



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

ES

ISSN 2314-9094

Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

2016



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

2016

Aviso jurídico

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 UE o cualquier institución o agencia de la Unión Europea.

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

(*) Tanto la información como la mayoría de las llamadas (excepto desde algunos operadores, cabinas u hoteles) son gratuitas.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2016

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.

Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016

ISBN: 978-92-9168-869-2

doi:10.2810/7535

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2016

Reproducción autorizada siempre que se cite la fuente.

Citación recomendada: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2016), *Informe Europeo sobre Drogas 2016: Tendencias y novedades*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

Printed in Belgium

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Índice

5	Prefacio
9	Nota introductoria y reconocimientos
11	RESUMEN Se mantienen los signos de capacidad de adaptación del mercado de la droga en Europa
17	CAPÍTULO 1 Oferta de drogas y mercado
37	CAPÍTULO 2 Prevalencia y tendencias del consumo de drogas
53	CAPÍTULO 3 Daños relacionados con las drogas y respuestas aplicadas
71	ANEXO Tablas de datos nacionales

| Prefacio

Nos enorgullece presentar el vigésimo primer análisis anual de la situación de las drogas en Europa, el primero tras la elección del nuevo Director del EMCDDA y de la nueva Presidenta del Consejo de Administración del Observatorio. Como en años anteriores, el Informe Europeo sobre Drogas de 2016 ofrece una revisión puntual de las últimas tendencias y novedades relacionadas con la situación de las drogas en Europa en forma de conjunto de información multimedia integrada. Este informe es único porque aúna una visión general actualizada y de alto nivel del consumo de drogas, los problemas relacionados con las drogas y los mercados de las drogas, e integra ese análisis de la situación con información sobre políticas y prácticas en materia de drogas.

Una vez más, el análisis de este año destaca que Europa tiene un problema de drogas cada vez más complejo, en el que desempeñan un importante papel los estimulantes, las nuevas sustancias psicotrópicas, el consumo abusivo de medicamentos y el consumo problemático de cannabis. El informe nos recuerda también que siguen sin solucionarse algunos problemas del pasado, aun cuando estén cambiando los retos actuales, tanto en términos de políticas como de práctica. En el análisis de 2016 sigue siendo una cuestión fundamental el problema de los opioides en Europa, que tiene su reflejo en la importante repercusión que estas drogas siguen teniendo sobre la morbimortalidad. Observamos ahora una relación cada vez más compleja entre el consumo de heroína y el de opioides sintéticos, acompañada de un aumento preocupante de la estimación total de muertes relacionadas con estos últimos. Los servicios de tratamiento en Europa han de responder además a las necesidades sanitarias más complejas que presenta un grupo de consumidores de heroína de edad más avanzada, y los responsables políticos se enfrentan a la difícil pregunta de cuáles son los objetivos terapéuticos apropiados a largo plazo para este grupo. Simultáneamente, la nueva epidemia de la heroína observada en otras partes del mundo nos recuerda que se trata de un área que requiere vigilancia continua.

Nuestro informe es en gran medida una iniciativa colectiva y debemos dar las gracias desde aquí a todas aquellas personas cuyas contribuciones lo han hecho posible. Como de costumbre, la base del análisis presentado está constituida por las aportaciones de los puntos focales nacionales de la red Reitox y de los expertos nacionales. Queremos agradecer asimismo las aportaciones recibidas de nuestros socios institucionales a escala europea, en concreto a la Comisión Europea, Europol, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y la Agencia Europea de Medicamentos.



Nos satisface señalar, por otra parte, la inclusión en la publicación de este año de información adicional a escala urbana procedente de las principales redes de investigación europeas, que complementa los datos nacionales sobre análisis de aguas residuales y sobre urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas, y que enriquece nuestros conocimientos en materia de pautas de consumo de drogas y de daños por consumo en Europa.

Por último, destacamos que este informe se publica en un momento importante para la elaboración de políticas en materia de drogas, tanto en Europa como a escala internacional. En Europa, han de evaluarse los progresos en el plan actual de acción contra las drogas, así como las deliberaciones iniciadas sobre las acciones necesarias para promover la estrategia europea sobre las drogas en los próximos años. Por otra parte, los países europeos han tenido una activa participación en los debates internacionales planteados en relación con la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en Nueva York en el mes de abril. La posición europea mantenida en esos contactos insiste en el valor de un enfoque equilibrado y basado en datos contrastados, sustentado en un firme compromiso con los derechos humanos. En nuestra opinión, una de las razones que permiten a Europa hablar con autoridad en este debate es su compromiso de comprensión del nuevo carácter de los problemas que afrontamos y de evaluación crítica de lo que da resultado. Nos enorgullece que el presente informe y el trabajo del EMCDDA y sus socios nacionales sigan contribuyendo a esa comprensión y estamos convencidos de que la información adecuada es un requisito previo para la adopción de políticas y la realización de acciones adecuadas en este ámbito.

Laura d'Arrigo

Presidenta del Consejo de Administración del EMCDDA

Alexis Goosdeel

Director del EMCDDA

Nota introductoria y reconocimientos

Este Informe anual 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.

Su finalidad es ofrecer una visión de conjunto y un resumen de la situación europea en materia de drogas y de las respuestas a esta situación. Los datos estadísticos que se presentan se refieren a 2014 (o al año más reciente disponible). El análisis de tendencias únicamente se basa en los países que facilitan información suficiente para describir los cambios durante el período especificado. La significación estadística se comprueba al nivel 0,05, salvo que se indique lo contrario. El lector debe tener en cuenta además que la supervisión de las pautas y tendencias de una conducta oculta y estigmatizada como es el consumo de drogas supone un reto tanto desde el punto de vista práctico como metodológico. Por este motivo, en este informe se utilizan variadas fuentes de datos a efectos de análisis. Por mucho que quepa observar mejoras considerables tanto a escala nacional como en cuanto a los resultados que pueden obtenerse en un análisis a escala europea, hay que reconocer las dificultades metodológicas que existen en este ámbito. Se impone, pues, cierta precaución en la interpretación, sobre todo cuando se comparan países utilizando una sola unidad de medida. Para conocer las advertencias y matizaciones relativas a los datos pueden consultarse la versión en línea de este informe y el Boletín estadístico, donde se ofrece información detallada sobre la metodología, se matizan los análisis y se incluyen comentarios sobre las limitaciones de la información disponible. Se aporta asimismo información sobre los métodos y datos utilizados para las estimaciones a escala europea, en las que en ocasiones se hace uso de recursos de interpolación.

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), la European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) 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, Nigel Hawtin 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. Pueden consultarse sus datos de contacto en el sitio web del EMCDDA.

Resumen

**El temario europeo de políticas
en materia de drogas
debe ampliarse a una gama
de cuestiones más amplia y compleja**

Se mantienen los signos de capacidad de adaptación del mercado de la droga en Europa

El análisis que aquí se presenta describe un mercado de las drogas en Europa dotado de gran capacidad de adaptación en el que existen algunos indicadores que demuestran la tendencia ascendente del cannabis y las drogas estimulantes. En general, los datos de oferta indican que son altas o están aumentando la pureza o la potencia de la mayoría de las sustancias ilegales. La mayor parte de los datos de la encuesta reciente sobre prevalencia también indican ligeros aumentos en el consumo estimado de las drogas consumidas con mayor frecuencia. El mercado de las drogas ha aumentado en complejidad debido a la disponibilidad de nuevas sustancias junto con las drogas ya consolidadas, a los indicios de una mayor relevancia del consumo abusivo de medicamentos y a las pautas de policonsumo que son habituales entre quienes tienen problemas con las drogas. Resulta difícil sacar adelante iniciativas de

interceptación porque la producción de cannabis, drogas sintéticas e incluso algunos opioides y nuevas sustancias psicotrópicas tiene lugar en la misma Europa, cerca de los mercados de consumo. Este nuevo análisis, tomado en su conjunto, destaca la necesidad de que la agenda europea de políticas en materia de drogas adopte un conjunto de asuntos más amplio y complejo que hasta ahora.

Resurgimiento de la MDMA

El retorno de la MDMA como estimulante común predilecto de los jóvenes sirve para ilustrar algunos de los nuevos retos que comporta el mercado de las drogas contemporáneo. La innovación en la adquisición de precursores, las nuevas técnicas de producción y la oferta a través de Internet parecen favorecer el resurgimiento en un mercado caracterizado por la diversidad de productos. Un mercado en el que están disponibles polvos en altas dosis, cristales y pastillas con una gran variedad de logotipos, colores y formas, producidos bajo pedido y sujetos al uso de técnicas de marketing avanzadas y específicas. Puede que sea una estrategia deliberada de los productores para mejorar la percepción de la droga tras un largo período de reducción del consumo debido a la mala calidad y la adulteración de la misma. En todo caso,

hay indicios del éxito de esta estrategia, atendiendo a la popularidad que está adquiriendo la MDMA tanto entre consumidores de estimulantes ya consumados como entre una nueva generación de consumidores jóvenes. De ahí la posible necesidad de adoptar respuestas de prevención y reducción de los daños dirigida a una nueva población de consumidores que pueden estar consumiendo productos en dosis altas sin ser conscientes de los riesgos asociados.

Los nuevos datos destacan pautas regionales en el consumo de estimulantes y los daños resultantes

El informe señala la necesidad de dar mayor prioridad a la identificación de las pautas localizadas de consumo de estimulantes y de los daños resultantes y a la respuesta a estos. Los resultados recientes de análisis de aguas residuales y los datos de incautaciones y encuestas demuestran la existencia de diferencias regionales en las pautas de consumo de estimulantes en Europa. El consumo de cocaína parece mayor en los países de Europa meridional y occidental, mientras que el consumo de anfetaminas es mucho más habitual en los países septentrionales y orientales. Se ha observado un incremento de la pureza de la cocaína y de las anfetaminas, aunque los precios se han mantenido bastante estables. Los problemas relacionados con los estimulantes son cada vez más visibles. Resulta preocupante el incremento del número de demandas de tratamiento relacionado con las anfetaminas en algunos países, dándose la circunstancia de que casi la mitad de los consumidores que inician tratamiento consumen la droga por vía parenteral. El consumo de estimulantes por esta vía también está asociado con brotes recientes de VIH en algunas poblaciones marginadas, así como con conductas sexuales de alto riesgo, lo que resulta cada vez más preocupante. Se ha notificado esta circunstancia en grupos pequeños de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres en algunas ciudades europeas, lo que indica la necesidad de aumentar la cooperación y ofrecer una respuesta conjunta de los servicios de tratamiento de la drogodependencia y de salud sexual.

La respuesta al consumo de cannabis sigue siendo un reto para las políticas europeas sobre drogas

Tanto a escala internacional como en Europa existe un importante debate público y político sobre los costes y las ventajas de las distintas políticas aplicables en relación con el cannabis. Los datos presentados en este informe documentan tal debate ilustrando algunas de las complejas cuestiones que deben abordarse. Se trata de un

tema importante, porque los niveles generales de consumo de cannabis no parecen decaer e incluso es posible que estén aumentando en algunas poblaciones. Cabe destacar que de los países que han realizado encuestas recientemente (desde 2013) la mayoría ha notificado un aumento del consumo de esta droga.

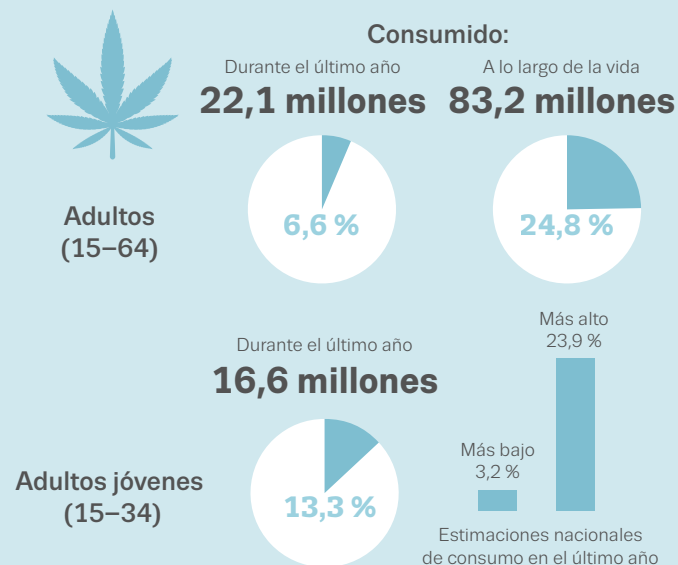
Las nuevas estimaciones muestran que la cuota del cannabis es la mayor del mercado de drogas ilegales en Europa en términos de valor. Su producción se ha convertido en una importante fuente de ingresos para la delincuencia organizada. La importación de cannabis procedentes de diversos países de origen y el aumento de la producción en Europa constituyen retos considerables para los cuerpos y fuerzas de seguridad, con la consiguiente presión sobre los ya escasos recursos policiales y aduaneros. Los delitos relacionados con el cannabis, la mayoría de ellos relacionados con el consumo o la posesión para consumo personal, suponen igualmente unas tres cuartas partes de los delitos relacionados con drogas.

Aumenta asimismo el conocimiento de los costes sanitarios y sociales que puede acarrear el consumo de cannabis. Estos costes son más altos entre los consumidores más frecuentes y antiguos; se calcula que el 1 % de los adultos europeos consume cannabis a diario o casi a diario. Los niveles de potencia de la resina de cannabis y de la hierba de cannabis han alcanzado máximos históricos que son motivo de preocupación, debido al aumento del riesgo de problemas de salud tanto agudos como crónicos entre los consumidores. Esta droga es actualmente la responsable de la mayoría de los nuevos tratamientos, aunque los datos al respecto deben analizarse en el contexto de las vías de derivación y de una definición amplia de lo que significa la atención de esta población. Las respuestas políticas en materia de cannabis deben tener en cuenta además que, a diferencia de otras partes del mundo, en Europa esta droga normalmente se fuma con tabaco, lo que resalta la importancia de la sinergia entre las políticas de control del cannabis y las de control del tabaco.

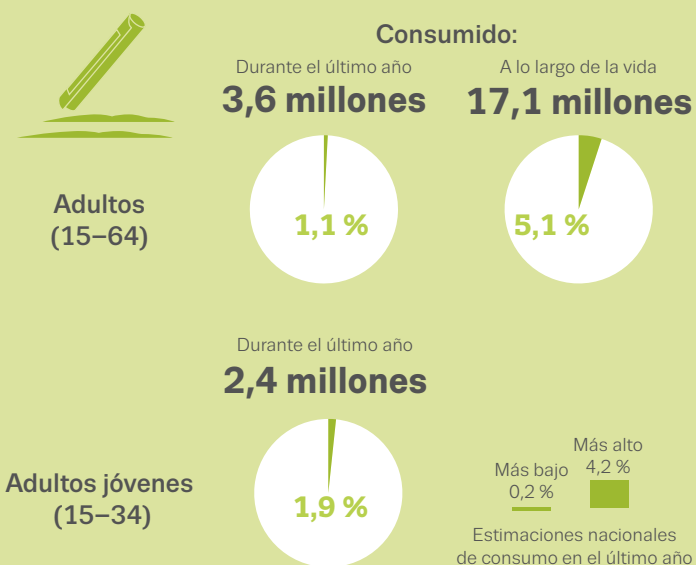
La cuota del cannabis es la mayor del mercado de drogas ilegales en Europa en términos de valor

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

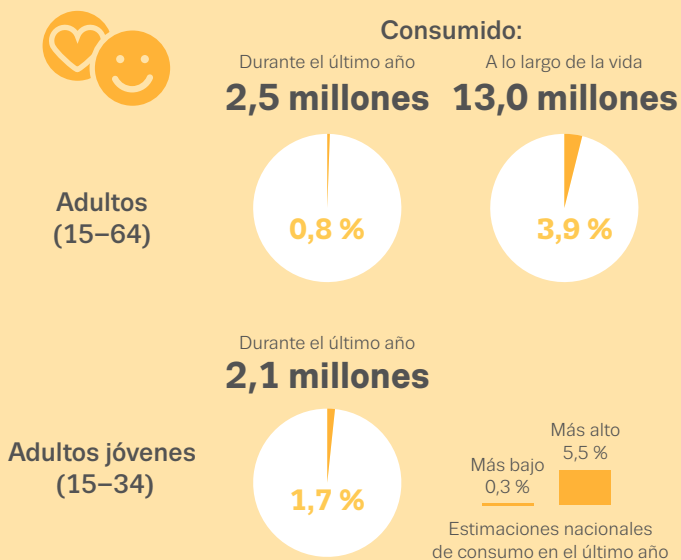
Cannabis



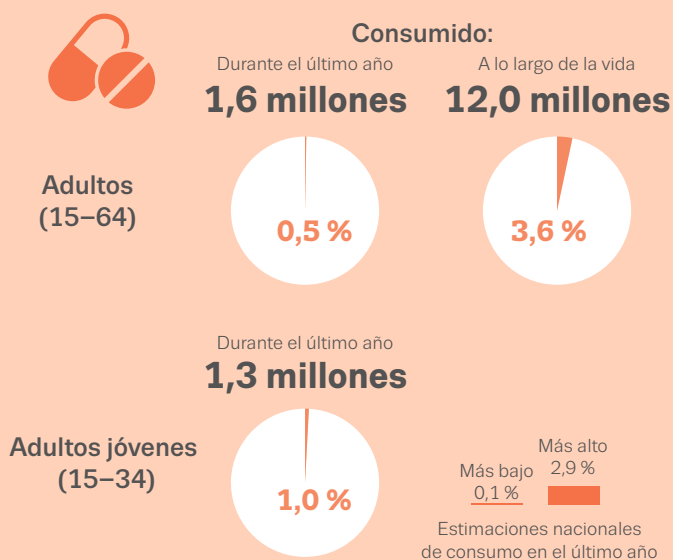
Cocaína



MDMA



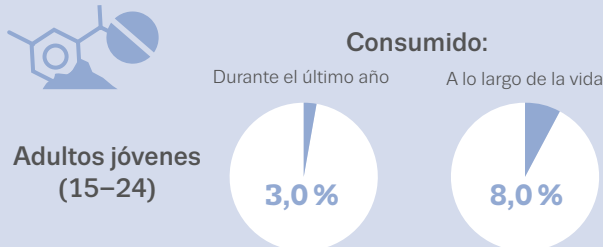
Anfetaminas



Opioides



Nuevas sustancias psicotrópicas



Fuente: Eurobarómetro flash sobre jóvenes y drogas de 2014

Nota: El conjunto completo de datos y la información sobre la metodología se pueden consultar en el boletín estadístico en línea adjunto.

Los cannabinoides sintéticos predominan en las incautaciones de nuevas sustancias psicotrópicas

Otro problema igualmente complicado de resolver para las políticas internacionales y europeas sobre drogas es el de cómo responder con eficacia al dinámico y cambiante mercado de las nuevas drogas. Existe muy poca información sobre el consumo de nuevas sustancias psicotrópicas, pero las 50 000 incautaciones notificadas en 2014 ofrecen una idea de su disponibilidad relativa. Más del 60 % de estas sustancias son cannabinoides sintéticos, que ocupan también un lugar destacado entre las 98 sustancias nuevas detectadas por primera vez en 2015 y notificadas al Sistema de alerta rápida de la UE. De ellas, 25 eran cannabinoides sintéticos: drogas que actúan sobre los mismos receptores cerebrales que el THC, uno de los principales compuestos activos presentes en el cannabis natural. No obstante, desde el punto de vista de la salud, muchos cannabinoides sintéticos son considerablemente más tóxicos, responsables de intoxicaciones masivas e incluso muertes. La amenaza que entrañan se pone de relieve en una alerta emitida por el EMCDDA en febrero de 2016 sobre el cannabinoide sintético MDMB-CHMICA, una droga asociada a 13 muertes y 23 intoxicaciones no mortales. El compuesto químico fue identificado en más de 20 mezclas distintas para fumar, y se notificaron muertes o intoxicaciones en ocho países, aunque pueden haberse producido más casos en otros. Por lo general, los consumidores de estos productos no saben qué componentes químicos contienen.

El Sistema de alerta rápida ha recibido también notificaciones de acontecimientos adversos asociados al consumo descontrolado de estimulantes y opioides. La respuesta rápida y eficaz a la venta de productos químicos desconocidos, algunos de ellos muy tóxicos, constituye uno de los mayores desafíos de las políticas en este ámbito. Es posible que se esté usando a consumidores jóvenes, sin advertirlos, como conejillos de Indias para probar sustancias con riesgos desconocidos para la salud. Un ejemplo de ello es la catinona sintética alfa-PVP, cuyos riesgos se evaluaron en 2015. Se trata de un potente psicoestimulante que se ha asociado a casi 200 intoxicaciones agudas y más de 100 muertes en Europa.

Los productores de nuevas sustancias psicotrópicas se dirigen cada vez con mayor frecuencia a los sectores de consumidores más antiguos y problemáticos del mercado de las drogas. En este mercado se dispone también de opioides sintéticos no controlados, como miembros de la familia del fentanilo. Estas drogas pueden ser especialmente nocivas. Entre ellas se encuentra el

acetilfentanilo, cuyos riesgos fueron evaluados en 2015 por el EMCDDA y Europol. Se han detectado asimismo nuevas sustancias psicotrópicas en productos comercializados como sustitutivos de medicamentos, como las benzodiazepinas, que al utilizarse indebidamente pasan a convertirse en un problema en algunos países.

Aumento de las muertes por sobredosis: la heroína, de nuevo bajo los focos

El análisis de este año también pone de manifiesto la existencia de nuevas preocupaciones por el aumento de las sobredosis asociadas a la heroína y otros opioides. La heroína aparece de forma destacada en los datos sobre sobredosis mortales y es también la droga ilegal más común en los nuevos datos a escala urbana sobre visitas a los servicios de urgencias hospitalarias. Las sustancias responsables del mayor número de estas visitas varían considerablemente de unas ciudades a otras, pero destacan el cannabis, la cocaína y otros estimulantes. En la actualidad no se recogen sistemáticamente a escala europea datos sobre problemas agudos con las drogas. El estudio piloto realizado a escala urbana señala que una vigilancia rutinaria en este ámbito podría ayudar a entender y rastrear mejor el impacto de los nuevos problemas con las drogas.

Varios países, principalmente de Europa septentrional, que tienen problemas arraigados con los opioides, han notificado aumentos recientes de las muertes relacionadas con estas sustancias. Sin embargo, es complicado entender los factores determinantes de las tendencias en este ámbito. Entre las posibles explicaciones hay que mencionar un aumento de la disponibilidad de heroína, un aumento de su pureza, una población de consumidores envejecida y más vulnerable y unas pautas de consumo de drogas cambiantes (que incluyen opioides sintéticos y medicamentos). Pueden ser importantes también los cambios en la práctica de notificación. Todos los datos de la oferta, como un incremento de la producción de heroína en Afganistán, un aumento del tamaño de las incautaciones y unos mayores niveles de pureza, apuntan a un posible incremento de la disponibilidad. Ahora bien, no hay pruebas sólidas de un aumento del consumo, ya que la demanda de tratamiento por consumo de esta droga está descendiendo o se mantiene estable y las sobredosis siguen siendo un problema que se circunscribe principalmente a los consumidores de opioides de edad más avanzada. En todo caso, se han observado pequeños incrementos en las muertes por sobredosis entre grupos más jóvenes en algunos países, y esto requiere una mayor atención.

