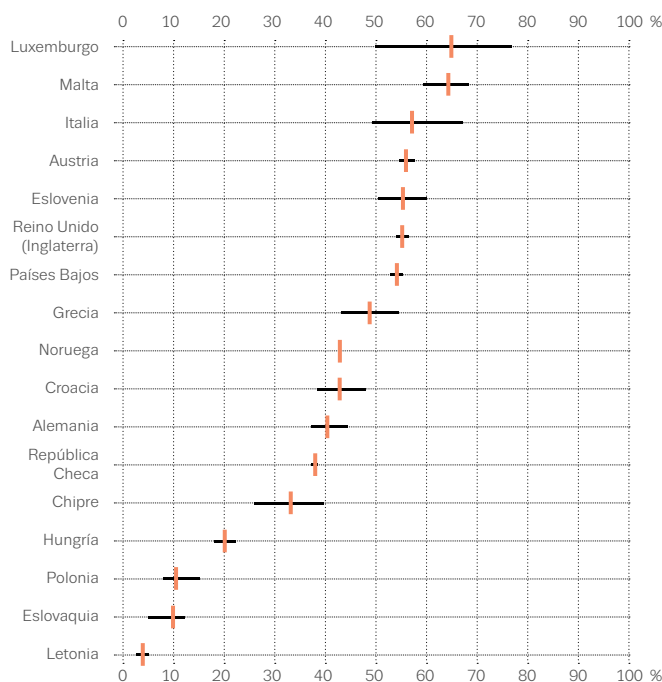


GRÁFICO 3.9

Porcentaje de consumidores problemáticos de opioides que reciben tratamiento de sustitución (estimación)



Nota: Datos se presentan como estimaciones puntuales e intervalos de incertidumbre.

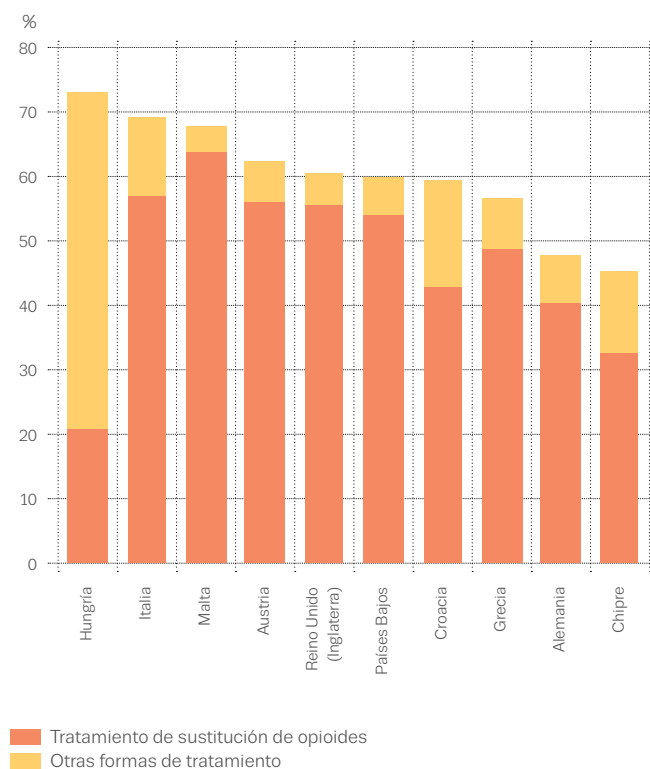
(250 %), seguida de Grecia (45 %) y Letonia (28 %). Tales aumentos, en todo caso, se produjeron a partir de unas cifras originarias relativamente bajas. En contraste, durante el mismo período Rumanía informó del mayor descenso porcentual (-30 %).

Cobertura del tratamiento: más de la mitad de los consumidores de opioides reciben tratamientos de sustitución

La cobertura del tratamiento de sustitución de opioides – es decir, la proporción de consumidores necesitados que se benefician de la intervención – se estima en más del 50 % en Europa. Tal estimación ha de ser tomada con precaución por razones metodológicas, pero es cierto que en muchos países la mayoría de los consumidores de opioides están o han estado en contacto con servicios de tratamiento. A escala nacional, sin embargo, se aprecian grandes diferencias, notificándose las tasas más bajas (en torno a 10 % o menos) en Letonia, Eslovaquia y Polonia (gráfico 3.9).

GRÁFICO 3.10

Porcentaje de consumidores problemáticos de opioides que reciben tratamiento de la drogodependencia (estimación)

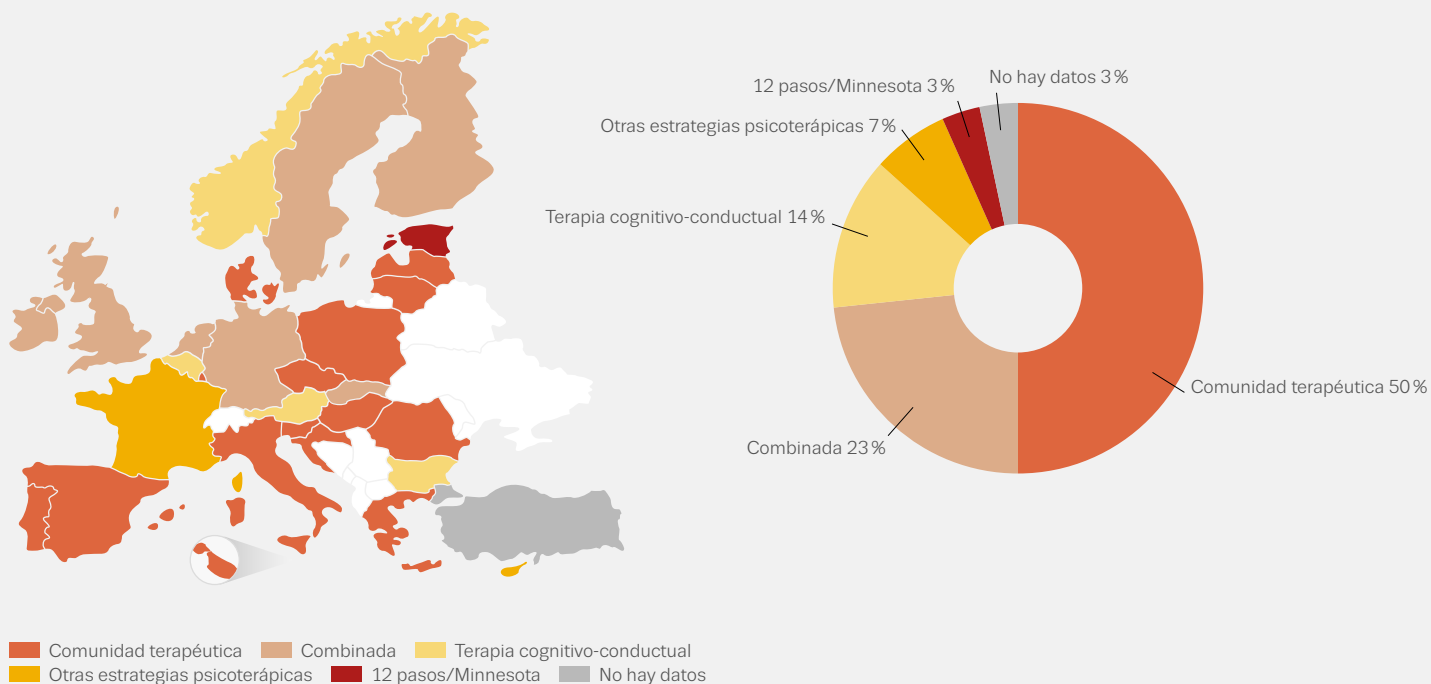


En todos los países europeos se presta además tratamiento sin sustitución a los consumidores de opioides. En los diez países que ofrecen datos suficientes, la cobertura de estos tratamientos no basados en la administración de medicamentos de sustitución se mueve en general en el intervalo del 3 % al 17 % de los consumidores problemáticos de opioides, superando el 50 % en Hungría (gráfico 3.10).



GRÁFICO 3.11

Estrategia terapéutica predominante en los programas residenciales, por número total, a escala nacional (izquierda) y europea (derecha), 2011



Tratamiento residencial: predominio de las comunidades terapéuticas

En la mayoría de los países europeos, los programas residenciales constituyen un importante elemento de las opciones de tratamiento y rehabilitación a disposición de los consumidores de drogas. Un estudio reciente del EMCDDA ha identificado 2 500 centros de tratamiento residencial en Europa, concentrándose más de dos tercios de ellos en seis países: Alemania, España, Irlanda, Italia, Suecia y el Reino Unido. El grupo más amplio es el de las comunidades terapéuticas (2 330), que además es el único disponible en 17 países. Se ha identificado además en Europa 170 programas de tratamiento residencial de base hospitalaria.