Consumo de opioides sintéticos: un motivo de preocupación

Los opioides sintéticos y los medicamentos también parecen desempeñar un papel importante en las muertes por drogas en algunas partes de Europa. Resulta preocupante el uso indebido de las benzodiazepinas y otros medicamentos, obtenidas a través de proveedores sanitarios o de fuentes no autorizadas, aunque aún no se conoce bien el papel que desempeñan estos en las muertes por sobredosis en Europa. Hay más datos sobre los opioides sintéticos. Estos productos, en su mayoría utilizados para tratamientos de sustitución, aparecen con mayor frecuencia en los datos sobre muertes relacionadas con las drogas de algunos países, y se ha observado asimismo un aumento en la demanda de tratamientos asociados a estas sustancias. Dados los graves problemas de salud pública existentes en América del Norte y en otros lugares por el consumo abusivo de medicamentos opioides, conviene mejorar la vigilancia para detectar el posible auge de problemas análogos en Europa. Además, y como se señala en el cuerpo de este informe, la normativa legal y las guías de práctica clínica pueden desempeñar un papel positivo en la reducción del riesgo de que se desvíe para fines no terapéuticos el consumo de medicamentos.

Nuevas alternativas farmacológicas para reducir los daños causados por las drogas

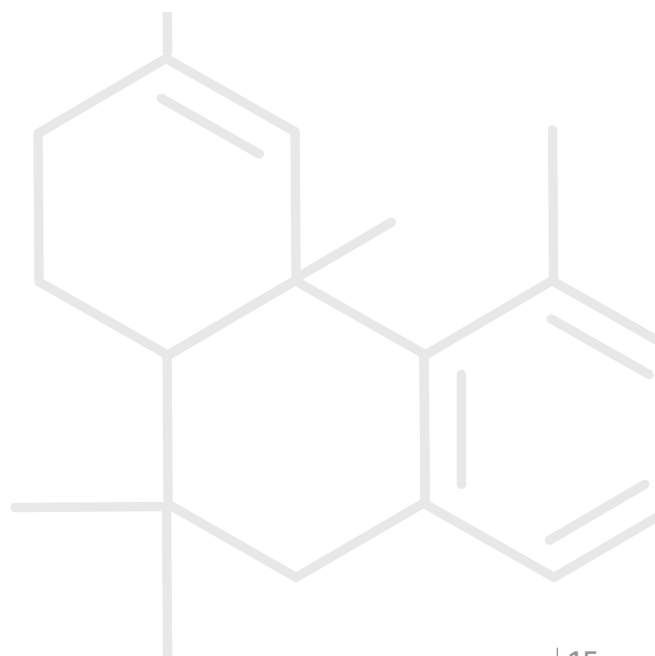
En los próximos años es probable que aparezcan nuevas alternativas farmacológicas que aumenten las probabilidades de reducir algunos problemas relacionados con las drogas. Este informe destaca dos áreas caracterizadas por la aparición de nuevas terapias y de métodos de administración innovadores. Varios países de la UE dispensan naloxona, un antídoto para las sobredosis, bien a consumidores de opioides a través de programas extrahospitalarios, bien a toxicómanos que salen de prisión, con el objetivo de reducir las muertes por sobredosis. Es posible que se amplíe la administración de este fármaco a domicilio en Europa, con el desarrollo de preparaciones de administración oral, como una recientemente aprobada para la venta en farmacias en Estados Unidos. Por otra parte, hay medicamentos nuevos que aumentan las oportunidades de tratamiento de las infecciones provocadas por el virus de la hepatitis C entre los consumidores activos por vía parenteral, incluso los que se desenvuelven en ámbitos en los que se dispensa tratamiento para la drogodependencia. Aunque las nuevas terapias pueden ser beneficiosas en el ámbito de las drogas, el reto consiste en reducir las barreras para su administración y garantizar la disponibilidad de recursos

suficientes para satisfacer las necesidades de tratamiento.

Los mercados de drogas por Internet: nuevas amenazas y nuevas oportunidades

Otro nuevo reto importante para las políticas en materia de drogas consiste en dar respuesta al uso de Internet como medio de comunicación y como fuente emergente de suministro de drogas. La atención se centra principalmente en la amenaza que entrañan los mercados de droga de la red oscura. Es necesario además entender bien el papel creciente de web superficial, en especial en el suministro de nuevas sustancias psicotrópicas y medicamentos falsificados, así como de las redes sociales en la realización de los intercambios. También las plataformas online permiten llevar a cabo actividades de prevención, tratamiento y reducción de daños, por mucho que estas pasen a menudo desapercibidas.

El suministro de drogas a través fuentes online parece estar creciendo, aunque desde niveles muy bajos, y su potencial parece considerable. Además, el rápido ritmo de los cambios en esta área, impulsados por el aumento del uso de Internet, la implantación de nuevas tecnologías de pago, las innovaciones en el ámbito del cifrado y las nuevas opciones de creación de mercados en línea distribuidos, dificulta las respuestas de la sociedad. Las principales preguntas que debe hacernos en previsión de la futura agenda europea de políticas europeas en materia de drogas son cómo responder mejor a esta negra nube que se cierne en el horizonte y cómo aprovechar mejor las oportunidades para reducir los problemas en este campo.



1

**Europa es asimismo una zona
de producción de cannabis
y de drogas sintéticas**

Oferta de drogas y mercado

En el contexto global, Europa es un mercado de drogas importante tanto por la producción local como por el tráfico de sustancias procedente de otras regiones. Sudamérica, Asia occidental y el Norte de África son zonas importantes de origen de drogas ilegales que entran en Europa, mientras que China e India suministran nuevas sustancias psicotrópicas. Hay además algunos fármacos y precursores que transitan por Europa en su ruta a otros continentes. Europa es asimismo una zona de producción de cannabis y de drogas sintéticas, si bien el cannabis se produce sobre todo para consumo local, mientras que algunas de las drogas sintéticas se fabrican para exportación a otras partes del mundo.

Vigilancia de los mercados, de la oferta y de la legislación sobre drogas

El análisis presentado en este capítulo se basa en los datos recopilados sobre incautaciones de drogas, sobre incautaciones de precursores de drogas y evitación de envíos, sobre desmantelamientos de instalaciones de producción de droga, sobre infracciones de la legislación sobre drogas, sobre los precios de droga al por menor y sobre la pureza y potencia de las drogas. En algunos ámbitos, la ausencia de datos de incautación de países clave dificulta el análisis de tendencias. Los conjuntos completos de datos, junto con extensas notas metodológicas, pueden encontrarse en el Boletín estadístico. Debe señalarse que las tendencias pueden depender en parte de factores como los hábitos y las preferencias de los consumidores, los cambios en la producción y el tráfico, el nivel de actividad de los cuerpos y fuerzas de seguridad y la eficacia de las medidas de prohibición.

Se presentan asimismo datos sobre notificaciones e incautación de nuevas sustancias psicotrópicas notificados al Sistema de alerta rápida de la UE por los socios nacionales del EMCDDA y Europol. Puesto que se basan en casos concretos, no en los sistemas de vigilancia habituales, las estimaciones correspondientes representan volúmenes de incautación mínimos. Los datos acusan la influencia, por otra parte, de factores tales como el conocimiento cada vez mayor de estas sustancias, el cambio de la situación jurídica y las prácticas de presentación de informes de las autoridades competentes. Puede verse una descripción detallada del Sistema de alerta rápida en el sitio web del EMCDDA, en el apartado Action on new drugs.

En el sitio web del EMCDDA se ofrece información complementaria sobre las leyes y las políticas europeas en materia de drogas.

Entre los años 70 y 80 hubo extensos mercados de cannabis, heroína y anfetaminas en muchos países europeos. Con el tiempo, también se establecieron otras sustancias, como la MDMA en los años 90 y la cocaína a partir del año 2000. El mercado europeo continúa desarrollándose y en la última década han aparecido una amplia gama de nuevas sustancias psicotrópicas. Se observan en el mercado, por otra parte, cambios asociados en gran medida a la globalización y a las nuevas tecnologías, como la innovación en los métodos de producción y tráfico y el establecimiento de nuevas rutas de tráfico.

En lo que respecta a las medidas de prevención de la oferta, implican la actuación de la administración pública y de los cuerpos y fuerzas de seguridad, y a menudo dependen de la cooperación internacional. A escala de la Unión, las iniciativas en esta materia se coordinan a través de la estrategia sobre drogas y los planes de acción de la UE y el ciclo de elaboración de políticas de la Unión en materia de delincuencia grave y organizada. A escala de los distintos países, los enfoques respectivos se reflejan en las leyes y estrategias nacionales sobre drogas. Los datos sobre detenciones e incautaciones son los indicadores más fiables de la lucha contra la oferta de drogas.

Mercados de drogas: estimación del valor económico

Los mercados de drogas ilegales son sistemas complejos de producción y distribución que generan grandes sumas de dinero a distintos niveles. Una estimación conservadora valoraba el mercado minorista de drogas ilegales de la Unión Europea en 24 300 millones EUR en 2013 (probablemente, entre 21 000 y 31 000 millones EUR). La mayor parte de ese mercado corresponde a los productos de cannabis, con un valor minorista estimado de 9 300 millones EUR (probablemente, entre 8 400 y 12 900 millones EUR) y una cuota del 38 % del total. Le siguen el mercado de la heroína, con un valor estimado de 6 800 millones EUR (entre 6 000 y 7 800 millones EUR) (28 %) y el de la cocaína, con un valor estimado de 5 700 millones EUR (entre 4 500 y 7 000 millones EUR) (24 %). Las anfetaminas ocupan una parte del mercado más pequeña, estimada en 1 800 millones EUR (entre 1 200 y 2 500 millones EUR) (8 %), por delante de la MDMA, valorada en 700 millones EUR (entre 610 y 720 millones EUR) (3 %). Estas estimaciones se basan en datos muy limitados, que han obligado a formular hipótesis amplias y, por tanto,

deben considerarse estimaciones iniciales mínimas que se han de revisar en el futuro, a medida que vaya mejorando la información que las respalda.

Nuevos métodos de oferta: mercados de drogas online

Aunque históricamente los mercados de drogas ilegales se han situado en lugares físicos, las nuevas tecnologías de Internet en la última década han facilitado el desarrollo de mercados en línea. Los mercados de drogas operan, por una parte, en la red superficial, en la que se venden por lo general productos químicos precursores no controlados, nuevas sustancias psicotrópicas o medicamentos falsificados. También pueden operar en la red profunda, a través de mercados de la red oscura o criptomercados, como AlphaBay o la desaparecida Silk Road. El cannabis y la MDMA, junto con una serie de medicamentos, son las drogas ilegales con mayor oferta en los mercados de la red oscura.

Un mercado en la red oscura es una plataforma o mercado de ventas online respaldado por tecnologías que protegen la privacidad y que congrega a proveedores de bienes y servicios en su mayoría ilegales. Se trata de mercados con muchas características similares a eBay o Amazon, en los que los clientes pueden buscar y comparar productos y proveedores. Para ocultar las transacciones y las ubicaciones físicas de los servidores se emplean diversas estrategias. Entre ellas cabe citar los servicios de anonimización, como Tor (the Onion Router), que ocultan la dirección del protocolo de Internet (IP) de un equipo informático, las criptomonedas descentralizadas y relativamente irrastreables, como bitcoin y litecoin, para efectuar los pagos, y la comunicación cifrada entre los participantes del mercado. También los sistemas de reputación desempeñan un papel en la regulación de los proveedores de los mercados. Novedades recientes son el aumento de la seguridad para impedir las páginas web fraudulentas, por ejemplo mediante el uso de un sofisticado sistema de custodia, y la descentralización de plataformas del mercado en respuesta a las amenazas de los cuerpos y fuerzas de seguridad. Actualmente, se cree que estos mercados representan una pequeña parte del comercio de drogas ilegales y que la mayoría de las transacciones están destinadas al consumo. Sin embargo, existe la posibilidad de una expansión mayor del comercio de drogas online.

La mayor parte del mercado de drogas ilegales corresponde a los productos de cannabis

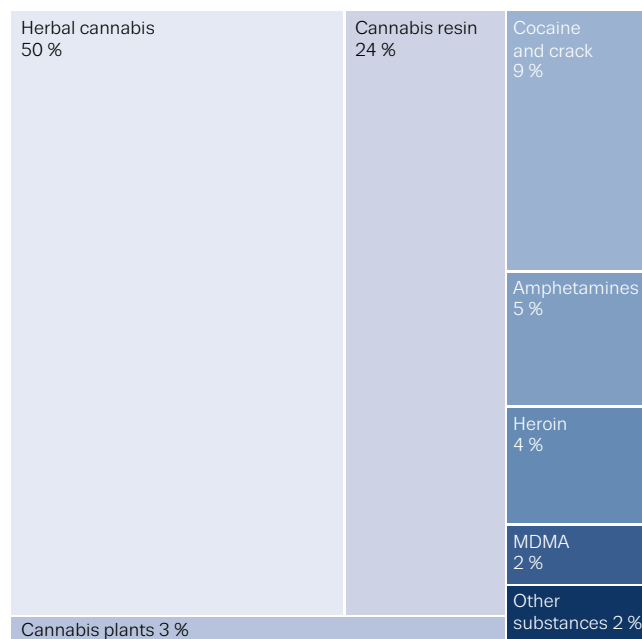
GRÁFICO 1.1

Incautaciones de drogas: predominio del cannabis

Se producen anualmente más de un millón de incautaciones de drogas ilegales. En su mayor parte corresponden a pequeñas cantidades decomisadas a los consumidores, aunque las incautaciones de varios kilogramos a traficantes y productores representan una amplia proporción de la cantidad total de drogas incautadas.

El cannabis es la droga que se incauta con más frecuencia, ya que supone más de tres cuartos de las incautaciones en Europa (78 %) (gráfico 1.1), lo que refleja la prevalencia relativamente alta de su consumo. En segundo lugar se encuentra la cocaína (9 %). Se incautan cantidades menores de anfetaminas (5 %), heroína (4 %) y MDMA (2 %).

Número de incautaciones de drogas notificadas, desglose por drogas, 2014



CANNABIS

Resina

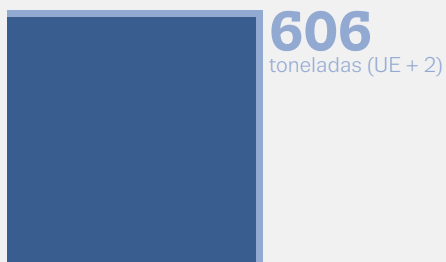
Número de incautaciones

229 000 UE



Cantidades incautadas

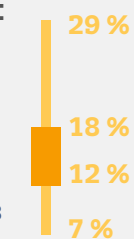
574
toneladas (UE)



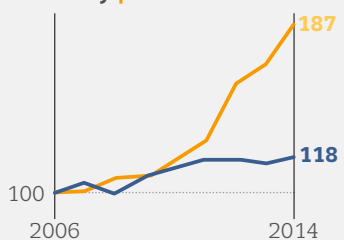
Precio (EUR/g)



Potencia (% THC)



Tendencias indexadas:
Precio y potencia



Hierba

Número de incautaciones

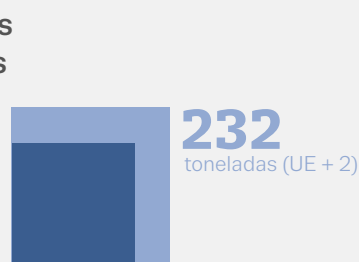
453 000 UE

501 000 UE + 2



Cantidades incautadas

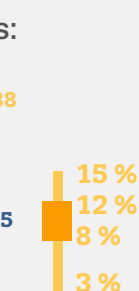
139
toneladas (UE)



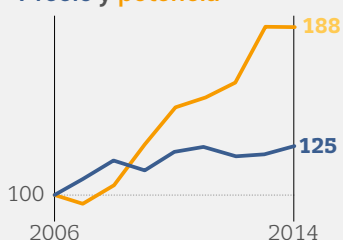
Precio (EUR/g)



Potencia (% THC)



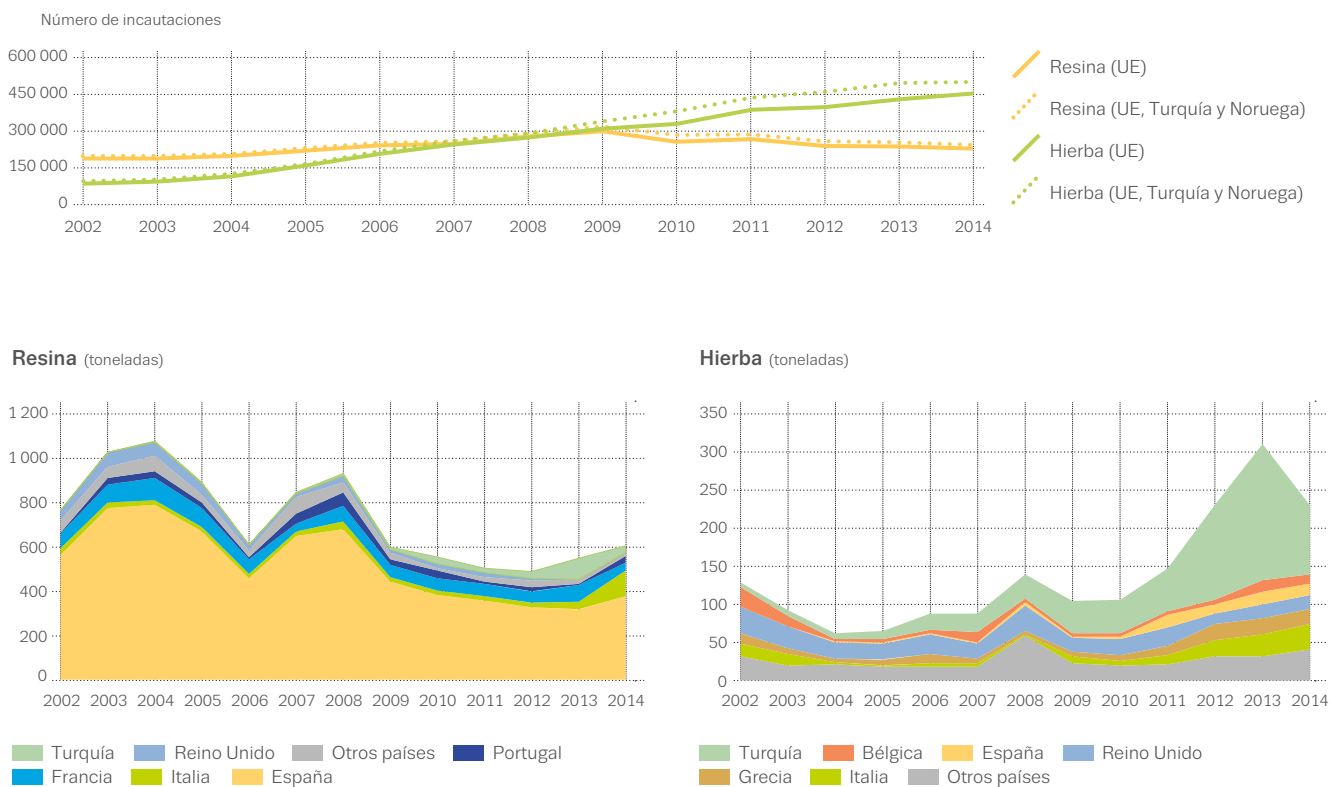
Tendencias indexadas:
Precio y potencia



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

GRÁFICO 1.3

Tendencias en el número de incautaciones de cannabis y en las cantidades incautadas: resina y hierba



ampliándose (gráfico 1.3). Durante ese mismo período, la cantidad de hierba incautada ha seguido creciendo en todo momento. Según los datos más recientes, la cantidad de resina incautada ha crecido en la Unión Europea, mientras que se ha reducido la de hierba incautada en Turquía.

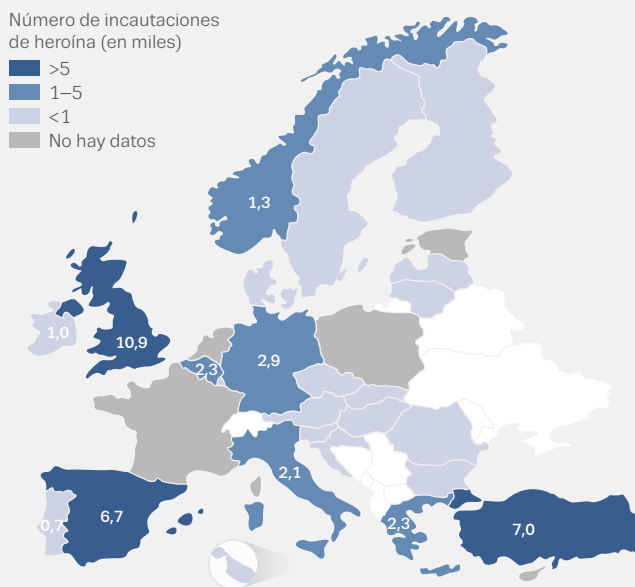
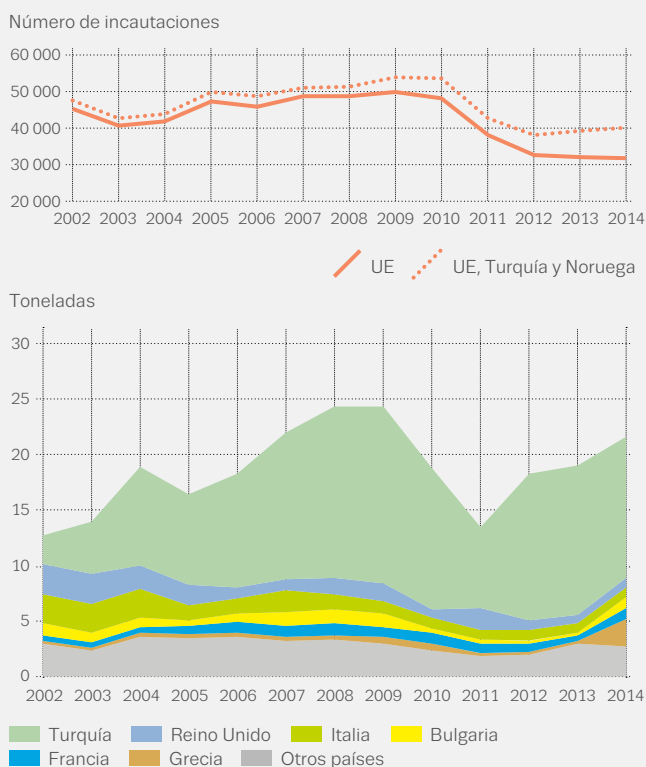
Las incautaciones de plantas de cannabis pueden considerarse un indicador de la producción de esta droga en un determinado país. Los problemas metodológicos indican que los datos sobre estas incautaciones deben considerarse con precaución; no obstante, el número de plantas incautadas se duplicó de 1,5 millones en 2002 a 3,4 millones en 2014.

El análisis de las tendencias indexadas en los países que presentan datos de forma sistemática demuestra un considerable aumento de la potencia (contenido de tetrahidrocannabinol, THC) tanto de la hierba como de la resina entre 2006 y 2014. Esta circunstancia puede imputarse a la introducción de técnicas de producción intensivas dentro de Europa y, más recientemente, a la introducción de plantas de alta potencia en Marruecos.



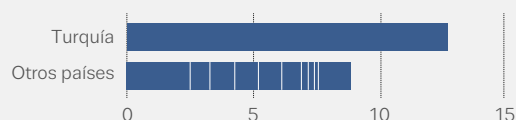
GRÁFICO 1.4

Número de incautaciones de heroína y cantidades incautadas: tendencias y en 2014 o año más reciente



Nota: Número de incautaciones (en miles) en los diez países con los valores más altos.

Cantidad de heroína incautada (en toneladas)



Opioides: ¿un cambio en el mercado?

La heroína es el opioide más común en el mercado de la droga europeo. Tradicionalmente, en Europa se han importado dos tipos de heroína. La más común es la 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 también puede producirse en Afganistán o países vecinos. Otros opioides incautados por las autoridades competentes en los países europeos en 2014 fueron el opio y medicamentos como la morfina, la metadona, la buprenorfina, el tramadol y el fentanilo. Algunos opioides de uso médico pueden haberse desviado de suministros farmacéuticos, mientras que otros se han elaborado de manera específica para el mercado ilegal.

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 los vecinos Irán o Pakistán. La producción de opioides en Europa siempre se ha limitado a productos caseros de la adormidera producidos en algunos países orientales. Sin embargo, el descubrimiento de dos laboratorios que convertían morfina en heroína en España y uno en la República Checa en 2013/14 indica que es posible que se esté fabricando heroína en Europa.

La heroína entra en Europa por cuatro rutas. Las dos más importantes son la «ruta de los Balcanes» y la «ruta meridional». La primera de ellas atraviesa Turquía y llega a los países de los Balcanes (Bulgaria, Rumanía o Grecia) y a la Europa central, meridional y occidental. Recientemente surgió una ramificación de esta ruta que pasa por Siria e Iraq. La ruta meridional parece haber cobrado importancia en los últimos años. También entra heroína procedente de Irán y Pakistán por vía aérea o marítima, ya sea directamente o haciendo escala en países de África occidental, meridional y oriental. Otras rutas menos importantes son la «ruta septentrional» y una nueva ruta de la heroína, que parece estarse desarrollando a través del sur del Cáucaso y a través del mar Negro.

Después de una década de relativa estabilidad, los mercados de una serie de países europeos experimentaron un descenso de la disponibilidad de la heroína en 2010/11. Así se observa claramente en los datos de incautaciones de heroína, que descendieron en la Unión Europea de 50 000 en 2009 a 32 000 en 2014. La cantidad de heroína incautada en la UE demostró un descenso a largo plazo, de 10 toneladas en 2002 a 5 toneladas en 2012, antes de volver a aumentar notablemente a 8,9 toneladas en 2014. Esta reversión de la tendencia se debe a un aumento de las grandes incautaciones (más de 100 kg), siendo varios los países que registraron un récord al respecto en 2013 o 2014. En

concreto Grecia, y en menor medida Bulgaria, notificaron grandes aumentos de las cantidades de heroína incautadas en los datos más recientes. Desde 2003, Turquía ha incautado mucha más heroína que ningún otro país de la UE, unas 13 toneladas en 2014 (gráfico 1.4).

Entre los países que presentan datos de forma sistemática, las tendencias indexadas indican un aumento de la pureza de la heroína en Europa en 2014. Este hecho, junto con el aumento de las cantidades incautadas y otras novedades, puede indicar un posible crecimiento de la disponibilidad de esta droga.

El mercado de los estimulantes en Europa: división geográfica

En el mercado de la droga de la UE se ofrece una serie de drogas estimulantes ilegales, aunque hay diferencias regionales en cuanto a los productos de este tipo que se incautan con mayor frecuencia (gráfico 1.5). Esta situación refleja la ubicación de las grandes instalaciones de producción, así como los puertos de entrada y las rutas de tráfico. Por ejemplo, la cocaína es el estimulante del que se hacen más incautaciones en muchos países del oeste y del sur, lo que refleja claramente los puntos por los que la droga entra en Europa. Las incautaciones de anfetaminas predominan en el norte y el centro de Europa, siendo la metanfetamina el estimulante más incautado en la República Checa, Eslovaquia, Letonia y Lituania. La MDMA es el estimulante más incautado en Rumanía y Turquía.

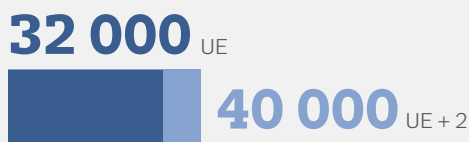
GRÁFICO 1.5

Estimulante incautado con mayor frecuencia en Europa, 2014 o año más reciente



HEROÍNA

Número de incautaciones



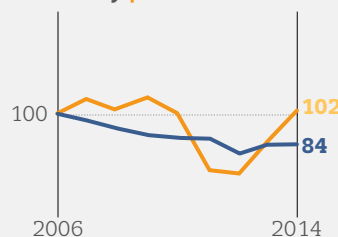
Cantidades incautadas



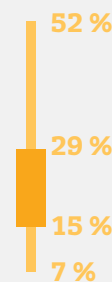
Precio (EUR/g)



Tendencias indexadas: Precio y pureza



Pureza (%)



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

Cocaína: estabilización del mercado

En Europa, la cocaína está disponible de dos formas: la más común es el polvo de cocaína (una sal de hidrócloruro, HCl) y la menos común es el crack, una forma de la droga que se fuma (base libre). 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 abanico de métodos utilizados para transportar la cocaína a Europa es especialmente variado. Entre ellos cabe citar el desplazamiento de camellos que viajan en vuelos comerciales, el transporte aéreo comercial, los servicios de paquetería y correo urgentes y los vuelos en aviones privados. Por mar, la cocaína se puede introducir de contrabando en grandes remesas transportadas en yates privados y contenedores marítimos. España, Bélgica, Países Bajos (según datos de 2012), Francia e Italia concentran el 84 % de las 61,6 toneladas que se incautaron en 2014 (gráfico 1.6).

En 2014 se notificaron en la Unión Europea 78 000 incautaciones de cocaína. La situación se mantiene relativamente estable desde 2010, aunque tanto el número de incautaciones como el volumen incautado son considerablemente inferiores a los valores máximos (gráfico 1.6). Aunque España continúa siendo el país en el que más cocaína se incauta, existen signos de una constante diversificación de las rutas de tráfico en Europa, habiéndose notificado incautaciones de droga recientemente en puertos del mar Mediterráneo oriental, el mar Báltico y el mar Negro. En general, las tendencias indexadas indican que se ha estabilizado el aumento de la pureza de la cocaína observado en los últimos años.

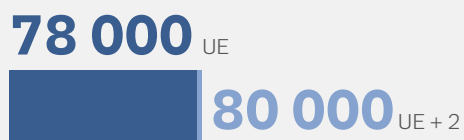
Productos químicos precursores: sustancias no controladas cada vez más utilizadas

Los productos químicos precursores son esenciales para la fabricación de estimulantes sintéticos y otras drogas. Su disponibilidad tiene un gran efecto sobre el mercado, así como los métodos de producción empleados en laboratorios ilegales. Puesto que muchos de ellos tienen usos legítimos, los reglamentos de la UE controlan algunos y su comercio es objeto de una vigilancia muy estrecha. Los productores de drogas sintéticas tratan de minimizar el impacto de los controles utilizando productos químicos no controlados para producir precursores. Sin embargo, es posible que este método conlleve para ellos un mayor riesgo de detección, ya que se requieren más productos químicos y se producen más residuos.

Los datos de los Estados miembros de la UE sobre incautaciones y envíos interceptados de precursores de drogas confirman el uso continuo de sustancias controladas y no controladas para la producción de drogas ilegales en la Unión Europea, en particular de anfetaminas y MDMA (tabla 1.1). En 2014, las incautaciones del pre-precursor de BMK APAAN (alfa-fenilacetacetónitrilo) fueron de 6 062 kg, cuando en 2013 se habían incautado 48 802 kg. Es muy probable que este gran descenso refleje el control de la sustancia en virtud del Reglamento de la UE de diciembre de 2013. Sin embargo, la continuada disponibilidad de MDMA en el mercado y la disminución de las incautaciones del precursor de MDMA safrol, de 13 837 litros en 2013 a cero en 2014, indica el uso de precursores alternativos. En 2014 aumentaron las incautaciones de pre-precursores de MDMA no controlados, especialmente el glicidato de PMK.

COCAÍNA

Número de incautaciones



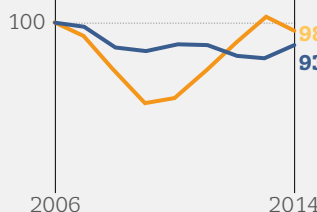
Cantidades incautadas



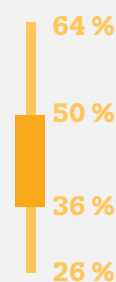
Precio (EUR/g)



Tendencias indexadas: Precio y pureza



Pureza (%)



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

GRÁFICO 1.6

Número de incautaciones de cocaína y cantidades incautadas: tendencias y en 2014 o año más reciente

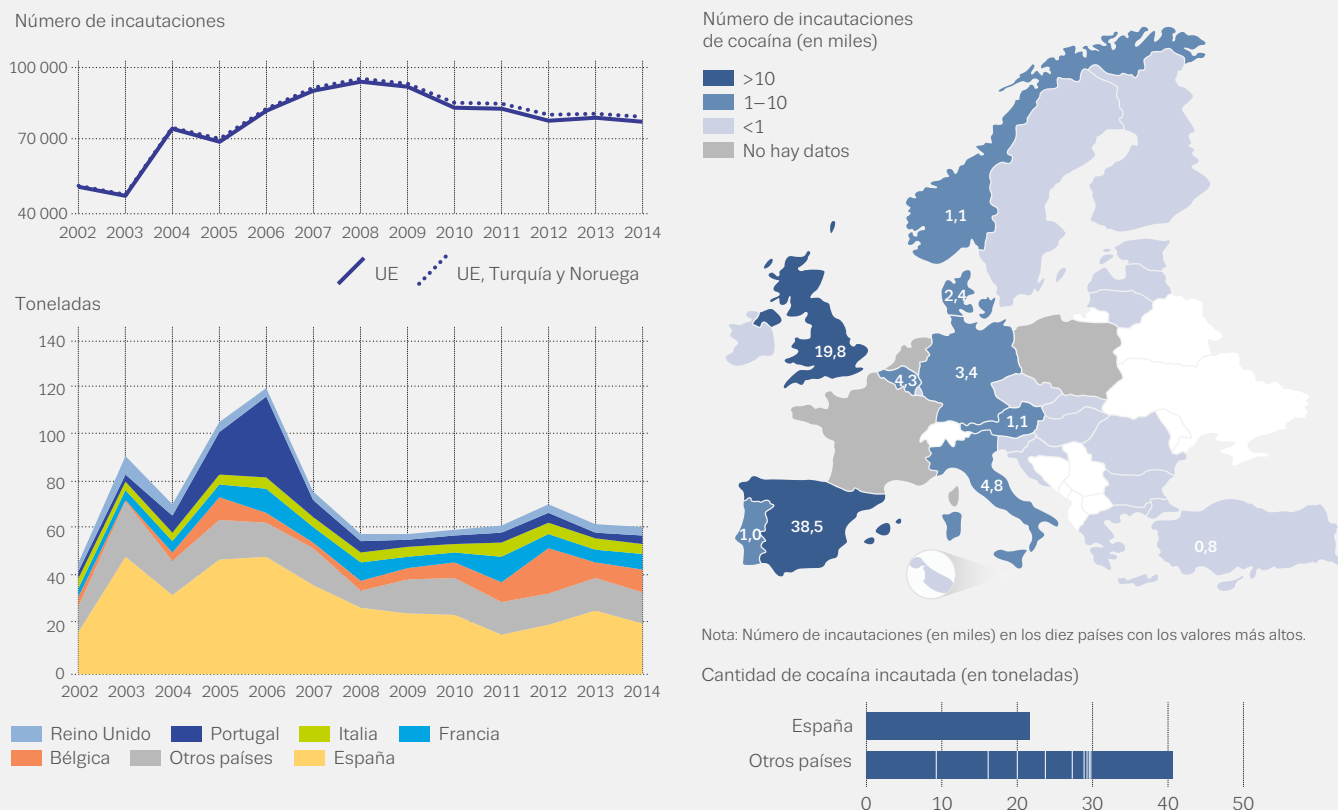


TABLA 1.1

Resumen de incautaciones y evitaciones de envíos de precursores utilizados para la producción de determinadas drogas sintéticas en Europa, 2014

Precursor/pre-precursor	Incautaciones		Evitaciones de envíos (¹)		TOTALES	
	Casos	Cantidad	Casos	Cantidad	Casos	Cantidad
MDMA o sustancias relacionadas						
PMK (litros)	1	5	0	0	1	5
Safrol (litros)	0	0	2	1 050	2	1 050
Piperonal (kg)	3	5	4	2 835	7	2 840
Derivados glicídicos de PMK (kg)	6	5 575	1	1 250	7	6 825
Anfetamina y metanfetamina						
BMK (litros)	14	2 353	0	0	14	2 353
PAA, ácido fenilacético (kg)	1	100	2	190	3	290
Efedrina, a granel (kg)	19	31	1	500	20	531
Pseudoefedrina, a granel (kg)	8	12	0	0	8	12
APAAN (kg)	18	6 062	1	5 000	19	11 062

(¹) Se denomina envío «evitado» aquel que ha sido denegado, suspendido o retirado voluntariamente por el exportador debido a sospecha de desviación para fines ilegales.

Anfetamina y metanfetamina

La anfetamina y la metanfetamina son estimulantes sintéticos estrechamente relacionados, conocidos genéricamente como anfetaminas, y resulta difícil diferenciarlas en algunas bases de datos. De las dos, la anfetamina ha sido siempre la más común en Europa, pero en los últimos años ha habido cada vez más notificaciones de la disponibilidad de metanfetamina en el mercado.

Ambas drogas se fabrican en Europa para consumo interno. Parte de la anfetamina y la metanfetamina se fabrica para exportar, principalmente a Oriente Medio (donde existe un mercado de pastillas de fenetilina, que contienen anfetaminas), Extremo Oriente y Oceanía.

Europa también es lugar de tránsito de la metanfetamina que viaja de África e Irán a mercados de Oriente Medio. La producción de anfetaminas tiene lugar principalmente en Bélgica, Países Bajos, Polonia, Alemania y, en menor medida, los Estados Bálticos. Recientemente se ha observado una reubicación de la fase de producción final, y son muchos los países que ahora notifican la conversión del aceite base de anfetamina en sulfato de anfetamina en sus territorios.

La mayor parte de la metanfetamina de Europa se produce en la República Checa y los países vecinos. Sin embargo, también hay cierta capacidad de producción en los Países Bajos y Lituania, mientras que Bulgaria ha notado un aumento del número de laboratorios desmantelados.

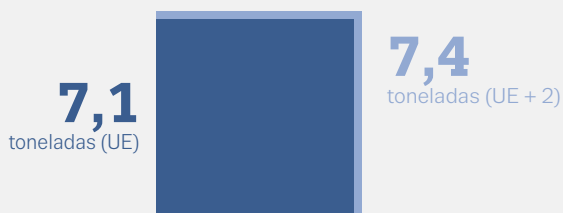
ANFETAMINAS

Anfetamina

Número de incautaciones

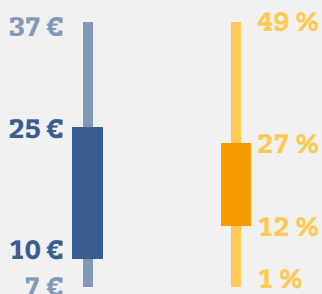


Cantidades incautadas



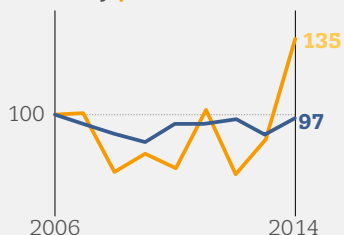
Precio (EUR/g)

Pureza (%)



Tendencias indexadas:

Precio y pureza



Metanfetamina

Número de incautaciones

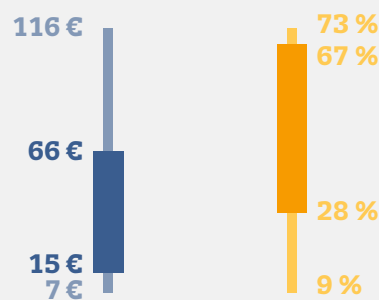


Cantidades incautadas



Precio (EUR/g)

Pureza (%)

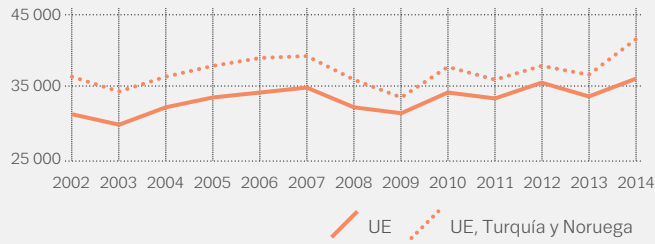


Nota: UE + 2 designa los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de las anfetaminas: valores medios nacionales (mínimo, máximo y rango intercuartílico). Los países comprendidos varían en función del indicador. No se dispone de tendencias indexadas para la metanfetamina.

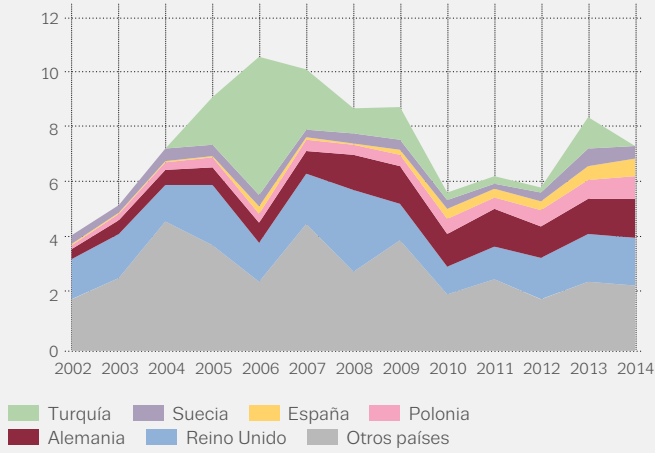
GRÁFICO 1.7

Número de incautaciones de anfetamina y cantidades incautadas: tendencias y en 2014 o año más reciente

Número de incautaciones

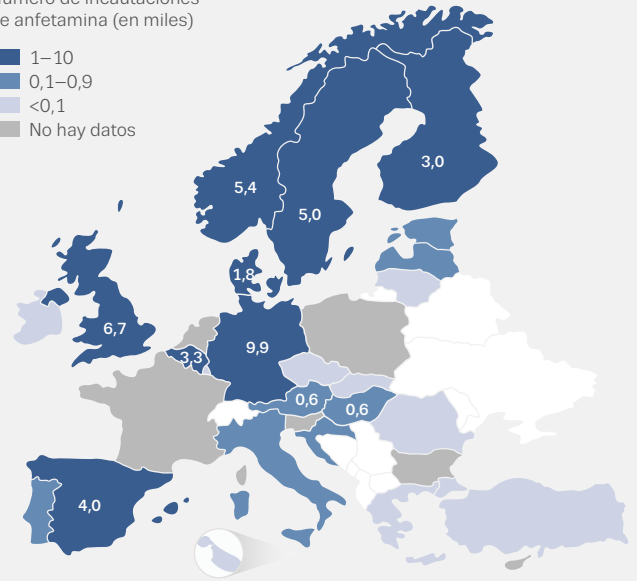


Toneladas



Número de incautaciones de anfetamina (en miles)

1-10
0,1-0,9
<0,1
No hay datos



Nota: Número de incautaciones (en miles) en los diez países con los valores más altos.

Cantidad de anfetamina incautada (en toneladas)

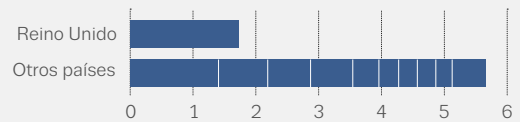
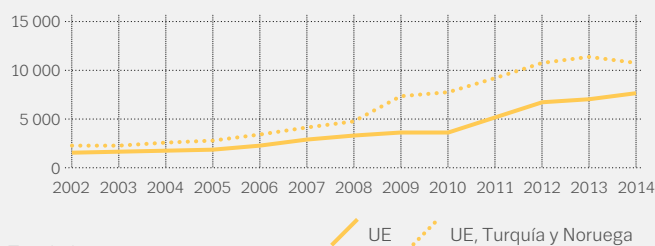


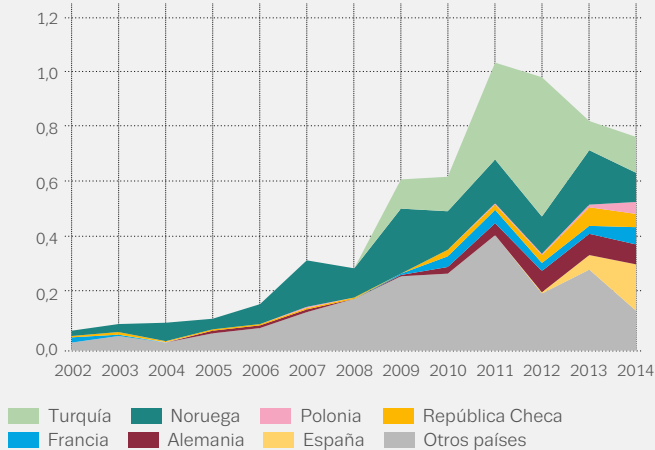
GRÁFICO 1.8

Número de incautaciones de metanfetamina y cantidades incautadas: tendencias y en 2014 o año más reciente

Número de incautaciones

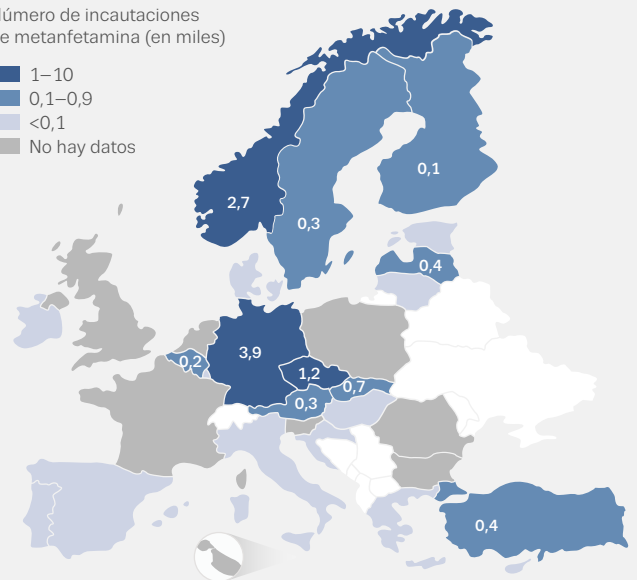


Toneladas



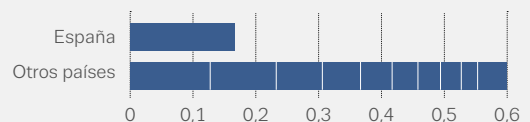
Número de incautaciones de metanfetamina (en miles)

1-10
0,1-0,9
<0,1
No hay datos



Nota: Número de incautaciones (en miles) en los diez países con los valores más altos.

Cantidad de metanfetamina incautada (en toneladas)



Las metanfetamina producida con BMK (bencil metil cetona) se produce en Lituania y Bulgaria, mientras que en la República Checa y los países vecinos se utilizan epinefrina y pseudoepinefrina. Tradicionalmente, en la República Checa se ha producido metanfetamina sobre todo en instalaciones a pequeña escala por parte de consumidores para su propio consumo o consumo local, lo que se refleja en el alto número de lugares de producción detectados en este país (261 desmantelados en 2013, de un total de 294 en Europa). Sin embargo, recientemente han aumentado los volúmenes de producción y se han utilizado nuevos pre-precusores, habiéndose recibido informes de grupos de delincuencia organizada que producen esta droga para los mercados nacionales y exteriores.

En 2014 fueron notificadas 36 000 incautaciones de anfetamina por los Estados miembros de la UE, con un total de 7,1 toneladas. En general, la cantidad de anfetamina incautada en la Unión Europea ha aumentado desde 2002 (gráfico 1.7). El número de incautaciones de metanfetamina es mucho más bajo, ya que representa una quinta parte de todas las incautaciones de anfetaminas realizadas en 2014, habiéndose notificado 7 600 incautaciones en la Unión Europea, con un volumen total de 0,5 toneladas (gráfico 1.8). Tanto el número como la cantidad de metanfetamina incautada indican una tendencia ascendente desde 2002.

Por lo general, la pureza media notificada es superior en las muestras de metanfetamina que en las de anfetamina. Aunque las tendencias indexadas indican que la pureza de la anfetamina ha aumentado en los últimos datos, la pureza media continúa siendo relativamente baja.