Muchos de los programas residenciales tienen como eje la salud, el funcionamiento personal y social y la mejora de la calidad de vida. En general, pueden dividirse en cuatro grandes grupos por razón de las estrategias terapéuticas que siguen: el modelo de 12 pasos o de Minnesota, el modelo de la comunidad terapéutica, psicoterapia usando la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia con otros modelos asistenciales. De ellos, el «modelo de la comunidad terapéutica» es el predominante en 15 países (gráfico 3.11).

Las pruebas de la eficacia de las comunidades terapéuticas sin drogas no son concluyentes, debido en parte a las dificultades metodológicas para la realización de investigaciones sobre los resultados asistenciales en este campo. La mayoría de los estudios sobre este tema realizados en Europa son observacionales y las conclusiones que ofrecen son, por lo tanto, necesariamente provisionales. Con todo, los resultados son en general positivos, según resulta de la más larga permanencia en el tratamiento y de la conclusión de éste. Casi todos los estudios observacionales señalan que los residentes en las comunidades terapéuticas muestran reducciones en el consumo de drogas y en las detenciones, junto con mejoras en las medidas de la calidad de vida.

Aunque, históricamente, los programas residenciales de tratamiento han sido programas sin drogas. Los datos indican que aumenta en ellos el suministro de medicamentos de sustitución de opioides. En 18 de los 25 países informantes se menciona algún grado de uso de sustitución de opioides en los tratamientos residenciales (gráfico 3.12).

GRÁFICO 3.12

Disponibilidad de sustitución de opioides en los programas residenciales, 2011

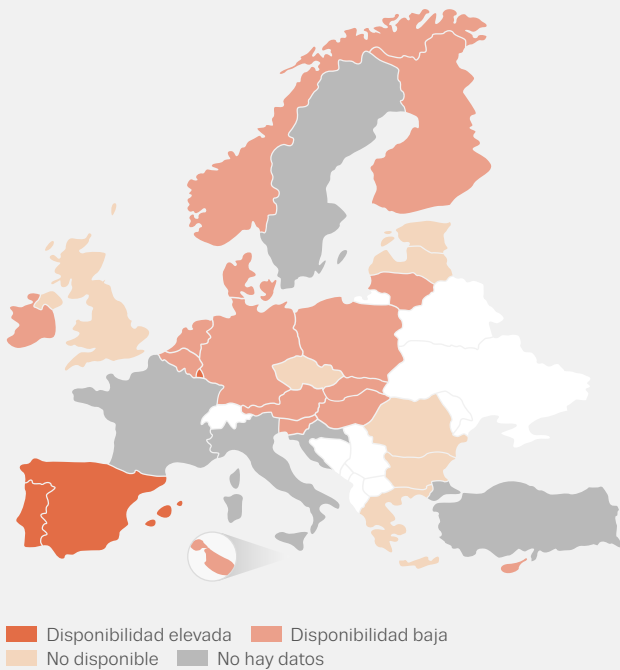
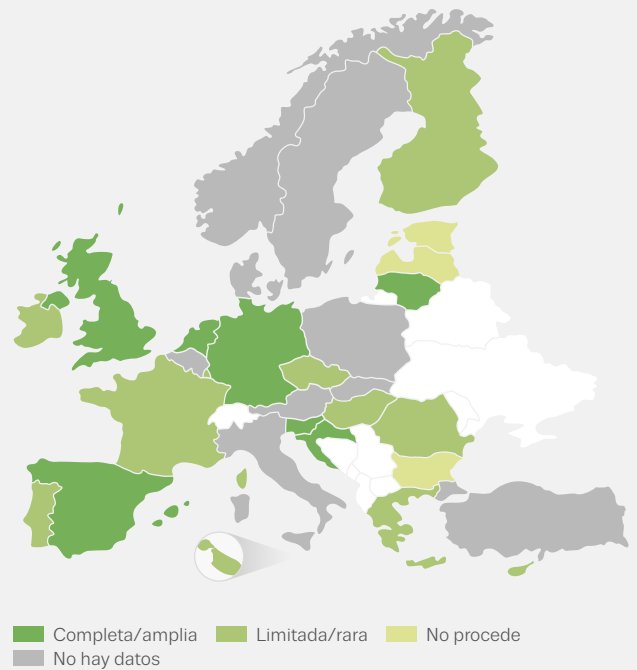


GRÁFICO 3.13

Disponibilidad de sistemas de mercado de trabajo intermedio para consumidores en tratamiento por drogodependencia (evaluaciones de expertos, 2011)



Reinserción social: la empleabilidad en el foco

Los servicios de reinserción social apoyan el tratamiento y previenen las recaídas abordando aspectos clave de la exclusión social de los consumidores de drogas. En 2012, aproximadamente la mitad de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado por drogodependencia en Europa estaban desempleados (47 %) y casi uno de cada diez (9 %) carecía de vivienda estable. Era común también en este grupo el bajo nivel educativo. Aunque la reinserción social de los consumidores se menciona como un objetivo esencial de las estrategias nacionales en materia de drogas, las intervenciones al respecto varían considerablemente entre los distintos países.

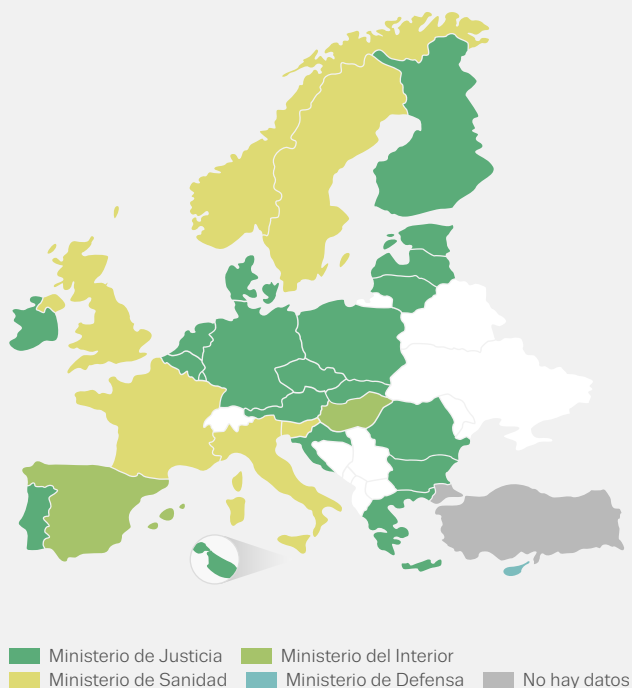
La mejora de la empleabilidad de los consumidores en tratamiento puede ayudar a su reinserción en la sociedad. La empleabilidad depende de los conocimientos, las habilidades y las actitudes de cada persona, del modo de empleo de estos activos y del contexto en el que se busque empleo. Uno de los sistemas que se aplica es el basado en el apoyo a las personas desfavorecidas con objeto de reducir la brecha que se abre entre el desempleo de larga duración y el mercado de trabajo. Es lo que se denomina mercado de trabajo intermedio. En él se ofrece a los consumidores en tratamiento un contrato de trabajo temporal que se completa con actividades de formación, de experiencia en el trabajo, de desarrollo personal y de búsqueda de empleo. Se incluyen también habitualmente

en este concepto las empresas de trabajo social. Estas empresas producen bienes o prestan servicios socialmente útiles y dan empleo a colectivos desfavorecidos en los mercados de trabajo. Aunque hay en la mayoría de los Estados miembros intervenciones de este tipo (véase el gráfico 3.13), el acceso a las mismas entre las personas en tratamiento de drogodependencia parece estar limitado y puede complicarse por las elevadas tasas de desempleo de la población general.