MDMA: aumento de productos en dosis altas

La sustancia sintética MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina) está relacionada químicamente con las anfetaminas, pero se diferencia en sus efectos. El principal producto de MDMA del mercado son las pastillas de éxtasis, aunque estas suelen contener una amplia gama de sustancias similares a la MDMA y otros productos químicos. Tras un periodo en el, según los informes, la mayoría de las pastillas vendidas como éxtasis en Europa contenían dosis bajas de MDMA o no la contenían en absoluto, pruebas recientes indican que la situación ha cambiado. Los informes actuales indican un aumento de la disponibilidad de pastillas con alto contenido de MDMA y de MDMA en polvo y forma cristalina.

La producción de MDMA en Europa parece estar concentrada en torno a los Países Bajos, que

tradicionalmente ha notificado el mayor número de centros de producción de esta droga. Tras las pruebas de una reducción en la producción de MDMA a finales de la última década, han aparecido signos de resurgimiento, ilustrados por los informes recientes de desmantelamiento de instalaciones de producción a gran escala en los Países Bajos y en Bélgica.

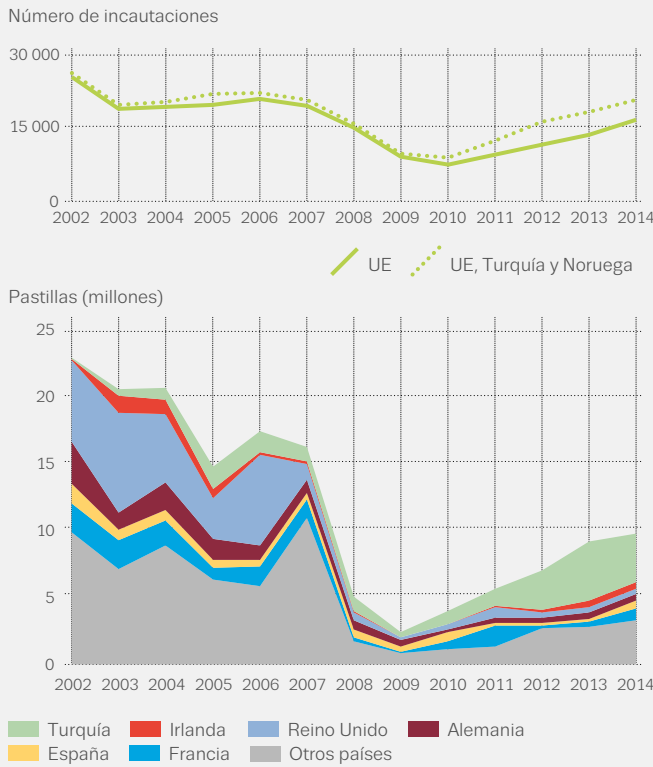
Resulta difícil realizar una evaluación de las últimas tendencias en las incautaciones de MDMA, ya que faltan datos procedentes de algunos países que supondrían una contribución importante al total. No existen datos de 2014 de los Países Bajos y se desconoce el número de incautaciones de Eslovenia, Finlandia, Francia y Polonia. Los Países Bajos notificaron la incautación de 2,4 millones de pastillas de MDMA en 2012 y, si pudiera suponerse una cifra similar para 2014, se estima que en ese año se hubieran incautado en la Unión Europea 6,1 millones de pastillas de MDMA. Esta cantidad duplicaría la de 2009. Además, en 2014 se incautaron 0,2 toneladas de polvo de MDMA. También se incautaron grandes cantidades de MDMA en Turquía: 3,6 millones de pastillas de MDMA en 2014 (gráfico 1.9).

Entre los países que presentan datos de forma sistemática, las tendencias indexadas también señalan un aumento del contenido de MDMA desde 2010 y la disponibilidad de productos con alto contenido de MDMA dio lugar a la emisión de advertencias conjuntas de Europol y el EMCDDA en 2014.

La disponibilidad de productos con alto contenido de MDMA dio lugar a la emisión de advertencias conjuntas de Europol y el EMCDDA

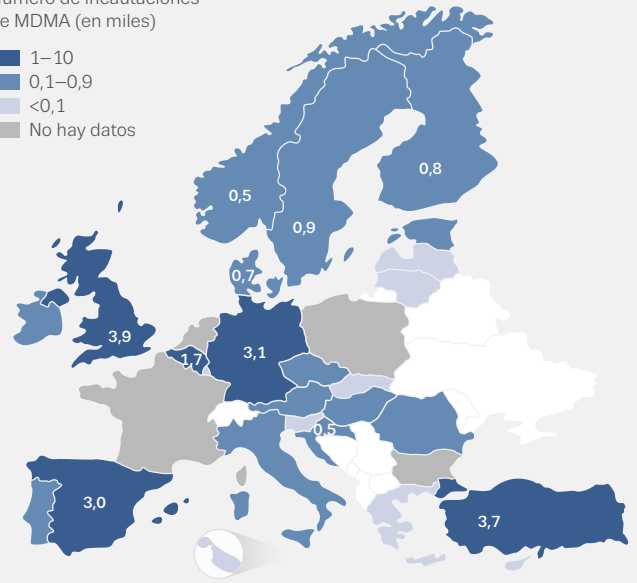
GRÁFICO 1.9

Número de incautaciones de MDMA y cantidades incautadas: tendencias y en 2014 o año más reciente



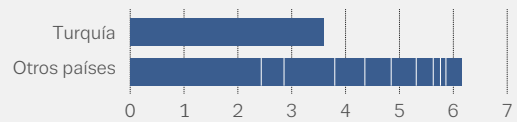
Número de incautaciones de MDMA (en miles)

- 1-10
- 0,1-0,9
- <0,1
- No hay datos



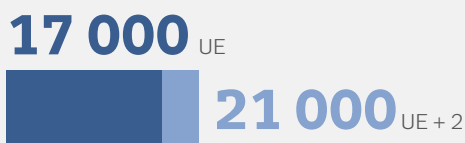
Nota: Número de incautaciones (en miles) en los diez países con los valores más altos.

Pastillas de MDMA incautadas (en millones)

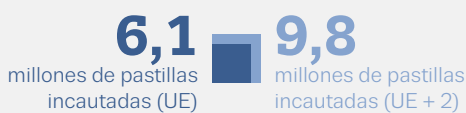


MDMA

Número de incautaciones



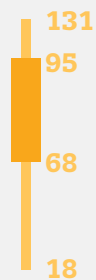
Cantidades incautadas



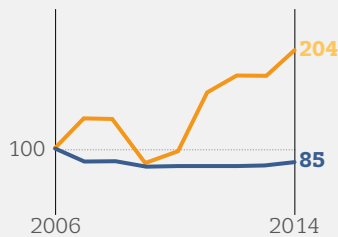
Precio (EUR/pastilla)



Pureza (MDMA mg/pastilla)



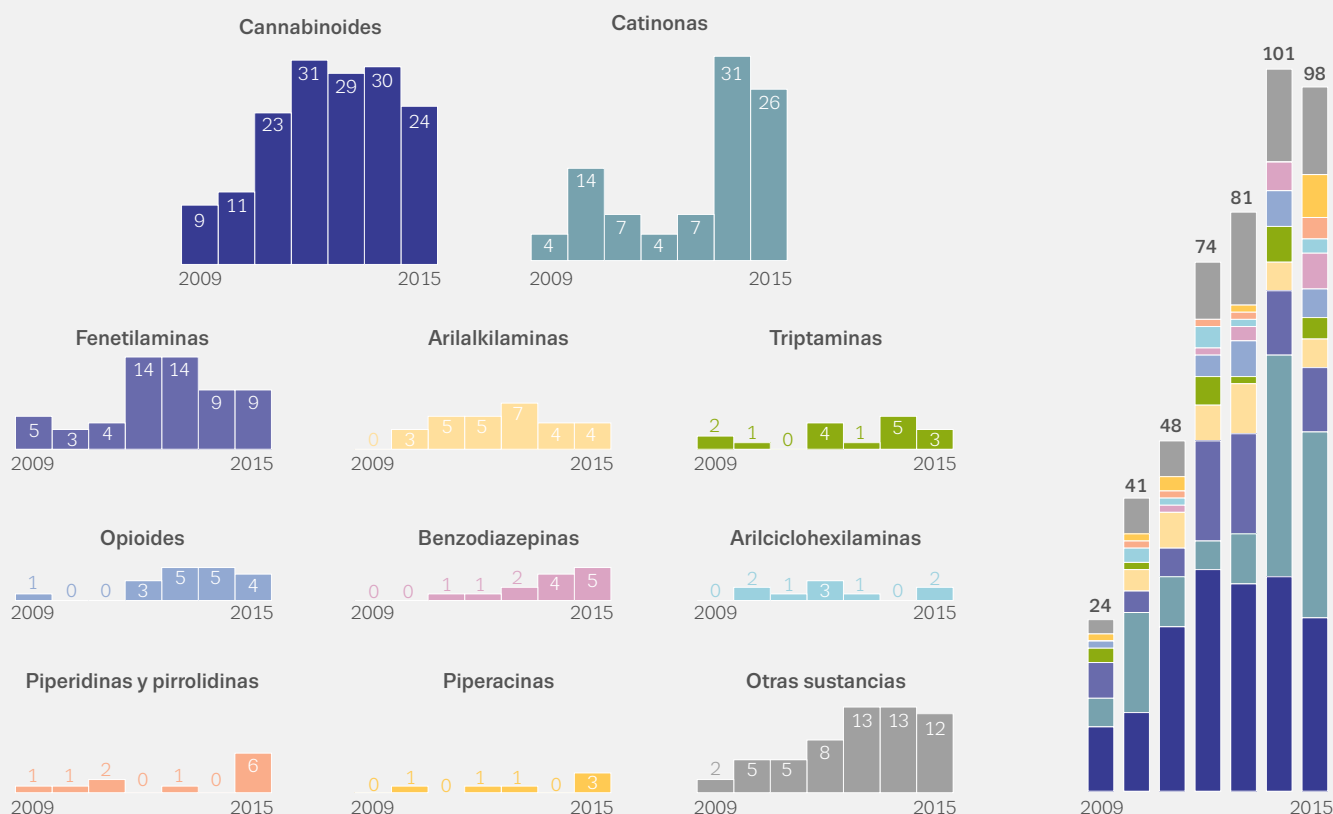
Tendencias indexadas: Precio y pureza



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

GRÁFICO 1.10

Número y categorías de nuevas sustancias psicotrópicas notificadas por primera vez al Sistema de alerta rápida de la UE, 2009-15



Incautaciones de LSD, GHB, ketamina y mefedrona

En la Unión Europea se incautaron otras drogas ilegales; así, hubo 1 700 incautaciones de LSD en 2014, con un total de 156 000 dosis. Además, en Bélgica se incautaron 3 kg de esa droga, la mayor cantidad registrada en ese país. En cuanto al resto de las drogas, los datos son incompletos y no permiten realizar una comparación entre países ni un análisis de las tendencias. En 2014, se notificaron incautaciones de GHB o GBL en 18 países. Las 1243 incautaciones representaron 176 kg y 544 litros de la droga, y Bélgica (40 %) y Noruega (34 %) acapararon cada una más de un tercio de estas operaciones. Once países notificaron 793 incautaciones de ketamina, con 246 kg de esta droga. Más de la mitad de las incautaciones se realizaron en el Reino Unido. Las 1645 incautaciones de mefedrona notificadas por diez países representaron 203 kg de la droga. Casi toda la mefedrona incautada fue notificada por el Reino Unido (101 kg) y Chipre (99 kg).

Nuevas sustancias psicotrópicas: diversidad del mercado

El EMCDDA vigila un amplio abanico de nuevas sustancias psicotrópicas, como los cannabinoides

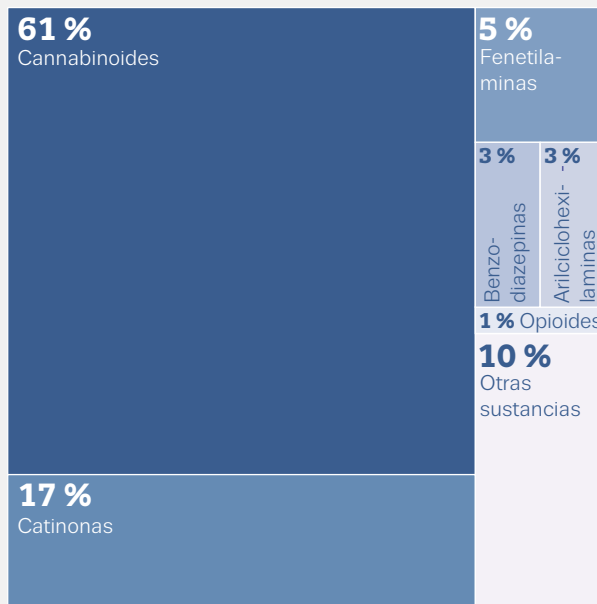
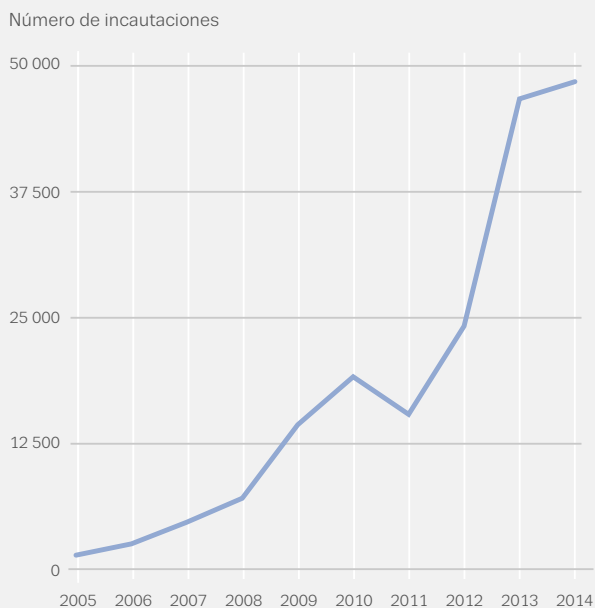
sintéticos, las catinonas sintéticas, las fenetilaminas, los opioides, las triptaminas, las benzodiazepinas, las arilalquilaminas y otras serie de sustancias. En 2015, se detectaron 98 sustancias nuevas por primera vez, lo que eleva el número de sustancias nuevas vigiladas a más de 560, de ellas 380 (70 %) detectadas en los últimos 5 años (gráfico 1.10).

Desde 2008 se han detectado más que 160 cannabinoides sintéticos en una serie de productos distintos: solo en 2015 se notificaron 24 cannabinoides nuevos. Los cannabinoides sintéticos se venden como sustitutos «legales» del cannabis y pueden anunciarse como «mezclas de incienso exóticas» y «no destinados al consumo humano», a fin de eludir la legislación de medicamentos y protección de los consumidores. Este es el mayor grupo de drogas nuevas vigiladas por el EMCDDA, lo que refleja tanto la gran demanda de cannabis que hay en Europa como la capacidad de los fabricantes de colocar nuevos cannabinoides en el mercado cuando los existentes están sujetos a medidas de control.

Las catinonas sintéticas son el segundo grupo de sustancias vigiladas por el EMCDDA. Se detectaron por primera vez en Europa en 2004 y desde entonces se han

GRÁFICO 1.11

Número de incautaciones de nuevas sustancias psicotrópicas notificadas al Sistema de alerta rápida de la UE: por categorías en 2014 y tendencias



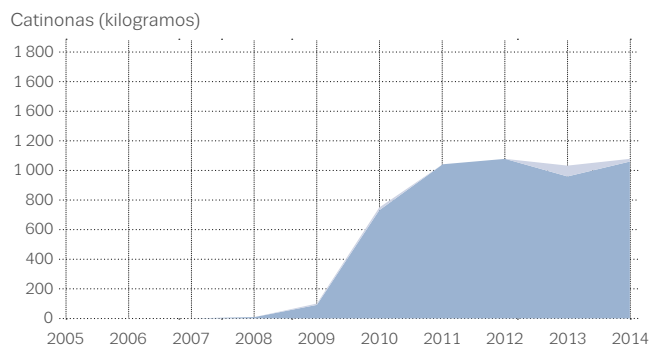
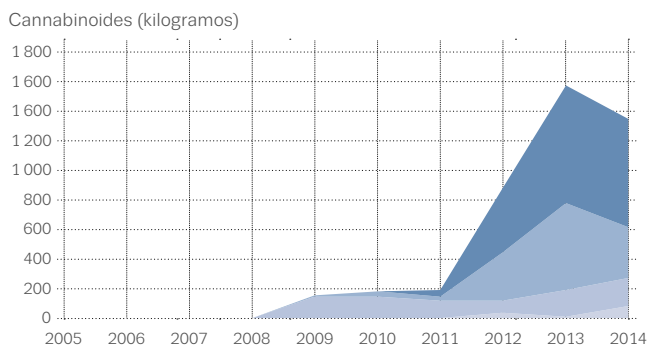
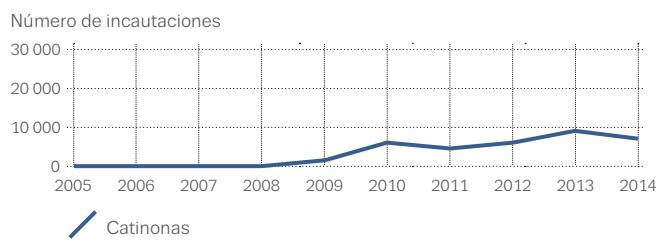
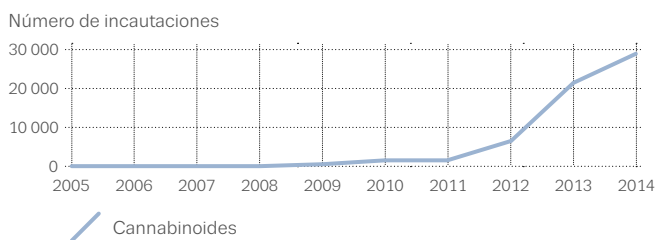
Nota: Datos de los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega.

identificado 103 catinonas nuevas, 26 de ellas en 2015. Las catinonas sintéticas se venden normalmente como sustitutos «legales» de estimulantes como la anfetamina, la MDMA y la cocaína.

El EMCDDA vigila actualmente 14 benzodiazepinas nuevas y no controladas. Los falsificadores a veces las utilizan para fabricar medicamentos falsos que se venden en Europa. Ejemplos de esta práctica son los comprimidos de alprazolam falsos interceptados en 2015, que contenían flubromazolam, y los comprimidos de diazepam falsos que

GRÁFICO 1.12

Incautaciones de cannabinoides y catinonas sintéticos notificadas al Sistema de alerta rápida de la UE: tendencias en número de incautaciones y cantidades incautadas



Resto de formas, Material vegetal, Polvo, Forma inespecifica

Polvo, Resto de formas

Nota: Datos de la UE, Turquía y Noruega.

contenían fenazepam. En algunos países europeos, estos medicamentos falsificados se han convertido en una parte importante del mercado de drogas ilegales.

Aumento de las incautaciones de nuevas sustancias psicotrópicas

Los datos de incautaciones notificados al Sistema de alerta rápida de la UE apuntan a un crecimiento continuado del mercado de drogas nuevas. En 2014, se produjeron casi 50 000 incautaciones de sustancias nuevas, con un peso total de unas 4 toneladas en toda Europa (gráfico 1.11). La mayoría de ellas fueron de cannabinoides sintéticos, con casi 30 000 incautaciones y un peso de más de 1,3 toneladas (gráfico 1.12). Las catinonas sintéticas fueron el segundo grupo, con más de 8 000 incautaciones y un peso de más de 1 tonelada. En conjunto, los cannabinoides sintéticos y las catinonas sintéticas representaron más del 80 % del número total de incautaciones y más del 60 % de la cantidad incautada en 2014. Otros grupos son las benzodiazepinas no controladas y los analgésicos narcóticos potentes, como fentanilos, que pueden venderse como heroína.

Las incautaciones de nuevas sustancias psicotrópicas en 2014 fueron principalmente de cannabinoides sintéticos, que representaron más del 60 % del número total y casi el 35 % de la cantidad incautada (gráfico 1.11). La mayoría de estas incautaciones fueron de sustancias en forma de polvo, normalmente de cantidades a granel; el resto se incautó en forma vegetal, con la sustancia pulverizada sobre las plantas. Los polvos se utilizan para fabricar productos vendidos como «euforizantes legales» y las incautaciones representan millones de dosis. Los cinco principales cannabinoides incautados en forma de polvo en 2014 fueron AM-2201 (70 kg), MDMB-CHMICA (40 kg), AB-FUBINACA (35 kg), MAM-2201 (27 kg) y XLR-11 (5F-UR-144) (26 kg).

En 2014, las catinonas sintéticas representaron más del 15 % de todas las incautaciones de nuevas sustancias psicotrópicas y casi el 30 % de la cantidad total incautada (gráfico 1.11). Las cinco principales catinonas incautadas fueron mefedrona (222 kg) y sus isómeros 3-MMC (388 kg) y 2-MMC (55 kg), pentedrona (136 kg) y alfa-PVP (135 kg).

Mercados de drogas: respuestas políticas

La naturaleza global de la oferta y el tráfico de drogas ilegales complica la adopción de contramedidas. Los responsables políticos disponen de una serie de opciones para reducir la oferta, como la aplicación de estrategias en materia de drogas, la adopción de normas legales y la actuación de las

fuerzas y cuerpos de seguridad. La coordinación de las iniciativas de reducción de la oferta es responsabilidad de varias instituciones de la Unión. En este proceso se emplean diversas herramientas de planificación estratégica: la estrategia sobre drogas 2013-20 de la UE y su plan de acción actual 2013-16, el ciclo de elaboración de políticas de la Unión en materia de delincuencia internacional grave y organizada y las estrategias de seguridad de la UE. La envergadura de los retos a los que se enfrentan las fuerzas y cuerpos de seguridad debido, entre otras cosas, al aumento de la complejidad de los grupos de delincuencia organizada que trafican con drogas es evidente a la luz de la variedad de ámbitos que cubren estas estrategias, que van desde la política de seguridad hasta las políticas marítimas, de migración y de desarrollo. Las acciones incluidas abarcan la mejora de la actuación policial basada en los servicios de inteligencia, el control y el transporte marítimo, la detección y focalización de flujos financieros ilegales, el control de fronteras, el tránsito de productos químicos industriales o las medidas de desarrollo alternativas. La Unión Europea coopera además con una serie de socios internacionales en la ejecución de estas políticas de reducción de la oferta.

A escala nacional, los Estados miembros están obligados a abordar un conjunto igualmente complejo de dinámicas del mercado de las drogas y la mayoría cuentan con estrategias nacionales de vigilancia y seguridad que abordan la reducción de la oferta de drogas. Además, todos los países excepto dos disponen de estrategias nacionales sobre drogas que inspiran sus políticas en la materia y que suelen abarcar iniciativas de reducción de la oferta y de la demanda. Las excepciones son Austria, que tiene estrategias regionales sobre drogas, y Dinamarca, que cuenta con una política nacional en materia de drogas expresada en varios documentos estratégicos, disposiciones legales y acciones concretas. Las estrategias sobre drogas son documentos, normalmente temporales, que contienen objetivos y prioridades, además de acciones específicas y las partes responsables de su aplicación. El terreno de las políticas en materia de drogas se ha complicado mucho en los últimos años, como demuestra el hecho de que casi un tercio de las estrategias nacionales de los Estados miembros trascienda el ámbito de las drogas ilegales para abarcar las drogas legales y, en algunos casos, las conductas adictivas (véase el gráfico 1.13).

Los países disponen de estrategias nacionales sobre drogas que inspiran sus políticas en la materia

GRÁFICO 1.13

Estrategias y planes de acción nacionales en materia de drogas, disponibilidad y ámbito de aplicación

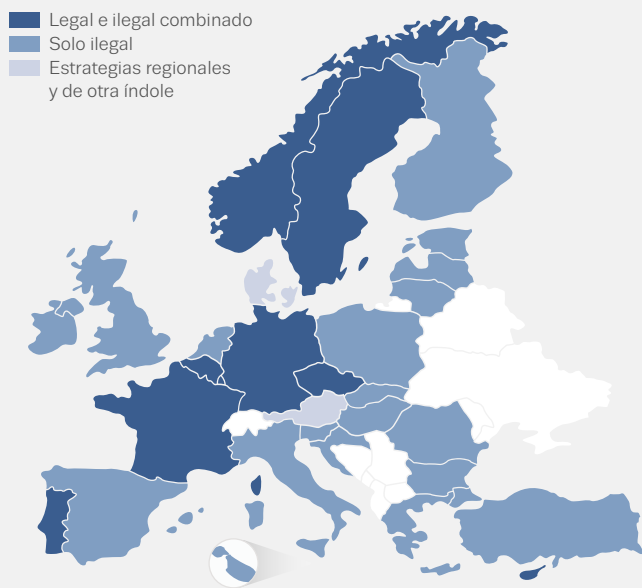
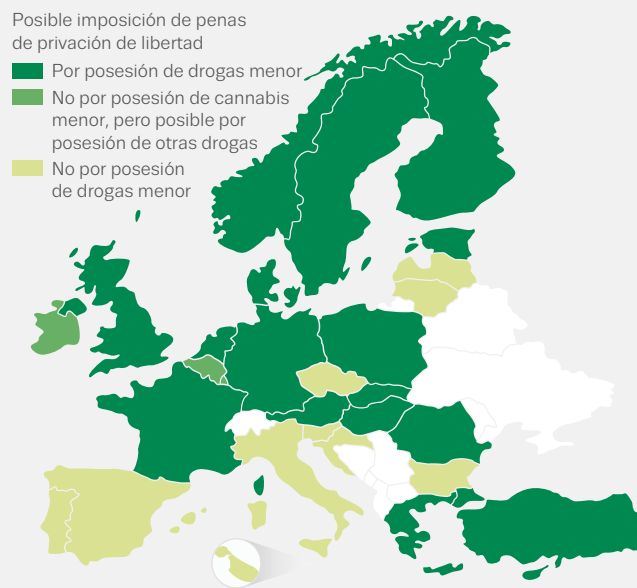


GRÁFICO 1.14

Sanciones legales: posibilidad de imposición de penas de privación de libertad por posesión de drogas para consumo personal (delitos menores)



Respuestas legales a la oferta y la posesión de drogas

Los Estados miembros toman medidas para prevenir la oferta de drogas ilegales amparándose en tres Convenios de las Naciones Unidas, que ofrecen un marco internacional para el control de la producción, el comercio y la posesión de más de 240 sustancias psicotrópicas. Cada país está obligado a tipificar el tráfico de drogas como un delito, pero las penas previstas varían de unos países a otros. En algunos, todos los delitos relacionados con la oferta se sancionan con una determinada escala de penas, mientras que en otros países se distingue entre delitos y faltas, con las correspondientes escalas de penas.

Lo mismo ocurre con la posesión de drogas para consumo personal, aunque en este caso el régimen se sujeta 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 así se refleja en los diferentes planteamientos jurídicos adoptados al respecto. Desde 2000 se ha observado una tendencia general en Europa hacia la reducción de las penas de privación de libertad para las faltas por consumo de drogas. Algunos países han ido más allá, condenando la posesión de drogas para consumo personal con sanciones no penales, normalmente multas (gráfico 1.14).

Delitos relacionados con las drogas: aumento a largo plazo

La aplicación de la legislación dictada para frenar la oferta y el consumo de drogas puede vigilarse examinando los datos sobre las infracciones de esa legislación notificadas. En 2014 se registraron en la Unión Europea 1,6 millones de infracciones (la mayoría relacionadas con el cannabis, el 57 %), cometidas por 1 millón de delincuentes. Las infracciones notificadas crecieron casi un tercio (34 %) entre 2006 y 2014.

En la mayoría de los países europeos, la mayor parte de las infracciones están ligadas al consumo o a la posesión para consumo. En conjunto, se estima que en 2014 se cometieron en Europa más de un millón de infracciones penales de este tipo, con un aumento del 24 % sobre las cifras de 2006. De las infracciones notificadas relacionadas con la posesión, más de tres cuartos tuvieron que ver con el cannabis. Las tendencias ascendentes de las infracciones por posesión de cannabis, anfetaminas y MDMA se mantuvieron en 2014 (gráfico 1.15).

En términos generales, las infracciones han aumentado desde 2006 en un 10 %, habiéndose llegado a las 214 000 en 2014. 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. Las tendencias descendentes de las infracciones por suministro de heroína y cocaína no continuaron en 2014, y se ha producido un aumento notable de las infracciones de suministro de MDMA (gráfico 1.15).

Prevención del desvío de medicamentos de sustitución

El desvío de medicamentos de sustitución de opioides para usos no previstos y su venta en los mercados de drogas ilegales es un motivo de preocupación. Por desvío se entiende el intercambio, la venta, el comercio o la dispensación de medicamentos de venta con receta médica. Puede producirse de forma voluntaria (suministro voluntario a otra persona) o involuntaria (suministro inadvertido, por robo o pérdida de dosis).

A escala nacional, se han aplicado varias estrategias para evitar el desvío de medicamentos de sustitución, como la formación de los profesionales sanitarios y los pacientes; la aplicación de estrategias para garantizar el cumplimiento terapéutico mediante la prescripción y la supervisión adecuadas; la oferta de formulaciones farmacéuticas destinadas a disuadir del consumo abusivo; el uso de dispensadores de medicamentos electrónicos; y el empleo de medidas de control, como los análisis toxicológicos a los pacientes, el recuento de pastillas y los

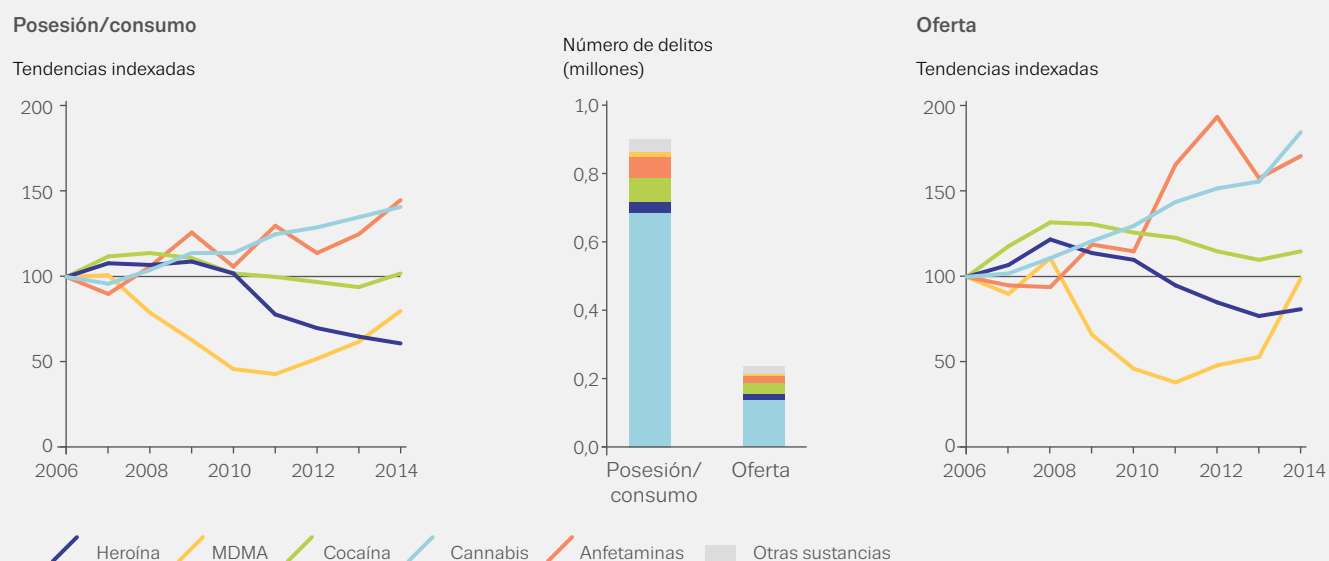
controles por sorpresa. La regulación del sistema puede realizarse a través de registros de las transacciones farmacéuticas y el uso de medidas disciplinarias para abordar las prácticas de prescripción indebidas.

Una reciente revisión europea indica que muchas de estas intervenciones pueden contribuir a la reducción de los casos de desvío, aunque raramente se ofrece información sobre las posibles consecuencias imprevistas de su aplicación. En la actualidad, el reto consiste en mantener un buen acceso a medicamentos de sustitución para los pacientes, ofreciendo simultáneamente respuestas de prevención y regulación adecuadas destinadas a minimizar la entrada de estos medicamentos en el mercado ilegal.

Se han aplicado varias estrategias para evitar el desvío de medicamentos de sustitución

GRÁFICO 1.15

Delitos relacionados con el consumo o la posesión de drogas para consumo y con la oferta en Europa: tendencias indexadas y delitos notificados en 2014



MÁS INFORMACIÓN

Publicaciones del EMCDDA

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

Strategies to prevent diversion of Opioid Substitution Treatment, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Opioid trafficking routes, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Technical reports.

The Internet and drug markets, Technical reports.

2014

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

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.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

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

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Drug policy profiles: Portugal

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

Responding to new psychoactive substances, Drugs in focus.

Publicaciones conjuntas del EMCDDA y Europol

2016

EU Drug markets report: in-depth analysis.

EU Drug markets report: a strategic overview.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α -PVP), Joint Reports.

EMCDDA–Europol 2014 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

**El consumo de drogas en Europa
engloba ahora un abanico
de sustancias más amplio
que en el pasado**

Prevalencia y tendencias del consumo de drogas

El consumo de drogas en Europa engloba ahora un abanico de sustancias más amplio que en el pasado. El policonsumo es habitual entre los toxicómanos y las pautas individuales de consumo van desde el consumo experimental hasta el consumo regular y dependiente. El consumo de todas las drogas es generalmente más elevado entre los hombres, acentuándose esta diferencia en las pautas de consumo más intensas o regulares. La prevalencia del consumo de cannabis es aproximadamente cinco veces superior a la de otras sustancias. Aunque el consumo de heroína y otros opioides sigue siendo relativamente escaso, estas siguen siendo las drogas asociadas a la mayoría de las formas más nocivas de consumo, incluido el consumo de droga por vía parenteral.

Vigilancia del consumo de drogas

El EMCDDA recopila y mantiene series de datos sobre el consumo de drogas y sus pautas en Europa.

Los datos de encuestas de población generales pueden ofrecer una perspectiva de la prevalencia del consumo de drogas recreativo. Los resultados de dichas encuestas se pueden complementar con los análisis de los restos de drogas en las aguas residuales municipales, realizados en algunas ciudades de Europa.

Los estudios que ofrecen estimaciones del consumo de drogas de alto riesgo pueden contribuir a la determinación del alcance de los problemas de consumo más arraigados, mientras que los datos sobre personas que acceden a sistemas de tratamiento especializados pueden ayudar a entender el carácter y las tendencias asociadas a este tipo de consumo si se combinan con otros indicadores.

Uno de cada cuatro europeos ha probado drogas ilegales

Se estima que casi una cuarta parte de la población adulta de la Unión Europea, más de 88 millones de personas, han probado drogas ilegales en algún momento de su vida. Según los informes, el consumo de drogas es más habitual en hombres (54,3 millones) que en mujeres (34,8 millones). La droga más consumida es el cannabis (51,5 millones de hombres y 32,4 millones de mujeres), seguido muy de lejos por la cocaína (11,9 millones de hombres y

5,3 millones de mujeres), la MDMA (9,1 millones de hombres y 3,9 millones de mujeres) y las anfetaminas (8,3 millones de hombres y 3,8 millones de mujeres). Los niveles de consumo de cannabis a lo largo de la vida difieren considerablemente entre países, oscilando entre cuatro de cada 10 adultos en Francia y un tercio de los adultos en Dinamarca e Italia, a menos de uno de cada 10 en Bulgaria, Hungría, Malta, Rumanía y Turquía.

El consumo de drogas registrado el año pasado constituye una buena indicación del consumo reciente y se concentra principalmente en los jóvenes (de 15 a 34 años). Aproximadamente 17,8 millones de adultos jóvenes consumieron drogas el año pasado, en una proporción de 2 a 1 de hombres con respecto a mujeres.

Consumo de cannabis: distintos panoramas nacionales

El cannabis es la droga ilegal más consumida en todos los grupos de edad. Esta droga suele fumarse y, en Europa, se mezcla frecuentemente con tabaco. Las pautas de consumo de cannabis pueden oscilar de un consumo ocasional a un consumo regular y dependiente.

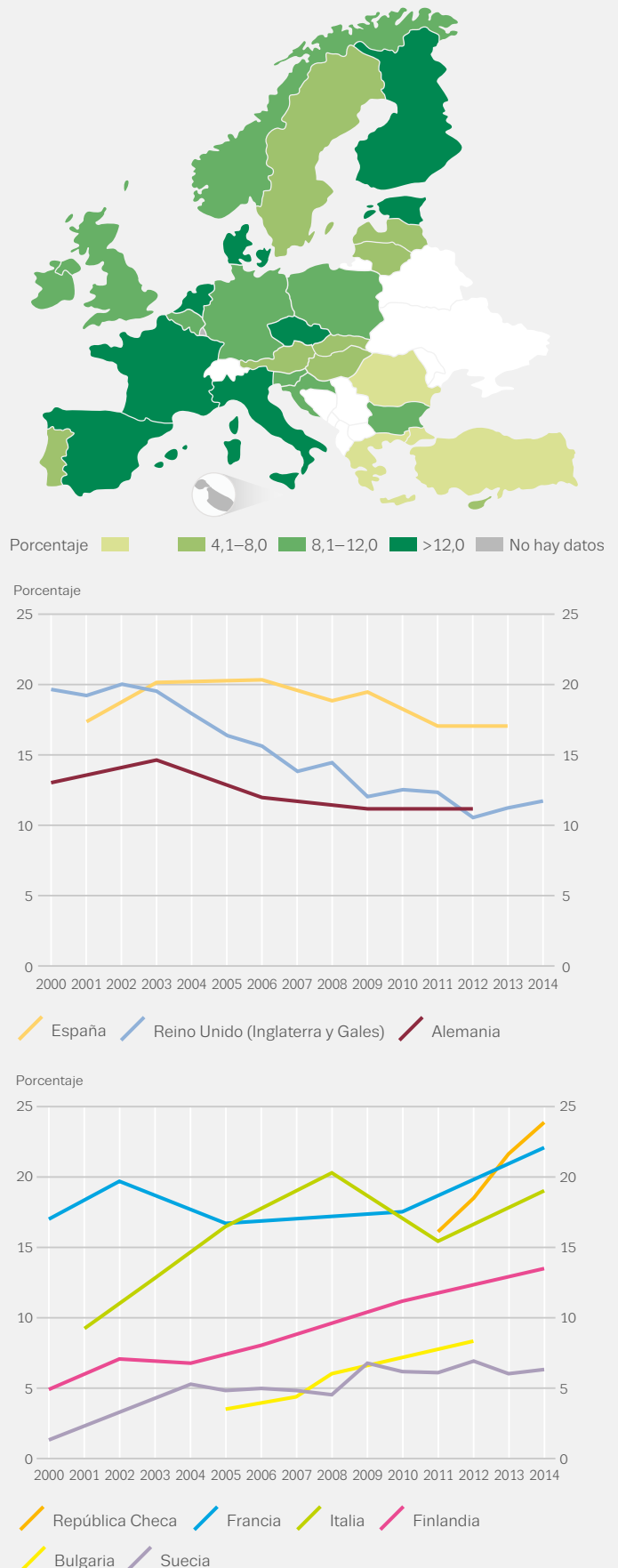
Se estima que 16,6 millones de europeos jóvenes (de 15 a 34 años) (el 13,3 % de este grupo de edad) consumieron cannabis en el último año, de ellos 9,6 millones entre 15 y 24 años (16,4 %). Entre los jóvenes que consumieron esta droga el año pasado, la relación de hombres y mujeres fue de dos a uno.

Los resultados de la encuesta más reciente revelan que los países siguen direcciones divergentes en el consumo de cannabis el año pasado (gráfico 2.1). De los países que han realizado encuestas desde 2013, ocho notificaron estimaciones más altas, cuatro se mantuvieron estables y uno notificó estimaciones más bajas que en las anteriores encuestas comparables.

Pocos países disponen de datos suficientes de encuestas para hacer un análisis estadístico de las tendencias del consumo de esta droga entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años) a medio y largo plazo. Las encuestas de países con prevalencia relativamente alta, como Alemania, España y el Reino Unido, revelan una disminución o una estabilización de la prevalencia del cannabis durante la pasada década, mientras que Francia muestra aumentos de la prevalencia después de 2010. Entre los países que tradicionalmente han registrado tasas más bajas de consumo de cannabis, Finlandia ha notificado aumentos sistemáticos en la prevalencia a largo plazo, mientras que Suecia sigue manteniendo un nivel bajo, con datos que

GRÁFICO 2.1

Prevalencia en el último año del consumo de cannabis entre adultos jóvenes (15–34): datos más recientes (superior) y tendencias estadísticamente significativas (centro e inferior)



demuestran un ligero aumento durante la última década. Entre los países con menos puntos de datos comparables, se observa una tendencia ascendente en Bulgaria hasta 2012, mientras que la encuesta anual realizada en la República Checa reveló incrementos de 2011 a 2014.

Según los datos de la última ola del proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD) publicados en 2011, el cannabis fue la droga ilegal más consumida entre los estudiantes de 15 y 16 años. En el Estudio sobre las conductas saludables de jóvenes escolarizados (HBSC) se ofrecen datos más recientes sobre escolares, en este caso de 15 años. En el estudio HBSC de 2013/14, los niveles de consumo de cannabis a lo largo de la vida oscilaron entre el 5 % en las chicas y el 7 % en los chicos en Suecia y el 26 % en las chicas y el 30 % en los chicos en Francia.

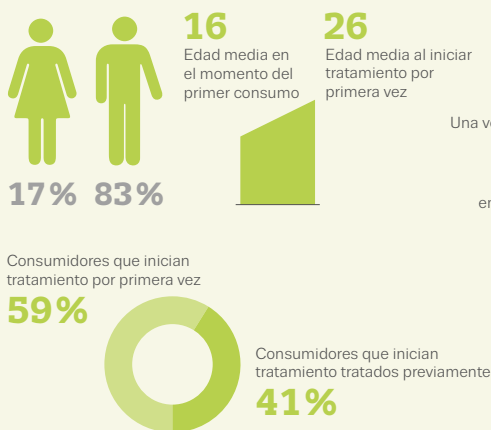
Los datos sobre los consumidores que reciben tratamiento por problemas con esta droga pueden arrojar luz sobre la naturaleza y el alcance del consumo de cannabis de alto riesgo en Europa cuando se analizan junto con otros indicadores. El número total de consumidores que inician tratamiento por primera vez por problemas con el cannabis pasó de 45 000 en 2006 a 69 000 en 2014. Entre este grupo, los que notificaron un consumo diario de la sustancia aumentaron del 46 % en 2006 al 54 % en 2014. Las causas del aumento del número de consumidores que inician tratamiento por primera vez no están claras, pero pueden estar asociadas a los cambios en la prevalencia del consumo de cannabis, el consumo intensivo y otros factores, como la disponibilidad de productos de mayor potencia y más nocivos, un aumento de la disponibilidad del tratamiento por problemas con esta droga y un cambio en las prácticas de derivación para tratamiento.

Tratamiento de consumidores de cannabis: aumento de la demanda

Según los estudios de la población general, se estima que el 1 % de los adultos europeos consumen cannabis a diario o casi a diario, es decir, que han consumido la droga 20 o más días al mes. El 60 % de estos tienen entre 15 y 34 años de edad y más de tres cuartas partes son hombres.

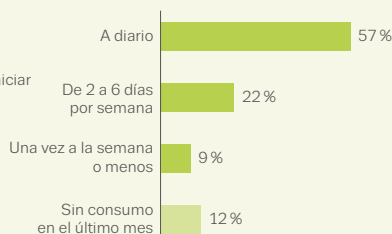
CONSUMIDORES DE CANNABIS QUE INICIAN TRATAMIENTO

Características

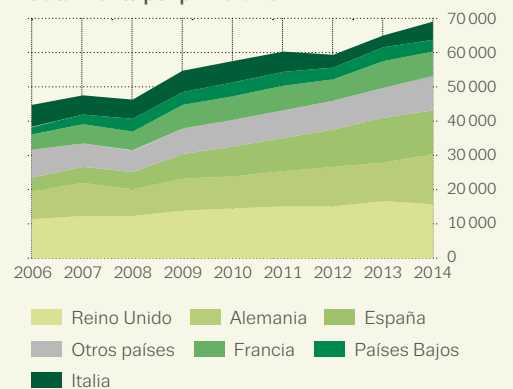


Frecuencia de consumo en el último mes

Consumo medio **5,4** días por semana



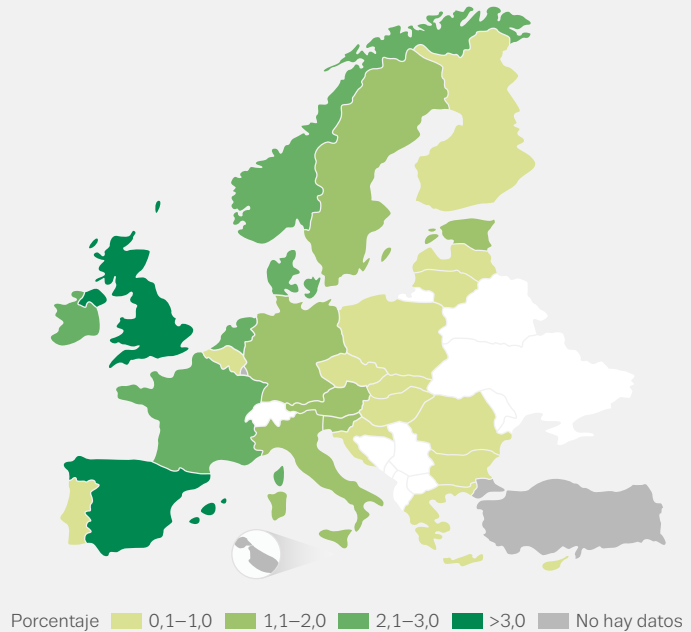
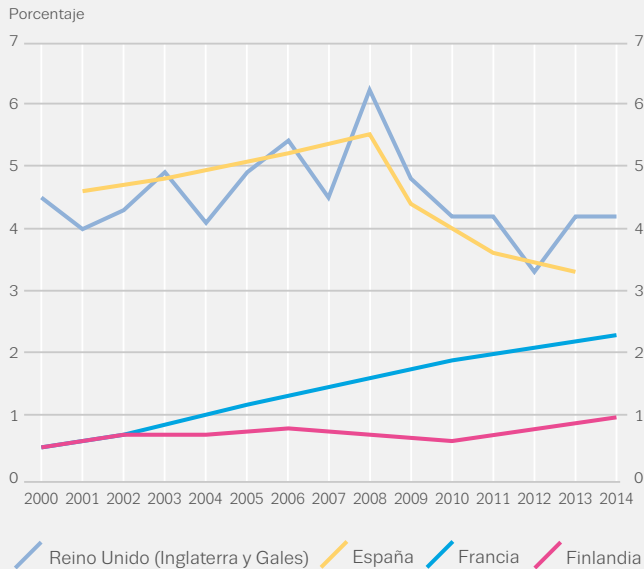
Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo el cannabis la droga principal. Debido a los cambios en el flujo de datos a escala nacional, los datos de Italia de 2014 no son directamente comparables con los de años anteriores.