Los servicios de reinserción social apoyan el tratamiento y previenen las recaídas abordando aspectos clave de la exclusión social de los consumidores de drogas

GRÁFICO 3.14

Ministerio competente para la prestación de los servicios de salud en los establecimientos penitenciarios



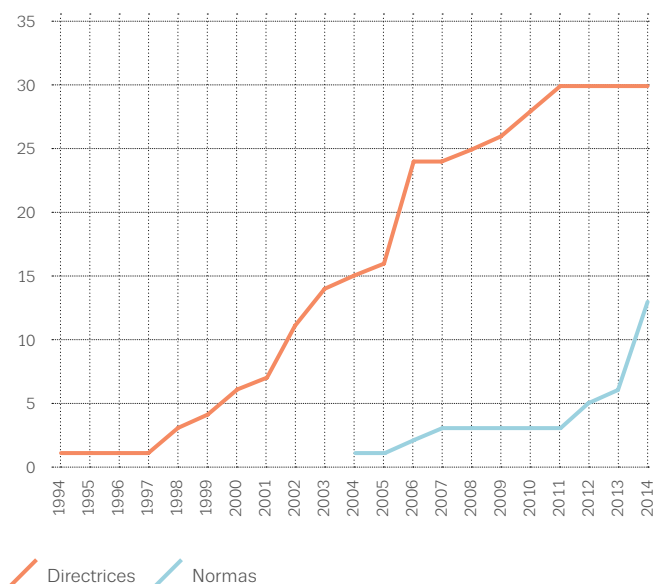
La asistencia sanitaria en los establecimientos penitenciarios sigue siendo en gran medida competencia de los Ministerios de Justicia y de Interior

Los reclusos tienen tasas de consumo de drogas más altas que la población general y pautas de consumo más peligrosas, como ilustran recientes estudios según los cuales entre el 5 % y el 31 % de ellos han consumido en algún momento drogas por vía parenteral. Al ingresar en el establecimiento penitenciario, la mayoría reducen o suspenden el consumo. Las drogas ilegales se abren paso, sin embargo, en muchos de estos establecimientos y algunos reclusos prosiguen el consumo o se inician en él durante su permanencia en ellos.

La mayoría de los países han establecido regímenes de colaboración interinstitucional entre los servicios de sanidad de los establecimientos penitenciarios y los de carácter general. Esta colaboración garantiza las intervenciones de educación sanitaria y de tratamiento en los centros penitenciarios y la continuidad de la asistencia al entrar y salir de ellos. En general, los servicios de sanidad en los establecimientos penitenciarios siguen

GRÁFICO 3.15

Número acumulado de países que han publicado directrices y normas de calidad aplicables a las intervenciones sociales y sanitarias relacionadas con las drogas, por años de publicación



siendo competencia de los Ministerios de Justicia y de Interior. En algunos países, sin embargo, se han conferido esas competencias al Ministerio de Sanidad (gráfico 3.14), lo que facilita la integración con la prestación general de los servicios en la comunidad.

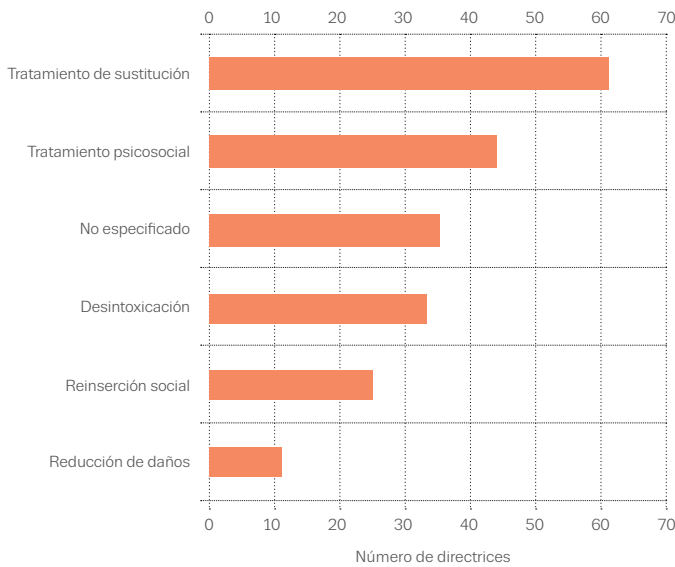
En la actualidad se presta tratamiento de sustitución de opioides en establecimientos penitenciarios en 26 de los 30 países supervisados por el EMCDDA, aunque su introducción ha sido generalmente más lenta que en los servicios generales de salud. Además, puede haber restricciones. Por ejemplo, en cuatro países ese tratamiento se limita a los reclusos que ya estaban siendo tratados antes de su ingreso.

Respuestas basadas en pruebas: utilización de directrices y normas

Las respuestas sanitarias y sociales de Europa a los problemas relacionados con las drogas se basan cada vez más en la adopción de directrices y de normas de calidad para transformar las pruebas existentes en resultados satisfactorios y sostenibles. En general, la adopción de directrices precede en varios años a la aprobación de normas de calidad (gráfico 3.15).

GRÁFICO 3.16

Directrices nacionales aplicables a las intervenciones sociales y sanitarias relacionadas con las drogas notificadas en Europa hasta 2013



Las respuestas sanitarias y sociales de Europa a problemas relacionados con las drogas se basan cada vez más en directrices y en normas de calidad

Las directrices son declaraciones que incluyen recomendaciones para optimizar la asistencia. Suelen basarse en una revisión sistemática de las pruebas existentes y en la evaluación de las ventajas e inconvenientes de las opciones asistenciales disponibles. Tratan de ayudar a los usuarios, a los cuidadores y a los prestadores de servicios a tomar decisiones sobre la elección de las intervenciones adecuadas. En los últimos 20 años se han publicado más de 150 series de directrices en materia de drogas, por lo que desde 2011 se dispone de ellas en todos los Estados miembros. Las directrices abarcan la gama completa de intervenciones sanitarias y sociales en relación con las drogas, aunque abundan más las referidas a las intervenciones sanitarias (por ejemplo, tratamiento de sustitución y deshabitación) que las dirigidas a la reducción de daños y la reinserción social (gráfico 3.16).

Las normas de calidad son principios y normas basadas en pruebas destinadas a la aplicación de las intervenciones que se recomiendan en las directrices. Pueden referirse a cuestiones de contenido, a procesos o a aspectos estructurales del aseguramiento de la calidad, como los relativos al entorno de trabajo o a la dotación de personal. En el campo de la prevención en materia de drogas, se dispone de una serie de normas de calidad a escala europea para apoyar la elaboración de programas. Estas normas subrayan factores tales como la garantía de la relevancia de las actividades para las poblaciones diana, el respeto de los principios éticos aceptados y la integración y promoción de la base de pruebas científicas.

PARA SABER MÁS

Publicaciones del EMCDDA

2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Perspectives on drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on drugs.

2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Perspectives on drugs.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspectives on drugs.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Thematic papers.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on drugs.

2012

Drug demand reduction: global evidence for local actions, Drugs in focus.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Manuals.

New heroin-assisted treatment, Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Selected issues.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights.

2011

European drug prevention quality standards, Manuals.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Selected issues.

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issues.

2009

Internet-based drug treatment interventions, Insights.

Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, Thematic papers.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part III Prevention and treatment, Monographs.

Drugs and vulnerable groups of young people, Selected issues.

Publicaciones del EMCDDA y el ECDC

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

Todas las publicaciones están disponibles en www.emcdda.europa.eu/publications

4

El marco internacional para el control de la producción, el comercio y la posesión de más de 240 sustancias psicotrópicas viene dado por tres Convenciones de las Naciones Unidas

Políticas sobre drogas

A escala europea, la legislación sobre drogas y las estrategias plurianuales y planes de acción configuran un marco para la acción coordinada. A escala nacional, es competencia de los gobiernos y los parlamentos adoptar los marcos jurídicos, estratégicos, organizativos y presupuestarios necesarios para responder a los problemas relacionados con las drogas.

Supervisión de las políticas sobre drogas

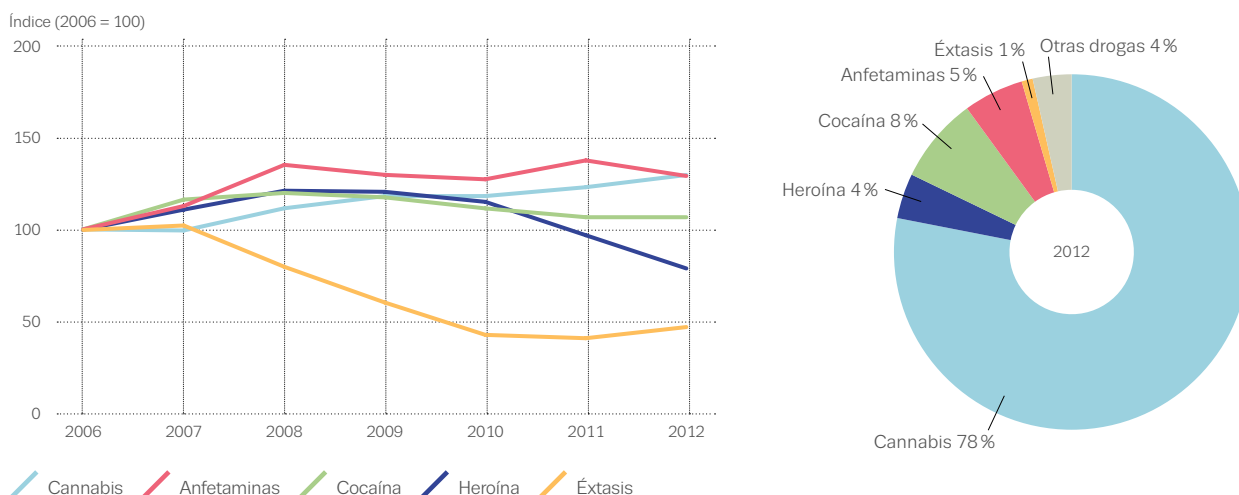
Las dimensiones principales de la política sobre drogas que pueden supervisarse a escala europea son las correspondientes a la legislación sobre drogas y las infracciones de la misma, a las estrategias y planes de acción nacionales sobre drogas, a los mecanismos de coordinación y evaluación de las políticas y a los presupuestos y gastos públicos en materia de drogas. Los datos se recogen a través de dos redes del EMCDDA: los puntos focales nacionales y los corresponsales legales y sobre políticas. Pueden consultarse datos y notas metodológicas sobre las infracciones de la legislación sobre drogas en el *Informe Europeo sobre Drogas: datos y estadísticas en línea* y se ofrece asimismo en línea información completa sobre *European drug policy and law*.

Legislación sobre drogas: un marco común

El marco internacional para el control de la producción, el comercio y la posesión de más de 240 sustancias psicotrópicas viene dado por tres Convenciones de las Naciones Unidas. Estas Convenciones obligan a los países a tipificar como infracción penal el suministro no autorizado. Lo mismo ocurre la posesión de drogas para consumo personal, aunque con sujeción a los «principios constitucionales y las concepciones básicas del sistema jurídico» de cada país. Esta cláusula no ha sido interpretada uniformemente por los países europeos, y ello se refleja en los diferentes planteamientos jurídicos adoptados al respecto.

GRÁFICO 4.1

Infracciones por consumo de drogas o por posesión para el consumo en Europa, tendencias y desglose por drogas



Poseción para el consumo personal: inaplicación paulatina de las penas de privación de libertad

La posesión de drogas para consumo personal – y a veces el consumo en sí – se tipifica como infracción penal en la mayoría de los países europeos, en los que puede ser castigada con una pena de privación de libertad. En muchos países, sin embargo, la privación de libertad es rara y desde 2000 se observa una tendencia general a reducir la posible imposición de penas de este tipo en los casos de dejar consumo personal. Algunos países han eliminado estas penas e incluso han ido más allá, imponiendo en caso de posesión no una sanción penal, sino una multa.

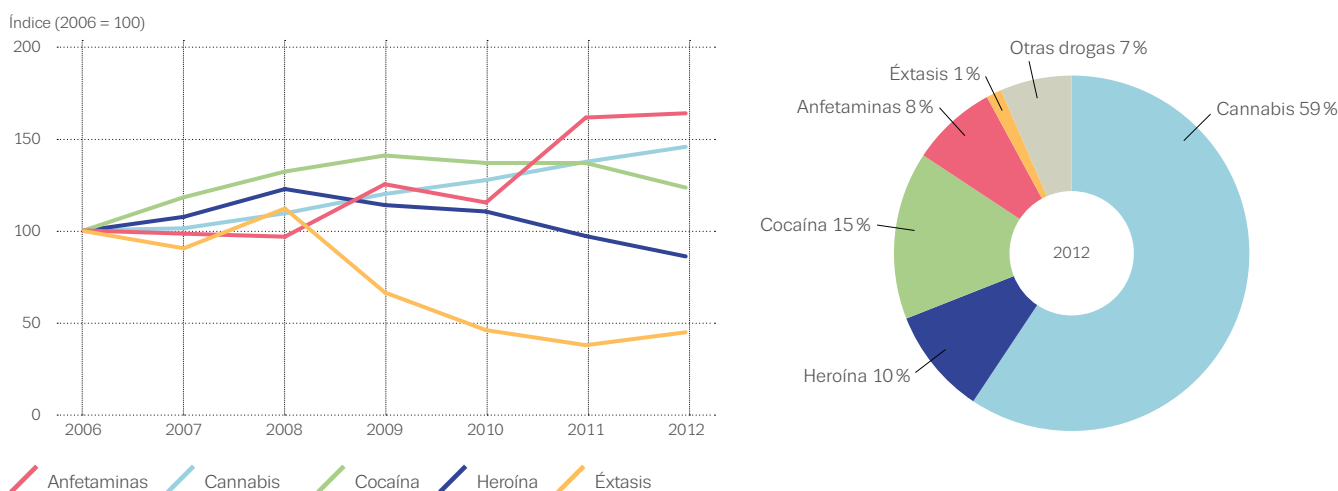
En la mayoría de los países europeos, la mayor parte de las infracciones de la legislación sobre drogas están ligadas al consumo o a la posesión para el consumo. En conjunto, se estima que en 2012 se cometieron en Europa más de un millón de infracciones penales de este tipo, con un aumento del 17 % sobre las cifras de 2006. Más de las tres cuartas partes estaban relacionadas con el cannabis (gráfico 4.1).

Oferta de drogas: grandes variaciones en las penas

La oferta de drogas ilegales es una infracción penal en toda Europa, pero las posibles penas varían considerablemente entre unos países y otros. En algunos de ellos se distingue un único tipo de infracción, que puede castigarse con una

GRÁFICO 4.2

Infracciones por la oferta de drogas en Europa, tendencias y desglose por drogas



amplia gama de penas (hasta la cadena perpetua). En otros se distingue entre falta y delito, en función de factores como la cantidad o el tipo de droga aprehendida, con las correspondientes penas máxima y mínima.

En términos generales, las infracciones han aumentado desde 2006 en un 28 %, habiéndose llegado a las 230 000 en 2012. La mayor parte de las infracciones referidas a la oferta, como ya vimos que sucede con las referidas a la posesión, tienen por objeto el cannabis. En cambio, en el caso de la cocaína, la heroína y las anfetaminas, el porcentaje de las infracciones referidas a la oferta es mayor que el correspondiente a la posesión para consumo personal. Se mantiene la tendencia a la baja en las infracciones referidas a la oferta de cocaína y de heroína (gráfico 4.2).

Nuevas sustancias psicotrópicas: evolución de los sistemas de control

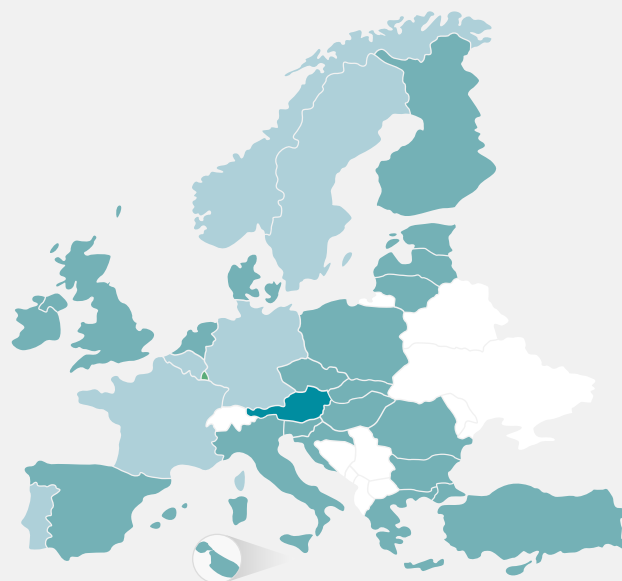
La velocidad con que algunas nuevas sustancias han sustituido a otras recientemente controladas y la diversidad de productos disponibles han supuesto serios retos para los legisladores de Europa.

A escala nacional, estos retos han inducido variadas respuestas innovadoras en los países europeos. En términos generales, pueden distinguirse tres grupos. En primer lugar, algunos países abordan las cuestiones de control de las drogas acudiendo a la legislación general, como la existente para protección de los consumidores o para control de los medicamentos: en Polonia, se cerraron en un fin de semana de 2010 más de 1 000 puntos de venta ejerciendo las facultades que confería la legislación sobre protección de la salud. En segundo lugar, otros países amplían o adaptan la legislación sobre drogas o los procedimientos correspondientes: en el Reino Unido se estableció en 2011 un régimen temporal para determinadas drogas nuevas (temporary class drug order) que permite el control de su oferta mientras se procede a examinar sus riesgos para la salud. En tercer lugar, otros países adoptan nuevas disposiciones: en 2013, Portugal y Eslovaquia aprobaron disposiciones específicas para frenar la venta no autorizada de determinadas sustancias nuevas.