GRÁFICO 2.2

Prevalencia del consumo de cocaína en el último año entre los adultos jóvenes (15-34): tendencias estadísticamente significativas y datos más recientes



Cocaína: prevalencia cambiante

La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa, con mayor prevalencia en los países del sur y el oeste de Europa. El polvo de cocaína (hidrocloruro de cocaína) suele esnifarse (aspiración nasal), aunque a veces se administra por vía parenteral, mientras que el crack (base de cocaína) habitualmente se fuma.

Se estima que unos 2,4 millones de adultos jóvenes de 15 a 34 años (el 1,9 % de este grupo de edad) consumieron cocaína el año pasado. Muchos consumidores de cocaína toman esta droga en contextos recreativos, aumentando el consumo en los fines de semana y las vacaciones. Entre los consumidores habituales, puede hacerse una clara distinción entre los consumidores más integrados en la sociedad, y los consumidores marginados, que se administran cocaína por vía parenteral o fuman crack, a menudo junto con opioides.

Solo España, los Países Bajos y el Reino Unido notificaron una prevalencia del consumo de cocaína el año pasado

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

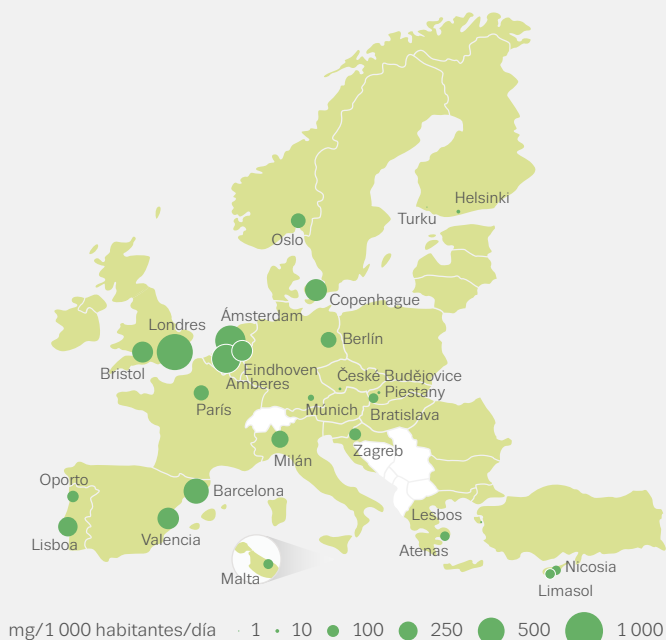
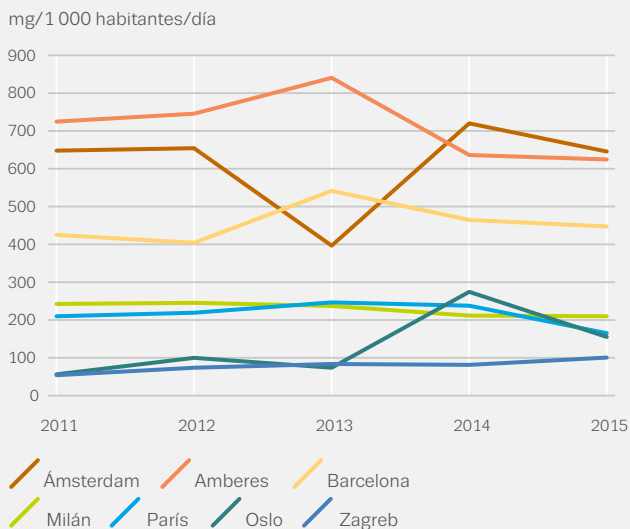
entre los adultos jóvenes del 3 % o superior. La reducción del consumo de cocaína notificada en los años anteriores no se ha observado en los estudios más recientes; de los países que han realizado encuestas desde 2013, seis notificaron estimaciones más altas, dos notificaron una tendencia estable y cuatro notificaron estimaciones más bajas que en las anteriores encuestas comparables.

Solo puede realizarse un análisis estadístico de las tendencias a largo plazo del consumo de cocaína entre adultos jóvenes el año pasado en un pequeño número de países. España y el Reino Unido notificaron tendencias de aumento de la prevalencia hasta 2008, seguidas de estabilización o descenso. Los informes del Reino Unido apuntan a que este descenso se limita a los adultos jóvenes (de 16 a 24 años), con prevalencia en el grupo de edad más avanzada, que se mantiene estable o registra aumento. Francia mostró una tendencia ascendente, por encima del 2 % en 2014. En Finlandia la prevalencia ha aumentado, pero los niveles globales de consumo siguen siendo bajos, llegando al 1 % por primera vez en 2014.

El análisis de detección de residuos de cocaína en las aguas residuales municipales realizado en el marco de un estudio multiurbano complementa los resultados de las encuestas poblacionales. Los resultados del estudio se presentan en cantidades normalizadas (cargas másicas) de residuos de drogas por cada 1000 habitantes por día. El análisis de 2015 reveló las mayores cargas másicas de benzoilecgonina, el metabolito principal de la cocaína, en

GRÁFICO 2.3

Residuos de cocaína en aguas residuales en determinadas ciudades europeas: tendencias y datos más recientes



Nota: Cantidades diarias medias de benzoylcocgonina en miligramos por 1 000 habitantes. Mapa: Se tomaron muestras en determinadas ciudades europeas durante una semana en 2015. Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

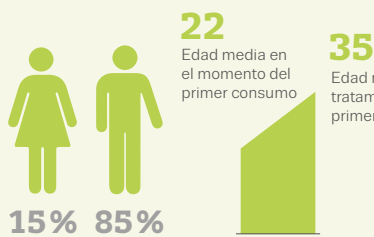
ciudades de Bélgica, España, Países Bajos y el Reino Unido (véase el gráfico 2.3). Las pautas generales detectadas en 2015 son similares a las de años anteriores, en las que la mayoría de las ciudades muestran una tendencia descendente o estable entre 2011 y 2015.

Tratamiento de los consumidores de cocaína: demanda estable

Resulta difícil calcular la prevalencia de formas especialmente problemáticas de consumo de cocaína en

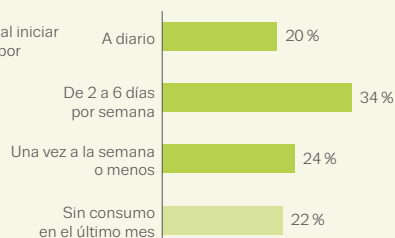
CONSUMIDORES DE COCAÍNA QUE INICIAN TRATAMIENTO

Características

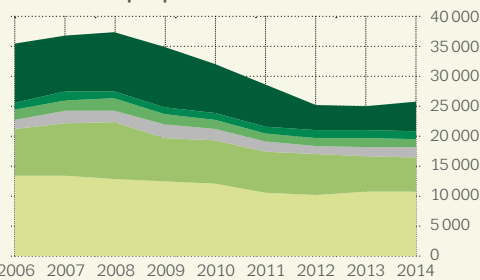


Frecuencia de consumo en el último mes

Consumo medio 3,6 días por semana



Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Consumidores que inician tratamiento por primera vez

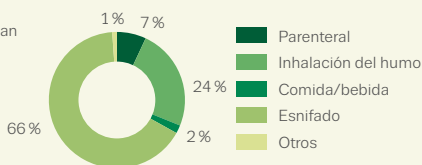
46%



Consumidores que inician tratamiento tratados previamente

54%

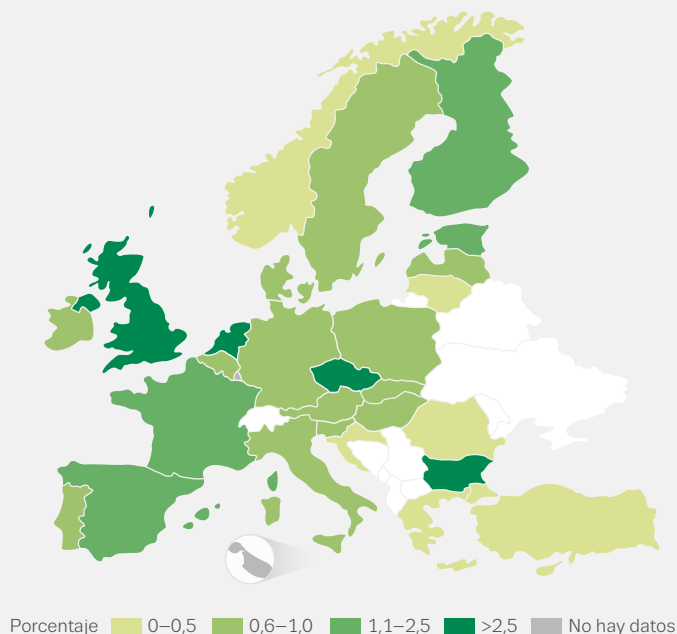
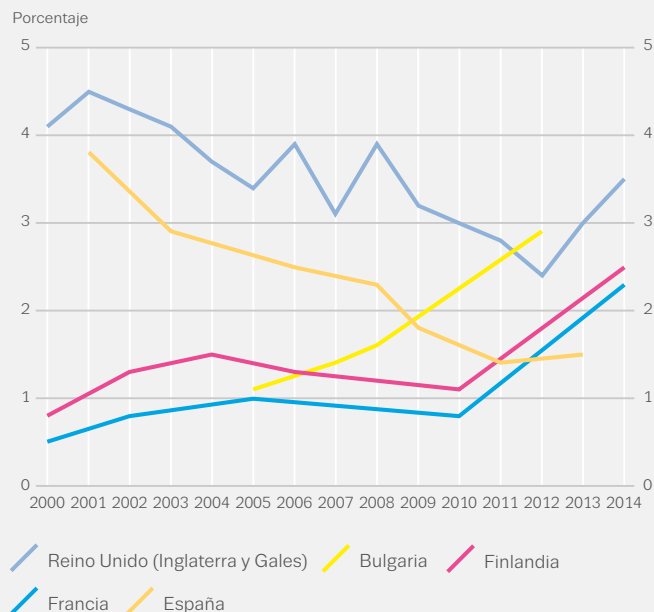
Vía de administración



Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo la cocaína o crack la droga principal. Debido a los cambios en el flujo de datos a escala nacional, los datos de Italia de 2014 no son directamente comparables con los de años anteriores.

GRÁFICO 2.4

Prevalencia del consumo de MDMA en el último año entre los adultos jóvenes (15-34): tendencias estadísticamente significativas y datos más recientes



Europa, ya que solo cinco países tienen estimaciones recientes y se han utilizado definiciones y metodologías distintas. En 2012, Alemania estimó que el 0,20 % de la población adulta presentaba dependencia de la cocaína. En 2014, Italia cifró en un 0,64 % las personas que necesitaron tratamiento por consumo de cocaína y en 2013 España estimó en un 0,29 % el consumo de cocaína de alto riesgo. En 2011/12, el Reino Unido estimó el consumo de crack entre la población adulta de Inglaterra en un 0,48 %, en su mayor parte consumidores también de opioides. El consumo de cocaína de alto riesgo en Portugal se estima en un 0,62 %, según informes de consumo del año pasado.

España, Italia y Reino Unido concentran el 74 % de todos los pacientes que inician tratamiento relacionado con la cocaína en Europa. En 2014, 60 000 pacientes que iniciaron tratamiento especializado y 27 000 clientes nuevos citaron como droga principal la cocaína. Tras un período de descenso, el número total de consumidores de cocaína que inician tratamiento por primera vez se ha mantenido estable desde 2012.

En 2014, casi 5500 consumidores que iniciaron tratamiento en Europa notificaron que consumían principalmente crack. Más de la mitad de estos consumidores (3000) se encuentran en el Reino Unido, y una gran parte del resto (2000) en España, Francia y los Países Bajos.

MDMA: tendencias cambiantes y aumento del consumo

La MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina) se consume generalmente en forma de pastillas de éxtasis, pero también está cada vez más disponible en forma de cristal y polvo; las pastillas se suelen tragar, pero la droga en forma de polvo se esnifa (aspiración nasal).

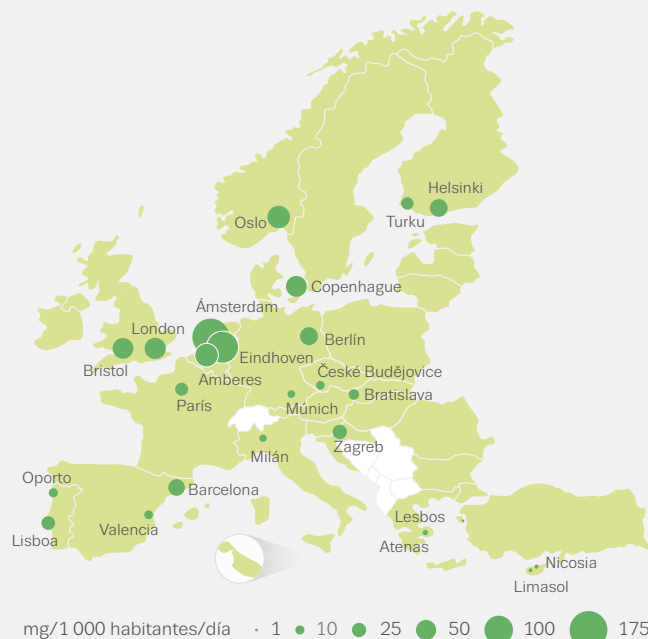
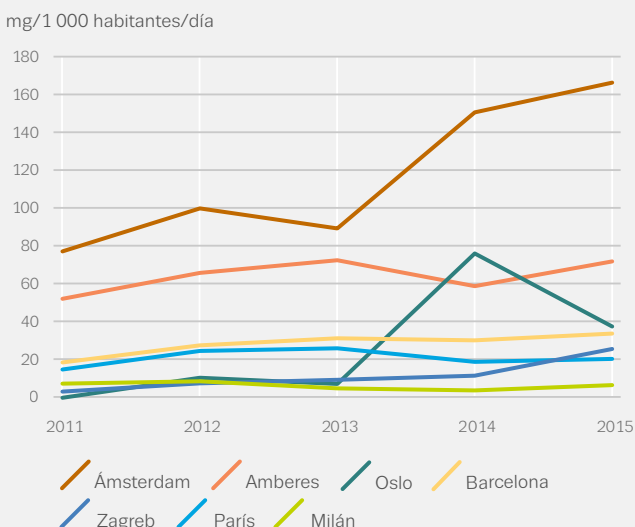
En los últimos años, las fuentes de vigilancia existentes en una serie de países indican la existencia de novedades en el mercado de la MDMA en Europa, como un aumento del consumo.

La mayoría de las encuestas europeas tradicionalmente han recopilado datos sobre el consumo de éxtasis, no de MDMA, pero esto está cambiando. Se estima que consumieron MDMA/éxtasis el último año 2,1 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) (el 1,7 % de este grupo de edad), oscilando las estimaciones nacionales entre menos del 0,3 % y el 5,5 %. Entre los jóvenes que consumieron MDMA el año pasado, la relación de hombres y mujeres fue de dos a uno.

Hasta hace poco, en muchos países, la prevalencia de la MDMA ha ido decayendo desde los niveles máximos alcanzados a mediados de los 2000. Pero parece que esta situación está cambiando. Los resultados entre los países que han realizado nuevas encuestas desde 2013 indican

GRÁFICO 2.5

Residuos de MDMA en aguas residuales en determinadas ciudades europeas: tendencias y datos más recientes



Nota: Cantidades diarias medias de MDMA en miligramos por 1 000 habitantes. Mapa: Se tomaron muestras en determinadas ciudades europeas durante una semana en 2015. Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

un aumento generalizado en Europa, con nueve países con estimaciones más altas y tres países con estimaciones más bajas que en las anteriores encuestas comparables. En los casos en los que existen datos para realizar un análisis más profundo de las tendencias del consumo de MDMA entre jóvenes adultos el año pasado, se observan aumentos en algunos países desde 2010. Bulgaria, Finlandia y Francia mantuvieron tendencias ascendentes a largo plazo durante este período, mientras que en el Reino Unido la interrupción de la tendencia descendente en 2011/12 vino seguida de aumentos estadísticamente significativos (gráfico 2.4). Países Bajos notificó una prevalencia del 5,5 % en 2014, aunque este dato no es directamente comparable con encuestas anteriores.

Un análisis de varias ciudades realizado en 2015 reveló que las cargas más altas de MDMA en las aguas residuales se encontraron en ciudades de Bélgica y Holanda (gráfico 2.5). En la mayoría de las ciudades, las cargas de MDMA en las aguas residuales fueron mayores en 2015 que en 2011, observándose agudos incrementos en algunas ciudades que podrían estar relacionados con el aumento de la pureza de la MDMA o con el aumento de la disponibilidad y el consumo de la droga.

La MDMA suele consumirse con otras sustancias, como el alcohol. Generalmente, las encuestas de jóvenes que suelen acudir a eventos nocturnos indican niveles superiores de consumo de drogas en comparación con la

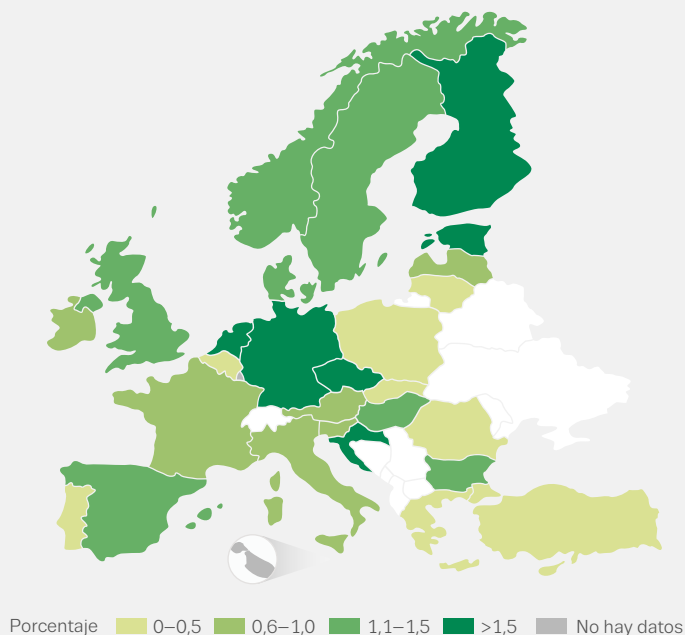
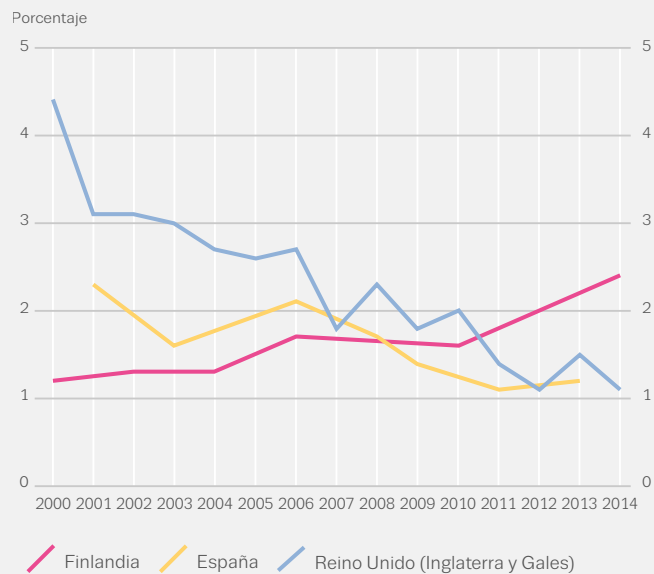
población general. Esta circunstancia es particularmente cierta en el caso de la MDMA, que siempre ha estado muy vinculada a los ambientes nocturnos y especialmente a la música electrónica. Los datos actuales indican que en algunos países con mayor prevalencia, el consumo de MDMA ya no es minoritario ni se trata de una droga subcultural; no se limita a fiestas y discotecas, sino que la consume una amplia variedad de jóvenes en todo tipo de ambientes nocturnos, como bares y fiestas organizadas en casas.

El consumo de MDMA rara vez se notifica como motivo para iniciar un tratamiento de drogodependencia. En 2014, menos de 1 % (casi 800 casos) de los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez lo hicieron por problemas con la MDMA.

La MDMA suele consumirse con otras sustancias

GRÁFICO 2.6

Prevalencia del consumo de anfetaminas en el año anterior entre los adultos jóvenes (15-34): tendencias estadísticamente significativas y datos más recientes



Consumo de anfetaminas: tendencias nacionales divergentes

En Europa se consumen anfetamina y metanfetamina, dos estimulantes estrechamente relacionados, aunque es mucho mayor la disponibilidad del primero de ellos. El consumo de metanfetamina ha estado históricamente restringido a la República Checa y, más recientemente, a Eslovaquia, aunque en los últimos años se han detectado signos de aumento del consumo en otros países. En algunos conjuntos de datos resulta imposible distinguir entre estas dos sustancias, en cuyo caso se utiliza el término genérico anfetaminas.

Ambas drogas se pueden consumir por vía oral o nasal; además, entre los consumidores de alto riesgo de algunos países también es habitual el consumo por vía parenteral. La metanfetamina también puede consumirse por inhalación del humo, pero esta vía de administración no suele notificarse en Europa.

Aproximadamente 1,3 millones (1,0 %) de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) consumieron anfetaminas durante el año pasado, y las estimaciones de prevalencia nacionales más recientes oscilan entre el 0,1 % y el 2,9 %. Los datos disponibles indican que desde aproximadamente el año 2000, la mayoría de los países europeos han experimentado una situación relativamente estable con respecto a las tendencias en el consumo. De los países que han realizado encuestas desde 2013, siete notificaron

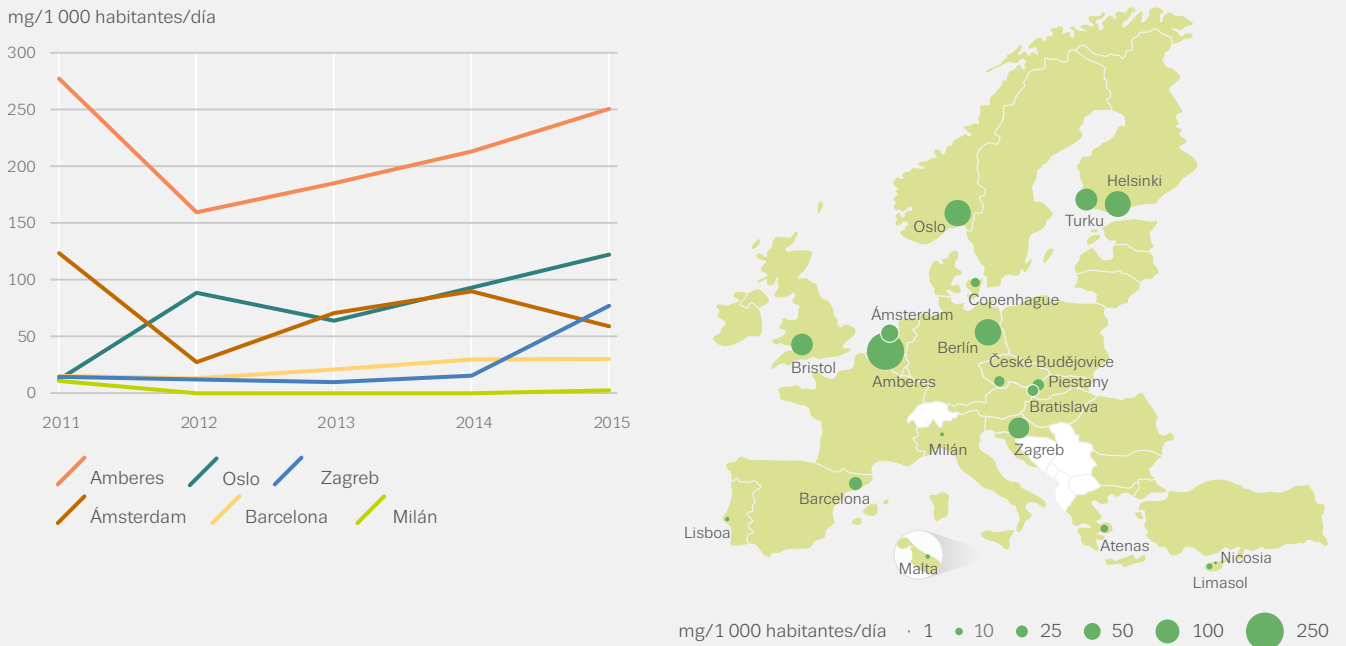
estimaciones más altas, una notificó una tendencia estable y cuatro notificaron estimaciones más bajas que en las anteriores encuestas comparables. Países Bajos notificó recientemente una prevalencia del 2,9 % entre los adultos jóvenes, aunque este dato no es comparable con encuestas anteriores.