La legislación sigue evolucionando con rapidez. Polonia y Rumanía han completado recientemente la normativa existente con otra nueva: ambas se aplican en paralelo. En 2012, Chipre modificó las definiciones genéricas para incluir en ellas sustancias que antes no estaban comprendidas, y en el mismo año los Países Bajos derogaron tales definiciones genéricas por estimar que no cumplían adecuadamente su objetivo.

GRÁFICO 4.3

Estrategias y planes de acción nacionales sobre drogas: disponibilidad y ámbito de aplicación



- Estrategia conjunta para las drogas legales y las ilegales
- Estrategia para las drogas ilegales
- Inexistencia de una estrategia nacional sobre drogas

Nota: Mientras que el Reino Unido cuenta con una estrategia para las drogas ilegales, Gales e Irlanda del Norte cuentan con estrategias conjuntas que incluyen el consumo de alcohol.

Entre estas diferentes respuestas se extiende una variada gama de criterios acerca de la adopción de la respuesta legislativa adecuada y la imposición de sanciones por incumplimiento. En cualquier caso, parece observarse en los distintos países una tendencia a concentrar las penas en la oferta, no en la posesión de estas sustancias.

Está firmemente establecida entre los gobiernos nacionales europeos la adopción de estrategias y planes de acción sobre las drogas

GRÁFICO 4.4

Estrategias nacionales en materia de drogas

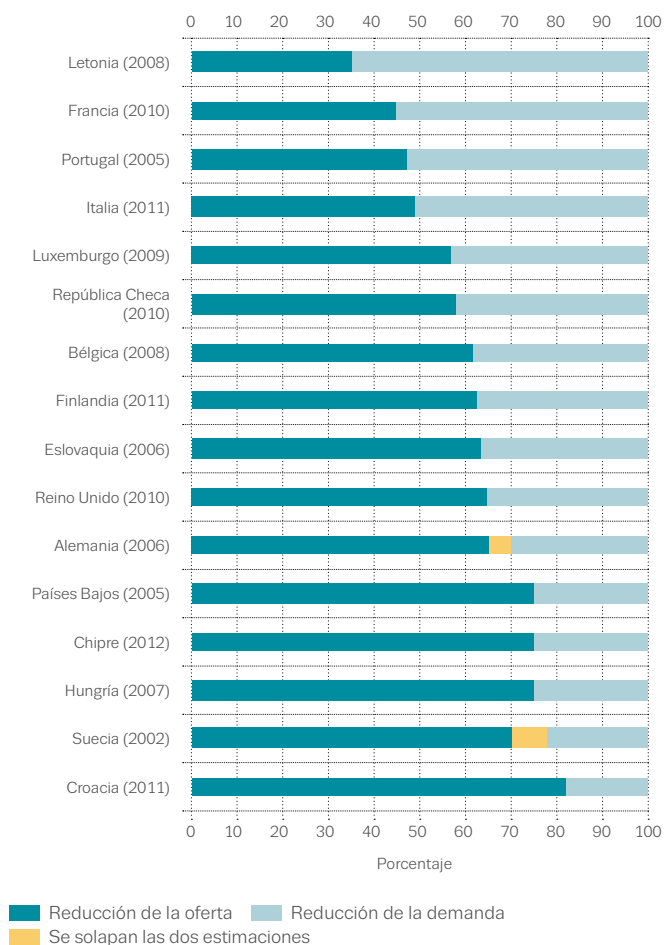
Está firmemente establecida entre los gobiernos nacionales europeos la adopción de estrategias y planes de acción sobre las drogas. Los documentos correspondientes, de duración limitada, contienen un conjunto de principios generales, objetivos y prioridades, y especifican las medidas y los responsables de su aplicación. En la actualidad, todos los países cuentan con una estrategia o plan de acción nacional, excepto Austria, que cuenta con planes regionales. En siete países, esas estrategias y planes de acción abarcan tanto las drogas legales como las ilegales (gráfico 4.3). Son muchos los países en los que se lleva a cabo una evaluación sistemática de tales estrategias y planes de acción. Estas evaluaciones tratan de determinar el grado de aplicación conseguido y los cambios producidos en la situación general en relación con las drogas.

Organizaciones activistas en relación con las políticas sobre drogas

En los últimos años se ha observado una mayor participación de las organizaciones de la sociedad civil, incluidos los grupos activistas en relación con las políticas sobre drogas, en el desarrollo de estrategias sobre este tema. Un estudio reciente del EMCDDA ha identificado en este ámbito más de 200 organizaciones activistas, el 70 % de ámbito nacional y el resto de ámbito local o europeo. Casi dos tercios de estas organizaciones tienen objetivos centrados en desarrollos prácticos, en un 39 % con miras a la reducción de daños y en un 26 % con miras a la prevención y la reducción del consumo. Las restantes se centran en el cambio legislativo, en un 23 % en favor de la reducción de los controles de las drogas y en un 12 % en favor de su reforzamiento.

La mayoría realizan actividades específicas, dirigidas a influir en las actitudes y opiniones de la opinión pública y de los responsables políticos en relación con la prestación de servicios en materia de drogas y con el control de estas. Desarrollan actividades de sensibilización tales como la participación en debates públicos o el mantenimiento de sitios en redes sociales para influir en las políticas sobre la droga. Las organizaciones que promueven la reducción de los controles o de los daños actúan principalmente como portavoces de los consumidores de drogas, mientras que las que insisten en la reducción del consumo y el reforzamiento de los controles lo hacen básicamente en nombre de la sociedad en general y, en particular, de los jóvenes y sus familias.

Gasto público en relación con las drogas: desglose entre intervenciones de reducción de la demanda e intervenciones de reducción de la oferta



Evaluación económica: afectación de los fondos por las medidas de austeridad

Muchos países europeos siguen afrontando las consecuencias de la reciente recesión económica. El alcance de las medidas de consolidación fiscal o de austeridad y sus efectos varían de unos países a otros. En los 18 países que disponen de datos suficientes para llevar a cabo una comparación, se han producido recortes en la sanidad y en el orden público y la seguridad, que son los campos con mayor densidad de gasto público en relación con las drogas. En conjunto, entre 2009 y 2011 los recortes fueron mayores en la sanidad.

Ha habido también recortes en los fondos disponibles para programas y servicios relacionados específicamente con las drogas, sobre todo en materia de prevención y en las de investigación. Varios países señalan asimismo el fracaso de algunos intentos de protección de la financiación de los servicios de tratamiento de la drogodependencia.

El análisis económico puede ser una importante herramienta de evaluación de las políticas, aunque la limitada información disponible en Europa sobre el gasto público en materia de drogas representa un obstáculo importante y dificulta la comparación entre países. En los 16 países que han facilitado estimaciones de ese gasto público desde 2002, los porcentajes varían entre el 0,01 % y el 0,5 % del producto interior bruto (PIB). De la información disponible parece desprenderse que la mayor parte del gasto se destina a actividades de reducción de la oferta de drogas (gráfico 4.4).

Se incluyen en este apartado, entre otros, el relativo a los reclusos por delitos sobre las drogas. El EMCDDA ha preparado un intervalo de estimaciones, en el que la estimación baja tiene en cuenta únicamente a los condenados por tales delitos y la estimación alta considera también a los imputados que pueden ser condenados. Aplicando estos criterios, los países europeos gastaron en 2010 un 0,03 % del PIB, 3 700 millones de euros, en los condenados por esos delitos. Si se incluye también a los imputados, la cifra aumenta al 0,05 % del PIB, 5 900 millones de euros.

PARA SABER MÁS

Publicaciones del EMCDDA

2014

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on drugs.

The new EU drugs strategy (2013–20), Perspectives on drugs.

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Thematic papers.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Selected issues.

2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Selected issues.