En un pequeño número de países en los que es posible analizar tendencias estadísticamente significativas a más largo plazo, tanto España como el Reino Unido mostraron un descenso de la prevalencia desde el año 2000 (gráfico 2.6). Por el contrario, Finlandia ha mostrado un aumento continuo de la prevalencia durante el mismo período y en la actualidad registra uno de los niveles más altos de Europa.

El análisis de las aguas residuales municipales realizado en 2015 detectó niveles apreciables de anfetaminas en varias ciudades de Europa. Las cargas máxicas de anfetamina variaron considerablemente y los niveles más elevados se notificaron en ciudades del norte de Europa (véase el gráfico 2.7). En las ciudades del sur de Europa se detectaron niveles mucho más bajos de anfetamina. Las cargas máxicas de metanfetamina más altas se detectaron en ciudades de la República Checa, Eslovaquia y Noruega. En general, los datos de 2011 a 2015 mostraron tendencias relativamente estables para ambas drogas.

GRÁFICO 2.7

Residuos de anfetamina en aguas residuales en determinadas ciudades europeas: tendencias y datos más recientes



Nota: Cantidades diarias medias de anfetamina en miligramos por 1 000 habitantes. Mapa: Se tomaron muestras en determinadas ciudades europeas durante una semana en 2015. Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Tratamiento de consumidores de anfetamina: aumento de la demanda

Los problemas relacionados con el consumo de anfetamina prolongado, crónico o por vía parenteral han sido tradicionalmente más evidentes en los países del norte de Europa. En contraste, los problemas a largo plazo con la metanfetamina han sido más evidentes en la República Checa y Eslovaquia. Las estimaciones recientes del consumo de metanfetamina de alto riesgo están disponibles para la República Checa y Chipre. En la República Checa, el consumo de metanfetamina de alto riesgo entre adultos (de 15 a 64 años) se estimó en el 0,51 % en 2014, con un notable aumento del consumo, principalmente por vía parenteral, observado entre 2007 y 2014 (de 20 000 a más de 36 000). La estimación para Chipre es del 0,02 % o de 127 consumidores en 2014. En el caso de Noruega, el consumo de anfetamina y metanfetamina de alto riesgo en 2013 se estima en el 0,33 % o en 11 200 adultos. Los consumidores de anfetaminas probablemente constituyen la mayoría de los 2177 consumidores de estimulantes de alto riesgo (0,17 %) estimados notificados por Letonia, desde los 6540 (0,46 %) notificados en 2010.

Algunos países siguen notificando consumo de metanfetamina por vía parenteral junto con otros estimulantes y GHB (gamma-hidroxibutirato) entre pequeños grupos de hombres que mantienen relaciones

sexuales con hombres. Estas prácticas de sexo y drogas son motivo de preocupación debido a la combinación de conductas de riesgo tanto en el consumo de drogas como en las prácticas sexuales.

Unos 32 000 consumidores que iniciaron tratamiento de drogodependencia especializado en Europa en 2014 citaron las anfetaminas como droga principal, de los cuales unos 13 000 recibían tratamiento por primera vez. Los consumidores de anfetamina como droga principal representan una proporción considerable de los pacientes que inician tratamiento por primera vez en Bulgaria, Alemania, Letonia, Hungría, Polonia y Finlandia. Los consumidores que inician tratamiento por consumo de metanfetamina como droga principal se concentran en la República Checa y Eslovaquia; juntas representan casi el 95 % de los 8 700 consumidores de esta droga en Europa. En general, Europa ha registrado un crecimiento del 50 % del número de consumidores de anfetaminas como droga principal que inician tratamiento por primera vez desde 2006, debido principalmente a los aumentos registrados en Alemania y, en menor medida, en la República Checa.

Consumo de ketamina, GHB y alucinógenos

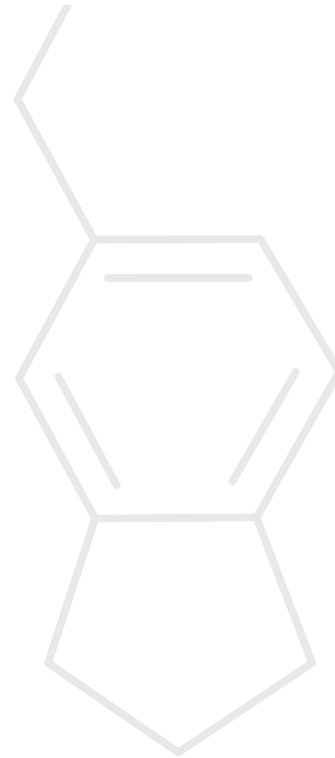
En Europa se utilizan otras sustancias con propiedades alucinógenas, anestésicas y sedantes, como LSD

(dietilamida del ácido lisérgico), ketamina, hongos alucinógenos, ketamina y GHB (gamma-hidroxibutirato).

El consumo recreativo de ketamina y de GHB (incluido su precursor GBL, gamma-butirolactona) se ha notificado entre subgrupos de consumidores de drogas en Europa durante las dos últimas décadas. 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 las encuestas más recientes, Países Bajos notificó una prevalencia del consumo de GHB del 0,4 % para adultos (de 15 a 64 años) el año pasado, Noruega notificó una prevalencia del 0,1 % (de 16 a 64 años) y Rumanía del 0,5 % en jóvenes adultos (de 15 a 34 años). Se han notificado niveles más altos de consumo de GHB y problemas relacionados con este entre grupos sociales concretos a escala urbana y local en algunos países, como Países Bajos, Noruega y el Reino Unido. La prevalencia del consumo de ketamina entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años) se estimó en el 0,3 % en Dinamarca y España el año pasado, y el Reino Unido notificó un consumo de ketamina del 1,6 % entre jóvenes de 16 a 24 años el año pasado, una tendencia estable desde 2008.

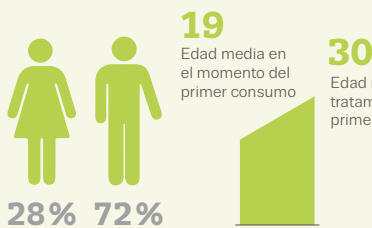
Los niveles de prevalencia general del consumo de LSD y hongos alucinógenos en Europa son generalmente bajos y estables desde hace varios años. Entre los jóvenes adultos (de 15 a 34 años), las encuestas nacionales revelaron

estimaciones de prevalencia de menos del 1 % para ambas sustancias el año pasado, con la excepción de Finlandia, que registró una prevalencia del 1,3 % para LSD y hongos alucinógenos, el Reino Unido (1 %), Países Bajos (1,3 %), Finlandia (1,9 %) y la República Checa (2,3 %).



CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS QUE INICIAN TRATAMIENTO

Características



Consumidores que inician tratamiento por primera vez

43%

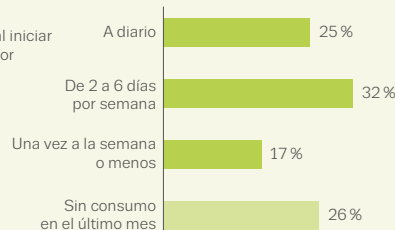


Consumidores que inician tratamiento tratados previamente

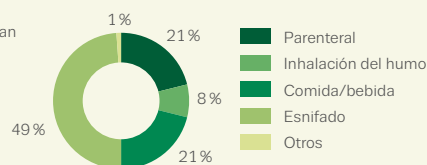
57%

Frecuencia de consumo en el último mes

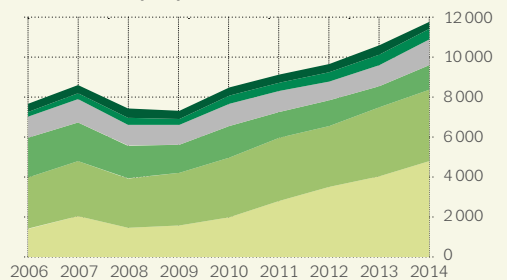
Consumo medio **3,9** días por semana



Vía de administración



Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



■ Alemania ■ Republica Checa ■ Reino Unido
■ Otros países ■ Eslovaquia ■ Países Bajos

Nota: Los países comprendidos varían en función del indicador. Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo las anfetaminas la droga principal.

Consumo de drogas nuevas

Los resultados del Eurobarómetro flash sobre jóvenes y drogas de 2014, una encuesta telefónica de 13 128 adultos jóvenes de 15 a 24 años de edad de los 28 Estados miembros, arrojan algo de luz sobre el consumo de drogas nuevas. Aunque se trata principalmente de una encuesta sobre actitudes, el Eurobarómetro incluye una pregunta sobre el consumo de «sustancias que imitan los efectos de drogas ilegales». En la actualidad, estos datos representan la única fuente de información de toda la UE al respecto, aunque por motivos metodológicos se requiere precaución en la interpretación de los resultados. En general, el 8 % de los encuestados indicó que, en algún momento de su vida, había consumido estas sustancias, y un 3 % afirmó haberlas tomado en el último año. Esto representa un aumento con respecto al 5 % que afirmó haberlas consumido en algún momento de su vida en una encuesta similar en 2011. De los que confirmaron su consumo en el último año, el 68 % habían conseguido la sustancia a través de un amigo.

Cada vez son más los países que incluyen nuevas sustancias psicotrópicas en sus encuestas de población generales, aunque las divergencias existentes en los métodos y las preguntas limitan la comparabilidad de los resultados entre países. Desde 2011, 11 países europeos han notificado estimaciones nacionales de consumo de nuevas sustancias psicotrópicas (sin incluir la ketamina ni el GHB). Para el grupo de edad cubierto en el estudio Eurobarómetro flash, el de adultos jóvenes (de 15 a 24 años), la prevalencia del consumo de estas sustancias el año pasado osciló entre el 0,0 % en Polonia y el 9,7 % en Irlanda. Se dispone de datos de la encuesta del Reino Unido (Inglaterra y Gales) sobre el consumo de mefedrona. En la encuesta más reciente (2014/15), la estimación del consumo de esta droga entre jóvenes de 16 a 24 años fue del 1,9 %; esta cifra fue la misma que en la encuesta anterior, pero inferior al 4,4 % registrado en 2010/11, antes de la introducción de medidas de control. En 2014, una encuesta realizada en Finlandia estimó el consumo de catinonas sintéticas entre los jóvenes de 15 a 24 años el año pasado en el 0,2 %, mientras que en Francia el 4 % de los jóvenes de entre 18 y 34 años afirmó haber fumado cannabinoides sintéticos alguna vez.

Consumidores de heroína: demanda estable de tratamiento

El opioide ilegal más consumido en Europa es la heroína, que puede fumarse, esnifarse o administrarse por vía parenteral. También se ha observado un consumo abusivo de otros opioides sintéticos, como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo.

La prevalencia media del consumo de opioides de alto riesgo entre adultos (de 15 a 64 años) se estima en el 0,4 %, lo que supone 1,3 millones de consumidores de alto riesgo en Europa en 2014. A escala nacional, las estimaciones de prevalencia de este tipo de consumo varían entre menos de 1 y aproximadamente 8 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad (gráfico 2.8). Aproximadamente el 75 % de los consumidores de opioides de alto riesgo de la Unión Europea se concentra en el Reino Unido, Francia, Italia, Alemania y España. De los 11 países con estimaciones sistemáticas de consumo de opioides de alto riesgo entre 2008 y 2014, España y Turquía muestran un descenso estadísticamente significativo, con tendencias estables en los otros países (gráfico 2.8).

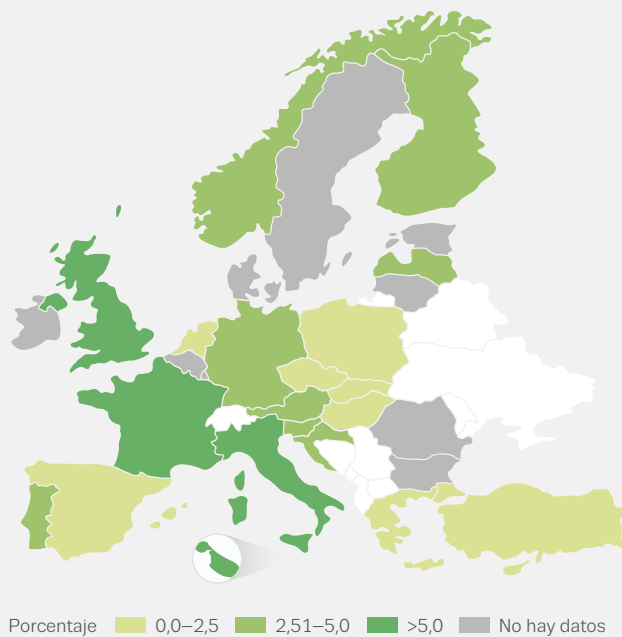
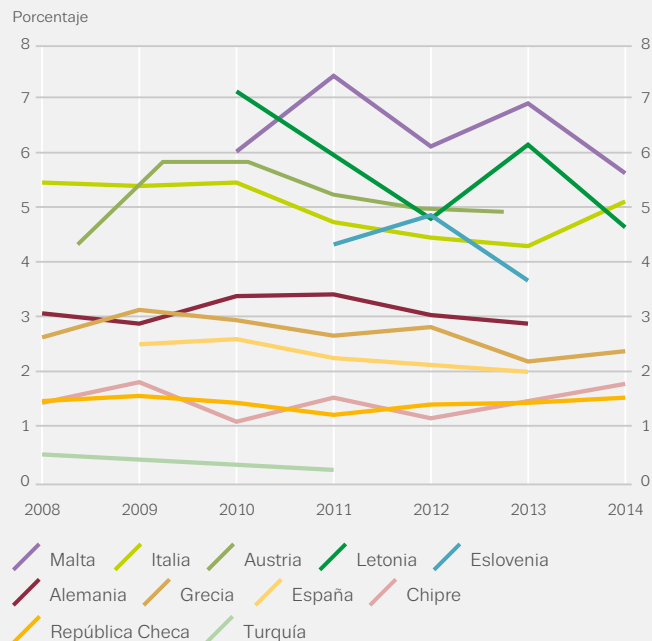
En Europa ha habido varias oleadas de adicción a la heroína, en particular una primera que afectó a muchos países de la parte occidental desde mediados de la década de los 70 en adelante y una segunda que afectó a otros países, especialmente lo de la parte central y oriental entre mediados y finales de la década de los 90. Posteriormente, en algunos países se ha producido una difusión desde los centros urbanos a zonas más rurales y poblaciones más pequeñas. A partir de 2010/11, los indicadores de muchos países europeos señalaron un descenso de nuevos consumidores de heroína y la existencia de un grupo envejecido de consumidores de alto riesgo, muchos de los cuales estaban recibiendo tratamiento de sustitución. Los datos más recientes apuntan a que la tendencia descendente de consumidores que inician tratamiento por primera vez se puede estar estabilizando.

De los 185 000 consumidores de opioides como droga principal que iniciaron tratamiento especializado en

El opioide ilegal más consumido en Europa es la heroína

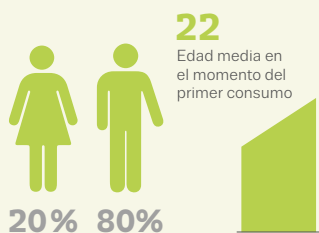
GRÁFICO 2.8

Estimaciones nacionales de la prevalencia en el último año del consumo de opioides de alto riesgo: tendencias seleccionadas y datos más recientes



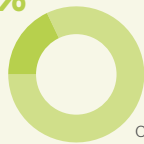
CONSUMIDORES DE HEROÍNA QUE INICIAN TRATAMIENTO

Características



Consumidores que inician tratamiento por primera vez

18%

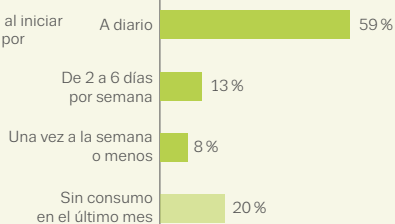


Consumidores que inician tratamiento tratados previamente

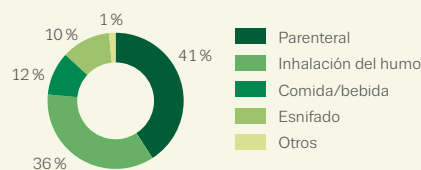
82%

Frecuencia de consumo en el último mes

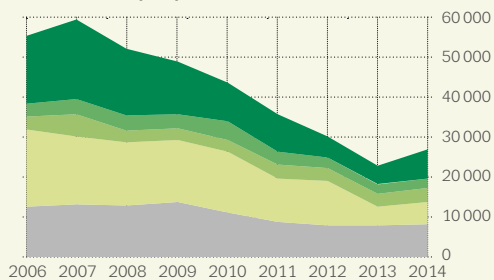
Consumo medio 5,8 días por semana



Vía de administración



Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez

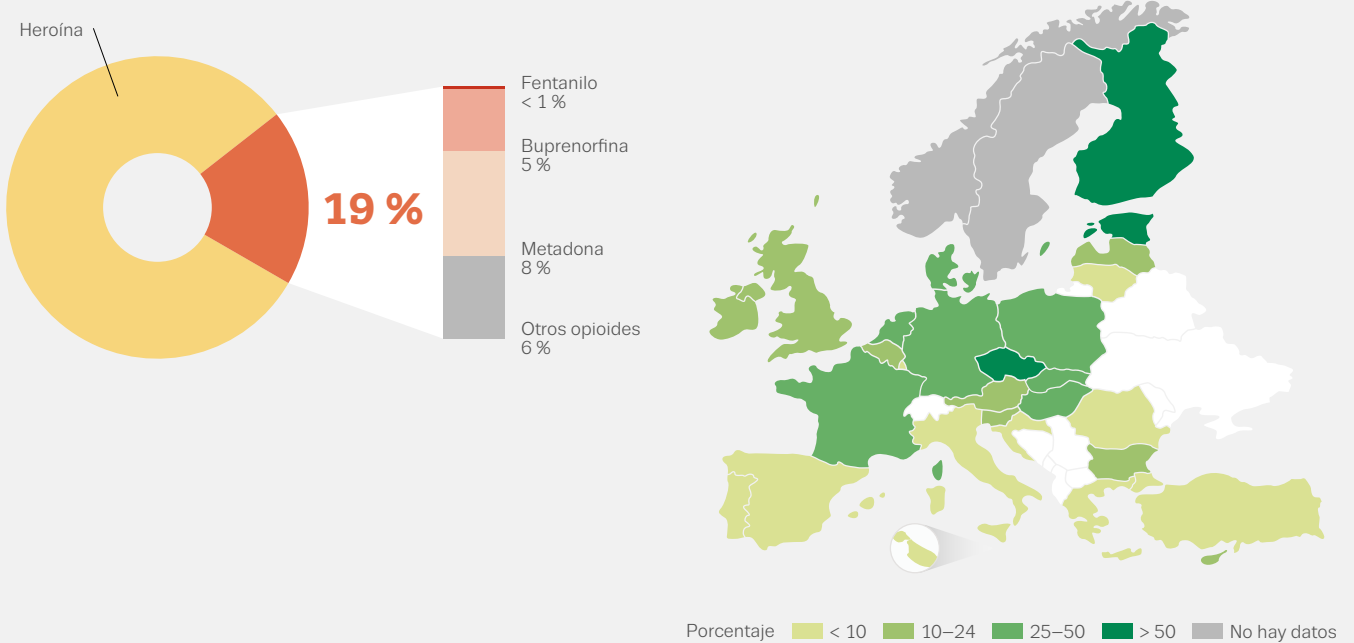


Otros países; Reino Unido; Alemania; España; Italia

Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo la heroína la droga principal. Debido a los cambios en el flujo de datos a escala nacional, los datos de Italia de 2014 no son directamente comparables con los de años anteriores.

GRÁFICO 2.9

Consumidores que inician tratamiento siendo los opioides la droga principal: por tipos de opioides (izquierda) y porcentaje notificado de opioides diferentes a la heroína (derecha)



Europa, 34 000 lo hacían por primera vez. El número de consumidores de heroína que inician tratamiento por primera vez se ha reducido a menos de la mitad de los 59 000 registrados en 2007, año en que representaban el 36 % de todos los pacientes nuevos, hasta los 23 000 en 2013 (16 % de los pacientes nuevos). Esta tendencia parece haberse estabilizado. En los últimos datos, 17 países notificaron un número estable o decreciente de nuevos pacientes consumidores de heroína, mientras que 9 notificaron un aumento.

Opioides sintéticos: una preocupación en alza

Aunque la heroína es el opioide más consumido, aumenta el consumo de opioides sintéticos. En 2014, 18 países europeos notificaron que más del 10 % de los consumidores de opioides que iniciaron un tratamiento especializado presentaba problemas relacionados principalmente con opioides distintos de la heroína; 11 países notificaron un aumento en 2013 (gráfico 2.9). Estos opioides incluían la metadona, la buprenorfina, el fentanilo, la codeína, la morfina, el tramadol y la oxycodona. En algunos países, los opioides distintos de la heroína son ahora los opioides más consumidos entre los pacientes que inician tratamiento. En Estonia, por ejemplo, la mayoría de quienes iniciaron tratamiento por un opioide como droga principal tomaban fentanilo, mientras que en Finlandia y en la República Checa, la buprenorfina es el opioide distinto de la heroína sujeto a un consumo más abusivo.

Aumenta el consumo de opioides sintéticos

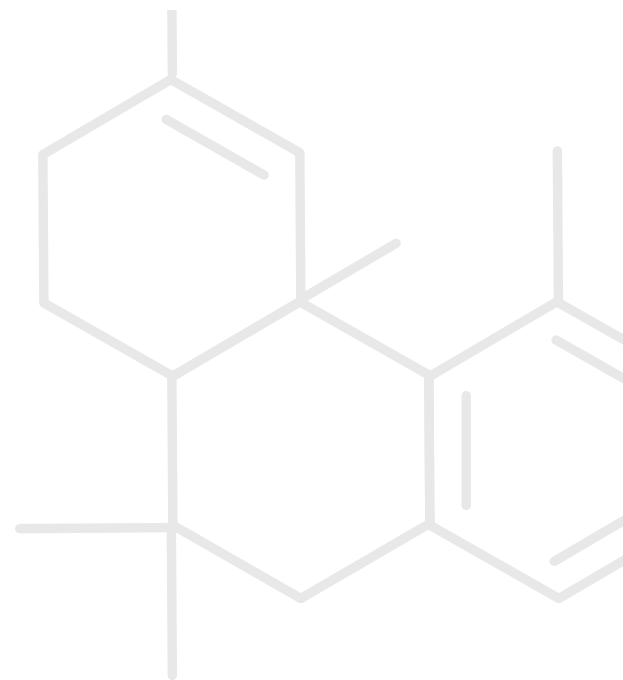
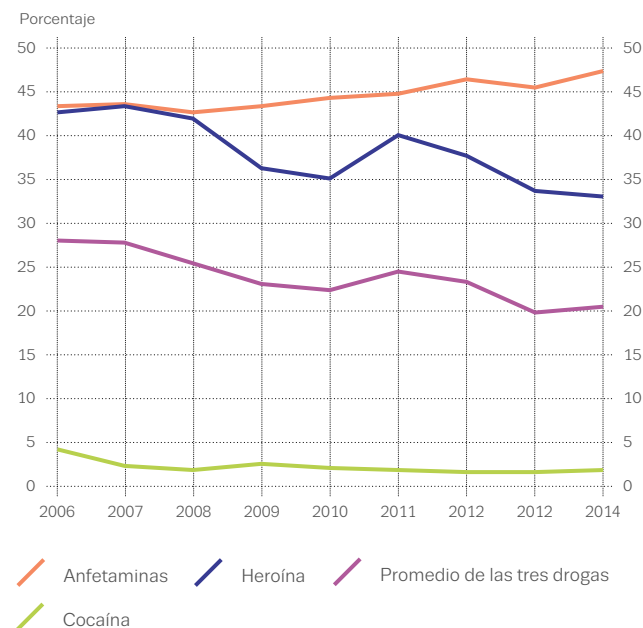


GRÁFICO 2.10

Consumo de drogas por vía parenteral: disminución del consumo de heroína

El consumo de drogas por vía parenteral suele asociarse a los opioides, aunque en algunos países esta vía es frecuente para el consumo de anfetaminas o cocaína. La administración por vía parenteral de catinonas sintéticas, aunque no es un fenómeno muy extendido, continúa notificándose en determinadas poblaciones, como los consumidores de opioides inyectables, los pacientes en tratamiento de drogodependencia en determinados países y pequeñas poblaciones de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Se dispone de estimaciones recientes de la prevalencia de la administración de drogas por vía parenteral en 16 países, en los que las cifras oscilan desde menos de uno hasta más de 9 casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años.