Publicaciones del EMCDDA y la Comisión Europea

2010

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

Todas las publicaciones están disponibles en www.emcdda.europa.eu/publications

Anexo

**Los datos nacionales aquí presentados
proceden del *Informe Europeo
sobre Drogas: datos y estadísticas*
en línea, donde se ofrecen datos
adicionales, años, notas y metadatos**

TABLA 1

OPIÁCEOS

País	Estimación del consumo problemático de opiáceos Casos por 1 000	Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal				Consumidores que reciben tratamiento de sustitución de opiáceos recuento
		Consumidores de opiáceos en % del total de consumidores que inician tratamiento		% de consumidores de opiáceos que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)		
		Consumidores que inician tratamiento % (recuento)	Consumidores que inician tratamiento por primera vez % (recuento)	Consumidores que inician tratamiento % (recuento)	Consumidores que inician tratamiento por primera vez % (recuento)	
Bélgica	–	34,5 (2 335)	17,1 (290)	21,7 (480)	12,4 (35)	17 351
Bulgaria	–	82,5 (1 631)	84,3 (253)	78,5 (963)	80,3 (196)	3 445
República Checa	1,5–1,5	18,2 (1 615)	9,7 (417)	85,8 (1 370)	84,5 (348)	4 000
Dinamarca	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Alemania	3,2–3,8	40,4 (30 841)	15,9 (3 343)	–	–	75 400
Estonia	–	93,4 (510)	85,6 (107)	80,7 (406)	79,4 (85)	1 157
Irlanda	–	51,6 (3 971)	32,4 (1 058)	42,5 (1 633)	34,4 (353)	8 923
Grecia	2,6–3,2	77,5 (4 399)	68,9 (1 652)	39,7 (1 744)	36,3 (600)	9 878
España	0,9–1,0	29,7 (14 925)	13,2 (3 289)	18,1 (2 537)	12,1 (384)	76 263
Francia	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	152 000
Croacia	3,2–4,0	80,9 (6 357)	27,9 (313)	74,5 (4 678)	42,3 (126)	4 565
Italia	3,8–5,2	55,5 (16 751)	39 (5 451)	55,7 (8 507)	46,4 (2 185)	98 460
Chipre	1,0–1,5	27,9 (278)	8,4 (41)	57,2 (159)	57,5 (23)	239
Letonia	5,4–10,7	49,9 (1 071)	26,3 (104)	91,3 (935)	80,9 (76)	355
Lituania	2,3–2,4	–	66 (140)	–	100 (140)	687
Luxemburgo	5,0–7,6	58,8 (163)	–	44,1 (71)	–	1 226
Hungría	0,4–0,5	5,9 (230)	1,8 (47)	70,9 (156)	56,8 (25)	637
Malta	5,8–6,6	75,4 (1 410)	35,2 (93)	61 (840)	53,9 (48)	1 094
Países Bajos	0,8–1,0	12,1 (1 302)	5,7 (352)	5,8 (45)	9 (19)	9 556
Austria	5,2–5,5	58 (2 110)	35,5 (488)	46,5 (727)	33,6 (127)	16 892
Polonia	0,4–0,7	28,7 (808)	9 (104)	62,7 (449)	39,4 (39)	1 583
Portugal	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	24 027
Rumanía	–	37,4 (745)	25 (251)	89,3 (609)	86,5 (199)	531
Eslovenia	4,0–4,8	81,1 (519)	64 (189)	50,6 (212)	39,7 (48)	3 345
Eslovaquia	1,0–2,5	26,3 (528)	13,1 (126)	74 (382)	69,6 (87)	465
Finlandia	–	61,9 (920)	38,1 (101)	81 (728)	74 (74)	2 439
Suecia	–	20,1 (248)	–	60,9 (148)	–	5 200
Reino Unido	7,9–8,3	56,4 (61 737)	33,4 (13 586)	34,5 (20 804)	30,6 (4 085)	171 082
Turquía	0,2–0,5	75,4 (3 557)	67,3 (1 695)	48,7 (1 734)	43,1 (730)	28 656
Noruega	2,1–3,9	32,6 (2 902)	–	77,1 (145)	–	7 038
Unión Europea	–	45,5 (174 345)	25,0 (35 567)	38,2 (50 759)	31,8 (9 574)	698 441
UE, Turquía y Noruega	–	45,5 (181 804)	25,7 (37 262)	38,5 (52 638)	32,4 (10 304)	734 135

TABLA 2

COCAÍNA

País	Estimaciones de la prevalencia			Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal			
	Población general		Población escolar	Consumidores de cocaína en % del total de consumidores que inician tratamiento		% de consumidores que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)	
	A lo largo de la vida, adultos (15-64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34)	A lo largo de la vida, escolares (15-16)	Consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica	–	2,0	4	15,3 (1 031)	16,3 (277)	7,4 (72)	2,2 (6)
Bulgaria	0,9	0,3	3	0,5 (9)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
República Checa	2,3	0,5	1	0,2 (19)	0,2 (10)	0 (0)	0 (0)
Dinamarca	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Alemania	3,4	1,6	3	6,1 (4 620)	6 (1 267)	–	–
Estonia	–	1,3	2	–	–	–	–
Irlanda	6,8	2,8	3	8,5 (654)	9,1 (297)	1,5 (9)	0 (0)
Grecia	0,7	0,2	1	4,1 (235)	4,2 (101)	19,4 (45)	8,9 (9)
España	8,8	3,6	3	40,4 (20 335)	42,5 (10 637)	1,9 (371)	0,9 (97)
Francia	3,7	1,9	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	9,9 (192)	4,1 (16)
Croacia	2,3	0,9	2	1,9 (147)	4,3 (48)	3,5 (5)	2,2 (1)
Italia	4,2	1,3	1	24,2 (7 299)	30 (4 187)	4,1 (282)	3,4 (134)
Chipre	1,3	0,6	4	12,1 (121)	6,2 (30)	2,5 (3)	0 (0)
Letonia	1,5	0,3	–	0,3 (6)	0,5 (2)	0 (0)	0 (0)
Lituania	0,9	0,3	2	–	–	–	–
Luxemburgo	–	–	–	12,6 (35)	–	39,4 (13)	–
Hungría	0,9	0,4	2	1,6 (62)	1,6 (41)	11,5 (7)	7,5 (3)
Malta	0,4	–	4	13,4 (251)	28 (74)	30,7 (75)	14,5 (10)
Países Bajos	5,2	2,4	2	26,5 (2 867)	21,7 (1 328)	0,1 (2)	0,1 (1)
Austria	2,2	1,2	–	8,3 (301)	10,2 (140)	6,5 (19)	1,5 (2)
Polonia	0,9	0,3	3	2,4 (69)	2,7 (31)	6,1 (4)	3,2 (1)
Portugal	1,2	0,4	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Rumanía	0,3	0,2	2	1,2 (23)	1,9 (19)	0 (0)	0 (0)
Eslovenia	2,1	1,2	3	4,8 (25)	4,2 (8)	40 (10)	12,5 (1)
Eslovaquia	0,6	0,4	2	0,5 (11)	0,9 (9)	0 (0)	0 (0)
Finlandia	1,7	0,6	1	–	–	–	–
Suecia	3,3	1,2	1	1,8 (16)	–	0 (0)	–
Reino Unido	9,0	3,3	4	12,6 (13 787)	16,9 (6 887)	2,1 (279)	0,9 (58)
Turquía	–	–	–	1,7 (82)	2 (50)	0 (0)	0 (0)
Noruega	–	–	1	0,8 (67)	–	0 (0)	–
Unión Europea	4,2	1,7	–	14,3 (54 824)	18,4 (26 150)	3 (1 413)	1,5 (341)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	13,9 (54 973)	18,1 (26 200)	3 (1 413)	1,5 (341)

TABLA 3

ANFETAMINAS

País	Estimaciones de la prevalencia			Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal			
	Población general		Población escolar	Consumidores de anfetaminas en % de los consumidores que inician tratamiento		% de consumidores de anfetaminas que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)	
	A lo largo de la vida, adultos (15-64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34)	A lo largo de la vida, escolares (15-16)	Consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica	–	–	5	9,4 (639)	7,4 (125)	15,4 (86)	9,8 (12)
Bulgaria	1,2	1,3	6	2,2 (43)	8 (24)	0 (0)	0 (0)
República Checa	2,5	0,8	2	67,4 (5 999)	71 (3 040)	80,1 (4 761)	75,2 (2 255)
Dinamarca	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Alemania	3,1	1,8	4	13,1 (9 959)	16,7 (3 498)	–	–
Estonia	–	2,5	3	2,4 (13)	2,4 (3)	75 (9)	66,7 (2)
Irlanda	4,5	0,8	2	0,6 (45)	0,8 (25)	0 (0)	0 (0)
Grecia	0,1	0,1	2	0,1 (7)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
España	3,3	1,1	2	1,2 (595)	1,5 (363)	0,3 (2)	0 (0)
Francia	1,7	0,5	4	0,3 (98)	0,2 (22)	22,5 (18)	15,8 (3)
Croacia	2,6	1,6	2	1,1 (85)	2 (22)	1,2 (1)	0 (0)
Italia	1,8	0,1	1	0,1 (33)	0,2 (22)	0 (0)	0 (0)
Chipre	0,7	0,4	4	–	–	–	–
Letonia	2,2	0,6	–	19,8 (426)	27,1 (107)	60,4 (223)	56,3 (54)
Lituania	1,2	0,5	3	–	5,7 (12)	–	75 (9)
Luxemburgo	–	–	–	0,7 (2)	–	0 (0)	–
Hungría	1,8	1,2	6	12,3 (476)	11,1 (285)	20 (94)	16 (45)
Malta	0,4	–	3	0,3 (5)	0,4 (1)	20 (1)	0 (0)
Países Bajos	3,1	–	3	5,9 (633)	6,1 (372)	1,8 (6)	0,5 (1)
Austria	2,5	0,9	–	3,2 (117)	4,3 (59)	0 (0)	0 (0)
Polonia	2,9	1,4	4	21,7 (611)	22,4 (260)	10,1 (60)	3,5 (9)
Portugal	0,5	0,1	3	0,03 (1)	0,1 (1)	–	–
Rumanía	0,1	0,0	2	0,5 (9)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)
Eslovenia	0,9	0,8	2	1 (5)	2,1 (4)	0 (0)	0 (0)
Eslovaquia	0,5	0,3	2	44,7 (895)	49,3 (474)	27,8 (244)	19,2 (90)
Finlandia	2,3	1,6	1	12,2 (181)	9,8 (26)	80,4 (135)	68 (17)
Suecia	5,0	1,5	1	14,9 (130)	–	76,5 (176)	–
Reino Unido	10,6	1,1	2	2,8 (3 084)	3,3 (1 329)	26,1 (744)	19,4 (241)
Turquía	0,3	–	–	–	–	–	–
Noruega	–	–	1	11,9 (1 057)	–	70,2 (203)	–
Unión Europea	3,4	0,9	–	6,5 (24 553)	7,2 (10 229)	48 (6 569)	43 (2 738)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	6,5 (25 610)	7,1 (10 229)	48,5 (6 772)	43 (2 738)

TABLA 4

ÉXTASIS

País	Estimaciones de la prevalencia			Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal	
	Población general		Población escolar	Consumidores de éxtasis en % de los consumidores que inician tratamiento	
	A lo largo de la vida, adultos (15–64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15–34)	A lo largo de la vida, escolares (15–16)	Consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica	–	–	4	0,5 (36)	1,1 (19)
Bulgaria	2,0	2,9	4	–	–
República Checa	3,6	1,2	3	0,1 (6)	0,1 (3)
Dinamarca	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)
Alemania	2,7	0,9	2	–	–
Estonia	–	2,3	3	–	–
Irlanda	6,9	0,9	2	0,6 (46)	1 (32)
Grecia	0,4	0,4	2	0,2 (10)	0,2 (4)
España	3,6	1,4	2	0,2 (103)	0,3 (78)
Francia	2,4	0,4	3	0,5 (186)	0,2 (22)
Croacia	2,5	0,5	2	0,4 (31)	0,4 (4)
Italia	1,8	0,1	1	0,2 (61)	0,2 (32)
Chipre	0,9	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)
Letonia	2,7	0,8	3	0,2 (4)	0,5 (2)
Lituania	1,3	0,3	2	–	–
Luxemburgo	–	–	–	–	–
Hungría	2,4	1,0	4	1,5 (57)	1,3 (34)
Malta	0,7	–	3	1,1 (20)	2,7 (7)
Países Bajos	6,2	3,1	3	0,6 (66)	0,9 (58)
Austria	2,3	1,0	–	0,7 (24)	0,9 (13)
Polonia	1,1	0,3	2	0,2 (7)	0,2 (2)
Portugal	1,3	0,6	3	0,1 (4)	0,2 (4)
Rumanía	0,7	0,4	2	0,2 (3)	0,2 (2)
Eslovenia	2,1	0,8	2	0,4 (2)	1,1 (2)
Eslovaquia	1,9	0,9	4	–	–
Finlandia	1,8	1,1	1	0,1 (2)	0,4 (1)
Suecia	2,1	0,2	1	–	–
Reino Unido	8,3	2,4	4	0,2 (270)	0,4 (166)
Turquía	0,1	0,1	–	1,1 (53)	1,6 (41)
Noruega	–	–	1	–	–
Unión Europea	3,1	1,0	–	0,2 (953)	0,3 (493)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	0,3 (1 006)	0,4 (534)

TABLA 5

CANNABIS

País	Estimaciones de la prevalencia			Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal	
	Población general		Población escolar	Consumidores de cannabis en % de los consumidores que inician tratamiento	
	A lo largo de la vida, adultos (15–64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15–34)	A lo largo de la vida, escolares (15–16)	Consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica	14,3	11,2	24	31,2 (2 112)	49,4 (839)
Bulgaria	7,5	8,3	21	3,4 (67)	5,7 (17)
República Checa	27,9	18,5	42	12,5 (1 111)	17,5 (747)
Dinamarca	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Alemania	23,1	11,1	19	34,4 (26 208)	54,5 (11 431)
Estonia	–	13,6	24	2,9 (16)	8 (10)
Irlanda	25,3	10,3	18	28,8 (2 216)	45,8 (1 498)
Grecia	8,9	3,2	8	15,7 (889)	24,6 (589)
España	27,4	17,0	28	25,6 (12 873)	38,9 (9 736)
Francia	32,1	17,5	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)
Croacia	15,6	10,5	18	12,7 (1 001)	56,3 (630)
Italia	21,7	8,0	14	17,1 (5 176)	26 (3 629)
Chipre	9,9	4,2	7	53,3 (532)	81,9 (399)
Letonia	12,5	7,3	25	14,6 (314)	26,8 (106)
Lituania	10,5	5,1	20	–	3,3 (7)
Luxemburgo	–	–	–	26 (72)	–
Hungría	8,5	5,7	19	65,9 (2 560)	74,9 (1 927)
Malta	3,5	1,9	10	8,4 (157)	29,2 (77)
Países Bajos	25,7	13,7	26	47,6 (5 143)	57,8 (3 542)
Austria	14,2	6,6	–	25,3 (919)	45,4 (623)
Polonia	12,2	12,1	23	35,6 (1 003)	53,6 (623)
Portugal	9,4	5,1	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Rumanía	1,6	0,6	7	11,1 (222)	18,1 (182)
Eslovenia	15,8	10,3	23	10,4 (54)	26,5 (50)
Eslovaquia	10,5	7,3	27	21,6 (432)	32 (308)
Finlandia	18,3	11,2	11	18 (267)	42,6 (113)
Suecia	14,9	6,9	7	16 (197)	–
Reino Unido	30,0	10,5	24	22,4 (24 498)	37,1 (15 107)
Turquía	0,7	0,4	–	15,8 (744)	22 (555)
Noruega	19,2	7,9	5	19,2 (1 711)	–
Unión Europea	21,7	11,2	–	27,9 (106 981)	42,2 (59 901)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	27,6 (109 436)	41,8 (60 456)

TABLA 6

OTROS INDICADORES

	Muertes inducidas por drogas (edad 15-64)	Diagnósticos de VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral (ECDC)	Estimación del consumo de drogas por vía parenteral	Jeringas distribuidas en virtud de programas especializados
País	Casos por cada millón de habitantes (recuento)	Casos por cada millón de habitantes (recuento)	Casos por 1 000 habitantes	Recuento
Bélgica	17,4 (127)	0,4 (4)	2,5–4,8	937 924
Bulgaria	4,8 (24)	5,5 (40)	–	466 603
República Checa	3,9 (28)	0,6 (6)	5,32–5,38	5 362 334
Dinamarca	46,3 (168)	2 (11)	–	–
Alemania	16,8 (908)	1 (81)	–	–
Estonia	190,8 (170)	53,7 (72)	4,3–10,8	2 228 082
Irlanda	70,5 (215)	2,8 (13)	–	274 475
Grecia	–	42,9 (484)	0,93–1,25	406 898
España	11,4 (360)	4,4 (166)	0,19–0,21	1 990 136
Francia	6,7 (283)	1,2 (76)	–	13 800 000
Croacia	16,1 (46)	0,2 (1)	0,3–0,6	256 544
Italia	10,1 (390)	3,4 (208)	–	–
Chipre	12 (7)	0 (0)	0,2–0,4	0
Letonia	12,4 (17)	46 (94)	–	311 188
Lituania	34,7 (70)	20,6 (62)	–	196 446
Luxemburgo	22,1 (8)	7,6 (4)	4,5–6,85	212 822
Hungría	3,5 (24)	0 (0)	0,8	420 812
Malta	16,2 (4)	0 (0)	–	376 104
Países Bajos	10,2 (113)	0,4 (7)	0,21–0,22	237 400
Austria	28,1 (160)	4,5 (38)	–	4 625 121
Polonia	9,9 (271)	1,1 (42)	–	98 000
Portugal	4,2 (29)	5,3 (56)	–	1 341 710
Rumanía	2 (28)	8 (170)	–	1 074 394
Eslovenia	18,4 (26)	0,5 (1)	–	553 426
Eslovaquia	6,2 (24)	0,2 (1)	–	11 691
Finlandia	58 (205)	1,3 (7)	–	3 539 009
Suecia	62,6 (383)	1,7 (16)	–	73 125
Reino Unido	38,3 (1 598)	1,8 (111)	2,9–3,2	9 349 940
Turquía	3,1 (154)	0,1 (6)	–	–
Noruega	75,9 (250)	2,2 (11)	2,2–3,1	3 011 000
Unión Europea	17,1 (5 686)	3,5 (1 771)	–	–
UE, Turquía y Noruega	–	3,1 (1 788)	–	–

TABLA 7

INCAUTACIONES

País	Heroína		Cocaína		Anfetaminas		Éxtasis	
	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones
	kg	recuento	kg	recuento	kg	recuento	Pastillas (kg)	recuento
Bélgica	112	1 953	19 178	3 349	58	2 641	26 874 (-)	1 015
Bulgaria	285	44	115	30	84	68	6 164 (30)	3
Rep. Checa	8	41	8	44	32	357	1 782 (0,01)	12
Dinamarca	41	430	42	2 056	303	1 817	72 654 (-)	523
Alemania	242	3 381	1 258	3 618	1 196	11 919	313 179 (-)	1 786
Estonia	0,0004	1	3	49	41	319	9 210 (0,01)	56
Irlanda	60	766	459	391	23	143	148 195 (6)	311
Grecia	331	2 045	201	432	0,3	22	3 253 (0,4)	7
España	229	5 822	20 754	37 880	251	2 511	175 381 (-)	2 128
Francia	701	-	5 602	-	307	-	156 337 (-)	-
Croacia	30	192	6	132	3	268	- (1,1)	105
Italia	951	2 983	5 319	6 633	12	63	19 051 (20)	138
Chipre	1	34	7	88	0,5	50	102 (0,1)	9
Letonia	1	427	1	28	30	820	847 (-)	24
Lituania	0,5	112	120	10	80	119	54 (-)	8
Luxemburgo	3	190	2	122	1	13	137 (-)	10
Hungría	3	26	13	118	30	492	12 437 (0,8)	91
Malta	1	44	143	80	0,2	3	1 080 (-)	27
Países Bajos	750	-	10 000	-	681	-	2 442 200 (61)	-
Austria	222	393	65	912	35	607	8 998 (-)	113
Polonia	36	-	213	-	618	-	31 092 (0,01)	-
Portugal	66	971	4 020	1 238	0,2	44	867 (7)	101
Rumanía	45	215	55	85	4	16	12 861 (0,02)	112
Eslovenia	20	439	27	251	9	203	960 (-)	16
Eslovaquia	0,3	82	2	19	11	607	529 (-)	16
Finlandia	0,07	47	26	147	139	2 616	23 623 (-)	513
Suecia	7	363	34	1 010	361	3 609	38 630 (3)	441
Reino Unido	831	10 624	3 324	18 569	1 491	6 515	473 000 (-)	3 716
Turquía	13 301	4 155	476	1 434	619	108	2 961 553 (357)	4 445
Noruega	45	1 277	67	860	317	6 801	6 579 (2)	274
Unión Europea	4 977	31 625	70 997	77 291	5 802	35 842	3 979 497 (130)	11 281
UE, Turquía y Noruega	18 323	37 057	71 540	79 585	6 737	42 751	6 947 629 (489)	16 000

TABLA 7

INCAUTACIONES (continuación)

País	Resina de cannabis		Hierba de cannabis		Plantas de cannabis	
	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones
	kg	recuento	kg	recuento	plantas (kg)	recuento
Bélgica	1 338	4 500	5 635	19 672	330 675	1 111
Bulgaria	15 967	4	1 319	127	13 072 (2 517)	26
Rep. Checa	21	24	563	558	90 091 (-)	259
Dinamarca	1 334	9 239	223	1 287	-(1 401)	675
Alemania	2 386	6 490	4 942	28 744	97 829 (-)	2 204
Estonia	5	48	25	466	-(7)	12
Irlanda	1 185	527	1 020	1 843	11 601 (-)	542
Grecia	44	145	22 383	6 262	34 040 (-)	831
España	325 563	179 993	10 457	150 206	-(39 932)	1 677
Francia	51 118	-	3 270	-	131 307 (-)	-
Croacia	23	343	1 070	4 098	6 703 (-)	211
Italia	21 893	6 184	21 496	4 660	4 122 617 (-)	1 216
Chipre	0,1	20	100	863	385 (-)	39
Letonia	117	64	74	414	-(335)	4
Lituania	424	23	96	242	-(-)	-
Luxemburgo	1	83	30	774	39 (-)	9
Hungría	3	103	1 777	2 092	7 382 (-)	193
Malta	16	96	3	50	46 (-)	5
Países Bajos	2 200	-	12 600	-	1 400 000 (-)	-
Austria	174	1 192	812	5 732	-(173)	210
Polonia	39	-	1 489	-	61 585 (-)	-
Portugal	18 304	3 298	49	554	7 788 (-)	397
Rumanía	27	1 492	335	262	3 125 (300)	30
Eslovenia	3	66	706	3 350	11 166 (-)	174
Eslovaquia	1	17	177	1 242	2 927 (-)	38
Finlandia	714	1 870	-	5 036	18 150 (66)	3 339
Suecia	1 091	6 761	641	7 611	-	-
Reino Unido	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625	15 846
Turquía	27 413	6 881	124 673	57 744	-	3 646
Noruega	1 605	10 985	314	4 402	-(133)	364
Unión Europea	457 424	239 942	104 535	394 891	6 906 153 (44 730)	29 048
UE, Turquía y Noruega	486 442	257 808	229 522	457 037	6 906 153 (44 863)	33 058

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

Informe Europeo sobre Drogas 2014:

Tendencias y novedades

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea
2014 — 80 p. — 21 x 29.7 cm

ISBN: 978-92-9168-695-7

doi:10.2810/32415

CÓMO OBTENER LAS PUBLICACIONES DE LA UNIÓN EUROPEA

Publicaciones gratuitas

A través de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)

En las representaciones o delegaciones de la Unión Europea. Para ponerse en contacto con ellas, consulte el sitio <http://ec.europa.eu> o envíe un fax al número +352 2929-42758

Publicaciones de pago

A través de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)

Suscripciones de pago

(por ejemplo, a las series anuales del *Diario Oficial de la Unión Europea* o a las recopilaciones de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea)

A través de los distribuidores comerciales de la Oficina de Publicaciones de la Unión Europea (http://publications.europa.eu/others/agents/index_es.htm)



Sobre este informe

El informe *Tendencias y novedades* presenta una visión de conjunto de alto nivel del fenómeno de la droga en Europa, que abarca desde los problemas de la oferta, consumo y salud pública hasta la política sobre drogas y las respuestas ofrecidas. Junto con el *Informe Europeo sobre Drogas: datos y estadísticas* en línea, los *Resúmenes de países* y las *Perspectivas sobre las drogas*, conforma el conjunto de instrumentos que denominamos Informe Europeo sobre Drogas 2014.

Acerca del EMCDDA

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) es la fuente central y la autoridad confirmada en cuestiones relacionadas con las drogas en Europa. Desde hace más de 20 años recoge, analiza y difunde información científicamente correcta sobre las drogas y las toxicomanías y sobre sus consecuencias, ofreciendo a sus audiencias una imagen basada en pruebas sólidas del fenómeno de la droga a escala europea.

Las publicaciones del EMCDDA constituyen una fuente de información primordial para una amplia gama de audiencias: responsables de la formulación de políticas y sus asesores, profesionales e investigadores en materia de drogas y, más en general, medios de comunicación y el público en general. Con sede en Lisboa, el EMCDDA es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea.