Entre los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez en 2014 que indican la heroína como droga principal, el 33 % señaló la vía parenteral como principal vía de administración, lo que supuso una reducción desde el 43 % de 2006 (gráfico 2.10). En este grupo, los niveles de administración varían según los países, del 11 % en España a más del 90 % en Letonia y Rumanía. Entre los consumidores que inician tratamiento por primera vez que indican las anfetaminas como droga principal, el 47 % señaló la vía parenteral como principal vía de administración, lo que supuso un ligero aumento global desde 2006. Más del 70 % de los integrantes de este grupo proceden de la República Checa y son consumidores de metanfetamina. Si tomamos las tres principales drogas administradas por vía parenteral, entre los consumidores que inician tratamiento por primera vez en Europa, la vía parenteral como principal vía de administración se redujo del 28 % en 2006 al 20 % en 2014.

Consumidores que inician tratamiento por primera vez y notifican la vía parenteral como principal vía de administración de su droga principal

El consumo de drogas por vía parenteral suele asociarse a los opioides

MÁS INFORMACIÓN

Publicaciones del EMCDDA

2016

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe’s MDMA/ecstasy market, Rapid communication.

2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk drug users, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, 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.

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.

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

3

**El consumo de drogas ilegales
es un factor reconocido
que contribuye a la carga
de morbilidad global**

Daños relacionados con las drogas y respuestas aplicadas

El consumo de drogas ilegales es un factor reconocido que contribuye a la carga de morbilidad global. Existen problemas de salud crónicos y agudos asociados al consumo de drogas ilegales, agravados por varios factores, como la vía de administración, la vulnerabilidad individual y el contexto social en el que se realiza el consumo. Entre los problemas crónicos se cuentan la dependencia y la aparición de enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas, mientras que existen daños agudos, algunos de los cuales dependen de la droga consumida, siendo la sobredosis el más documentado. Aunque es relativamente raro, el consumo de opioides aún es responsable de gran parte de la morbilidad asociada al consumo de drogas. El consumo de drogas por vía parenteral conlleva riesgos altos. En comparación, aunque los problemas de salud relacionados con el cannabis son claramente menores, la alta prevalencia del consumo de esta droga puede tener implicaciones para la salud pública. En cuanto a las nuevas sustancias psicotrópicas, resulta difícil comentar los

daños asociados a su consumo debido tanto al gran número de estas sustancias como a la falta de información sobre ellas.

Vigilancia de los daños relacionados con las drogas y las respuestas aplicadas

Las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas y la morbilidad asociada a su consumo son los principales daños objeto de vigilancia sistemática por el EMCDDA. Esta vigilancia se complementa con datos más limitados sobre visitas a hospitales por daños relacionados con las drogas y datos del Sistema de alerta rápida de la UE, que supervisa los daños asociados a nuevas sustancias psicotrópicas. A través de Internet se puede obtener más información en Key epidemiological indicators (Principales indicadores epidemiológicos), Statistical Bulletin (Boletín estadístico) y el Sistema de alerta rápida.

Los puntos focales nacionales de la red Reitox y grupos de trabajo de expertos ofrecen información sobre las respuestas sanitarias y sociales al consumo de drogas. Evaluaciones de expertos aportan información complementaria sobre la disponibilidad de las intervenciones, 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 y en Best practice portal.

Los métodos de prevención e intervención temprana pretenden evitar el consumo de drogas y los problemas asociados, mientras que el tratamiento de la drogodependencia, tanto desde la perspectiva psicosocial como farmacológica, representa la principal respuesta a la dependencia. Algunas intervenciones básicas, como el tratamiento de sustitución de opioides y los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, se han desarrollado en parte como una respuesta al consumo de drogas por vía parenteral y los problemas de este, especialmente el contagio de enfermedades infecciosas y las muertes por sobredosis.

Daños producidos por el cannabis: información procedente de nuevas investigaciones

Aunque las investigaciones señalan a menudo la existencia de un vínculo entre el consumo de drogas y determinados daños, la causalidad resulta más difícil de demostrar. Los daños asociados al cannabis, la droga más consumida de Europa, pueden tener un impacto a escala poblacional. Un reciente estudio internacional (OMS) analizó las pruebas de esos daños. Concluyó que, a pesar de la dificultad de establecer la relación causal entre el consumo de la droga y las consecuencias sanitarias y sociales, podían deducirse algunas asociaciones a partir de estudios observacionales. Atendiendo a los acontecimientos adversos del consumo de cannabis a largo plazo, los consumidores habituales y antiguos tenían el doble de riesgo de presentar síntomas y trastornos psicóticos, y un mayor riesgo de desarrollar problemas respiratorios y síndrome de dependencia. El consumo habitual en la adolescencia estaba ligado a un aumento del riesgo de esquizofrenia, y si se prolongaba hasta la edad adulta, parecía estar asociado a deterioro intelectual. No obstante, puede ser importante el papel de las condiciones de salud mental y somática preexistentes y otras variables de confusión, por lo que este tema merece un estudio más detallado.

Prevención: programas basados en la familia

El consumo de cannabis por los jóvenes, normalmente acompañado de alcohol y tabaco, es uno de los focos de las estrategias de prevención en Europa. La prevención del consumo de drogas y los problemas asociados entre jóvenes engloba un amplio abanico que enfoques. 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.

Muchas actividades de prevención de la drogodependencia se realizan en contextos escolares, donde existe una base probatoria relativamente sólida para la aplicación de algunos enfoques. Asimismo, las intervenciones destinadas a la familia han sido valoradas positivamente en la prevención de una serie de conductas problemáticas, entre ellas el consumo de drogas.

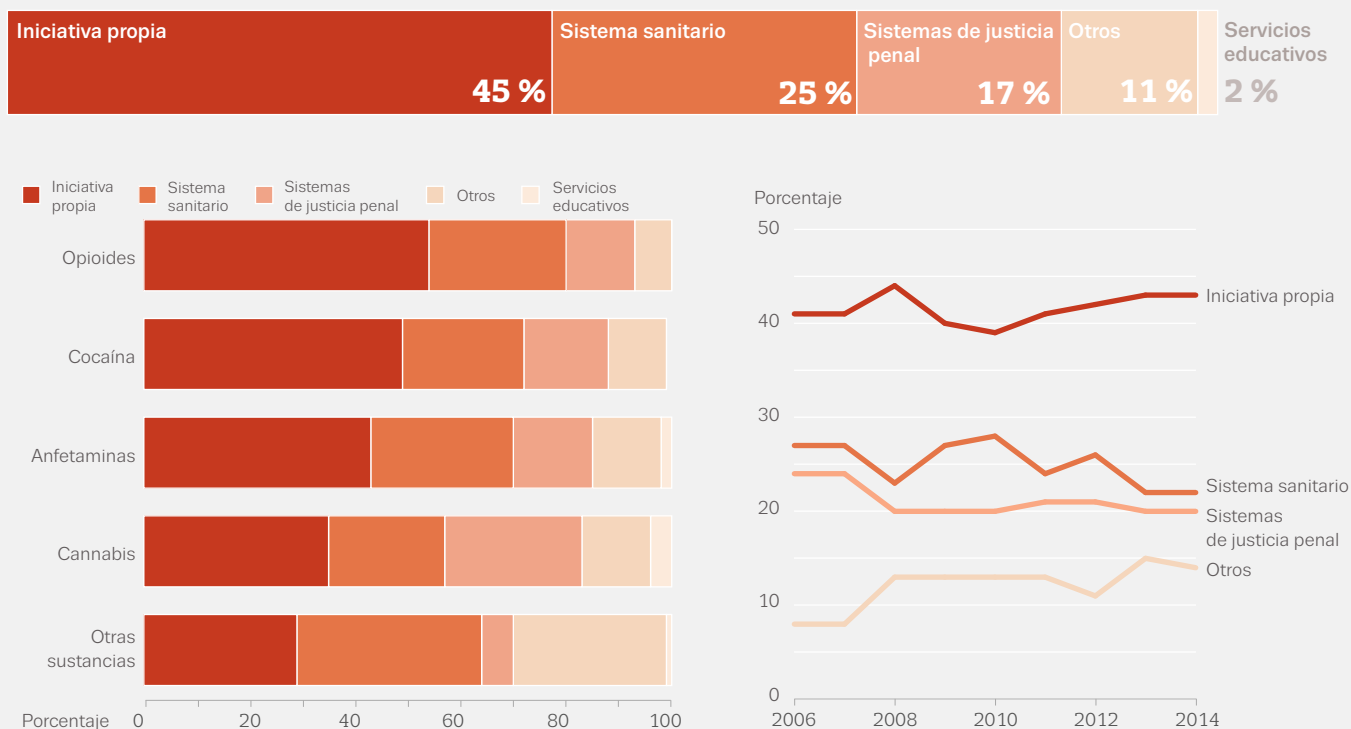
Los programas de prevención basados en la familia normalmente enseñan a los padres a ayudar a sus hijos a obtener resultados de desarrollo ajustados a la edad (como el control de los impulsos, la competencia social y la postergación de la gratificación) y asociados a la reducción del riesgo de consumo de sustancias y otros problemas de conducta. La prevención universal basada en la familia está destinada a todas las familias de la población, centrándose las intervenciones en distintas etapas del desarrollo del niño, mientras que los programas selectivos atienden a las familias marginadas y vulnerables, incluidas las afectadas por problemas de consumo de sustancias por parte de los progenitores. Aunque en la mayoría de los países existen intervenciones de prevención destinadas a familias vulnerables, las evaluaciones de los expertos de 2013 indican que su alcance es a menudo limitado.

Se sabe relativamente poco sobre el contenido de muchas intervenciones basadas en la familia. Una excepción es el programa Strengthening Families, que imparte formación sobre habilidades parentales y ya se ha aplicado en 13 países europeos. Este programa, recomendado en todo el mundo, también pretende eliminar los obstáculos para la participación de progenitores vulnerables mediante la dotación de servicios de transporte y de cuidado de niños.

Muchas actividades de prevención de la drogodependencia se realizan en contextos escolares

GRÁFICO 3.1

Fuente de derivación de pacientes que iniciaron tratamiento de drogodependencia especializado en Europa en 2014



Nota: El término «sistema de justicia penal» incluye los tribunales, la policía y el servicio de libertad vigilada; El término «sistema sanitario» incluye los médicos de familia, otros centros de tratamiento de la drogodependencia y los servicios sanitarios, médicos y sociales; El término «iniciativa propia» incluye la iniciativa del propio paciente, de familiares o amigos. En el gráfico de tendencias, las derivaciones a través de los servicios educativos se incluyen en «Otros».

Asimismo, se han desarrollado enfoques nuevos limitados en el tiempo y cuya aplicación requieren menos recursos. El programa EFFEKT, por ejemplo, compuesto por varias sesiones breves, ha demostrado que la mejora de la vigilancia parental y el establecimiento de reglas pueden ser recursos efectivos para refrenar el consumo de alcohol y mejorar el control de los impulsos entre los jóvenes de Países Bajos y Suecia.

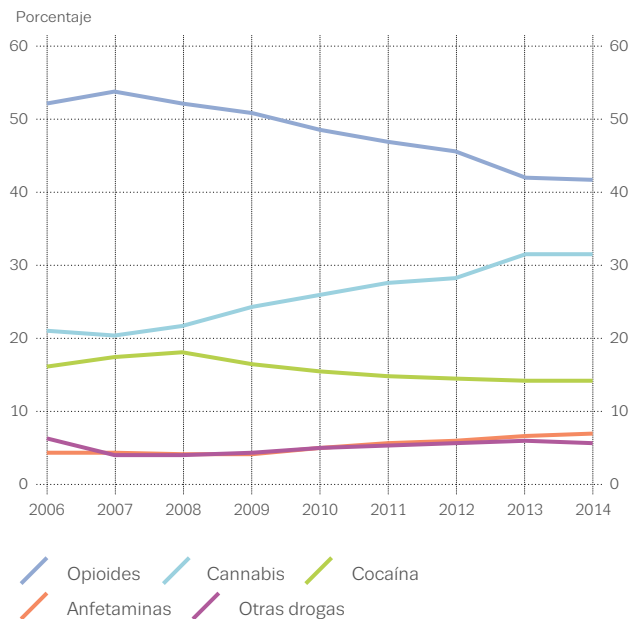
Tratamiento especializado: vías de derivación

La principal intervención para el número relativamente pequeño pero significativo de personas que sufren problemas con el consumo de drogas, incluida la dependencia, es el tratamiento de la drogodependencia. Uno de los principales objetivos de cualquier política debe ser garantizar un buen acceso a los servicios de tratamiento adecuados.

La información sobre las vías seguidas por cada persona en el tratamiento de la drogodependencia se obtiene a través de datos sobre las fuentes de derivación. En 2014, el 45 % de los pacientes que iniciaron un tratamiento de la drogodependencia en Europa lo hicieron por iniciativa propia o por recomendación de un familiar, aunque esto varía según la droga (véase el gráfico 3.1) y el país. En total, una cuarta parte de los pacientes que iniciaron tratamiento fueron derivados desde los servicios sanitarios y el 17 % desde el sistema de justicia penal. De todos los pacientes que iniciaron tratamiento derivados desde el sistema de justicia penal, el grupo más numeroso fue el de consumidores de cannabis. En Hungría, casi las tres cuartas partes (74 %) de las derivaciones procedieron de esta fuente. Las tendencias globales de las fuentes de derivación se han mantenido muy estables entre 2006 y 2014.

GRÁFICO 3.2

Tendencias en el porcentaje de consumidores que recibieron tratamiento de drogodependencia especializado, por drogas principales



En algunos países, existen planes para excluir de la justicia penal a los delincuentes relacionados con las drogas e integrarlos en programas de tratamiento de la drogodependencia. Para ello puede ser necesaria una orden judicial que imponga el tratamiento o la suspensión de la condena a cambio de tratamiento, pero en algunos países este alejamiento también es posible en fases tempranas.

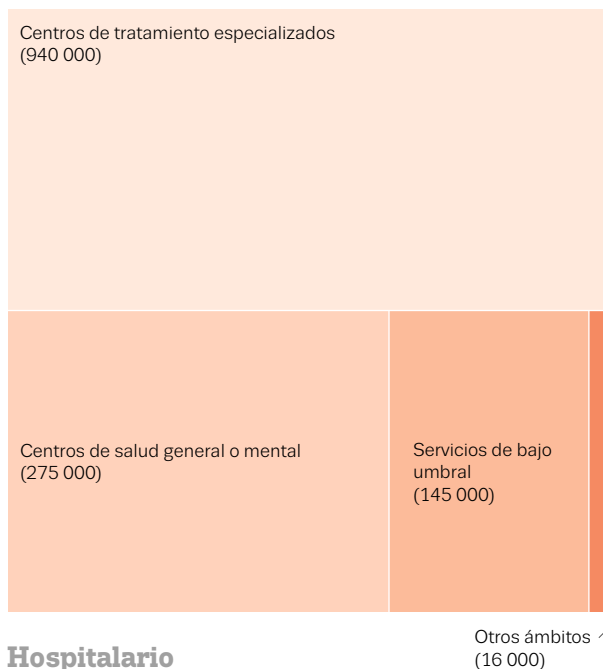
Tratamiento de la drogodependencia: más habitual en ámbitos ambulatorios

Aproximadamente 1,2 millones de personas recibieron tratamiento por consumo de drogas ilegales en la Unión Europea en 2014 (1,5 millones incluyendo Noruega y Turquía). Los consumidores de opioides representan el grupo más numeroso que se somete a tratamiento especializado y consumen la mayor cantidad de los recursos de tratamiento disponibles, principalmente en forma de tratamiento de sustitución. Los consumidores de cannabis y de cocaína constituyen el segundo y tercer grupo más numerosos que recurren a estos servicios (gráfico 3.2), siendo las intervenciones psicosociales la principal modalidad terapéutica en estos pacientes. Sin embargo, las diferencias entre países pueden ser muy grandes, ya que los consumidores de opioides representan hasta un 88 % de los que inician tratamiento en algunos países y menos del 10 % en otros.

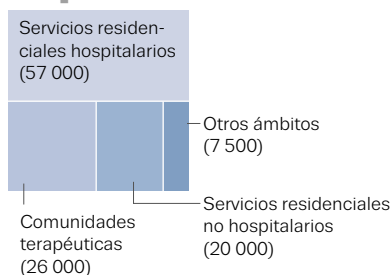
GRÁFICO 3.3

Número de consumidores que recibieron tratamiento de drogodependencia en Europa en 2014, por ámbitos

Ambulatorio



Hospitalario



Centros penitenciarios

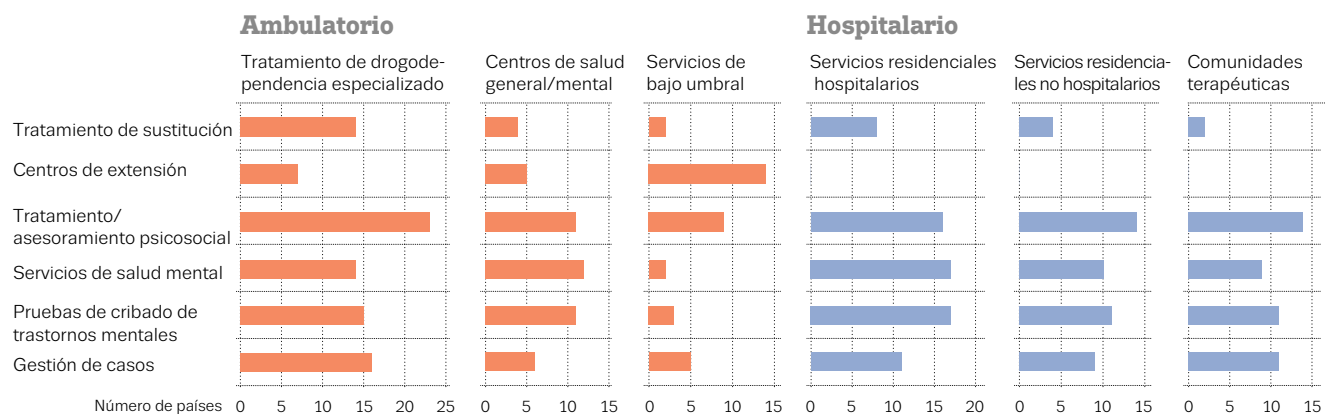
(32 000)

La mayoría de los tratamientos de drogodependencia de Europa se prestan en régimen ambulatorio, siendo los centros especializados los mayores proveedores en términos del número de toxicómanos tratados (gráfico 3.3). El segundo lugar lo ocupan los centros de salud. Entre ellos se incluyen las consultas de médicos de familia, que prescriben el tratamiento de sustitución de opioides en algunos países importantes, como Alemania y Francia. En el resto de los países, como Eslovenia y Finlandia, los centros de salud mental pueden desempeñar un papel esencial en la administración de tratamiento ambulatorio.

Una proporción más pequeña del tratamiento de la drogodependencia se presta, por otra parte, en entornos hospitalarios, como centros hospitalarios (por ejemplo, hospitales psiquiátricos), comunidades terapéuticas y centros de tratamiento residenciales especializados. La importancia respectiva de la prestación ambulatoria y la hospitalaria en los sistemas de tratamiento nacionales varía enormemente de unos países a otros. La opinión de

GRÁFICO 3.4

Resumen de alta disponibilidad (>75 %) de determinadas intervenciones, por ámbitos (evaluaciones de expertos)



los expertos puede ofrecer una perspectiva de la disponibilidad de las intervenciones elegidas en distintos ámbitos de tratamiento en Europa (véase el gráfico 3.4).

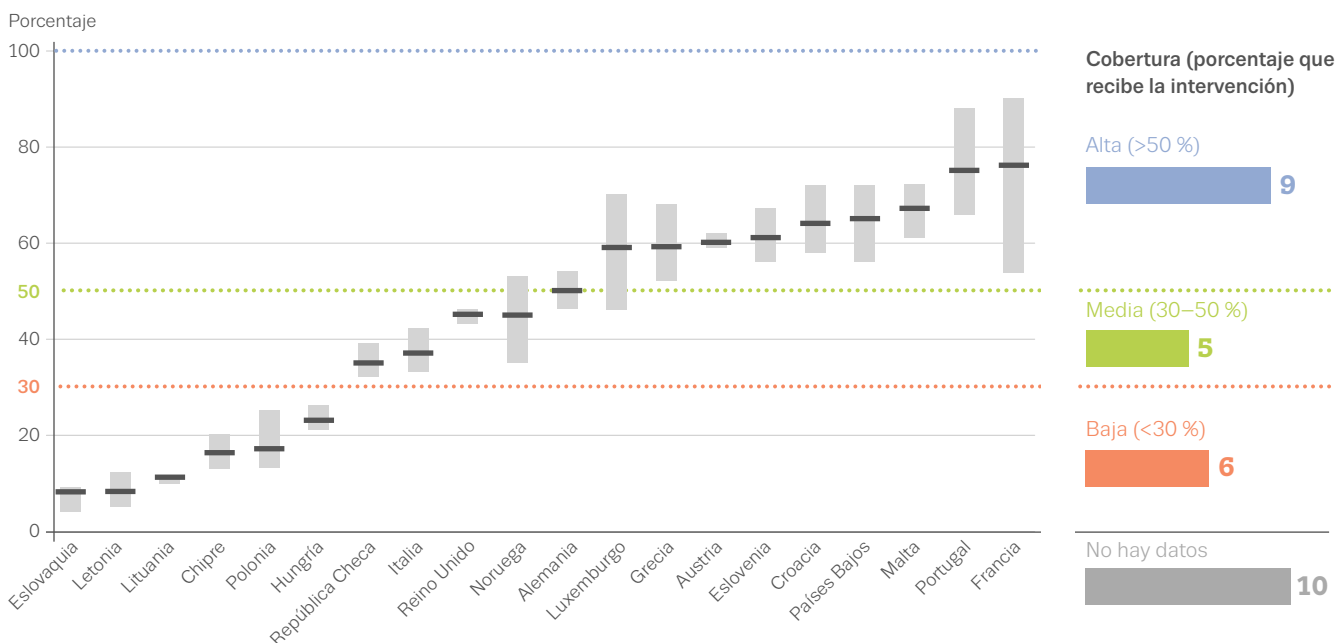
Cada vez es más frecuente la prestación de servicios de prevención y tratamiento a través de Internet. Estas intervenciones pueden ampliar el alcance y la cobertura geográfica de los programas de tratamiento para personas con problemas por el consumo de drogas que de otra forma no podrían acceder a servicios especializados.

Tratamiento de sustitución para los problemas de consumo de opioides

El tratamiento de sustitución, normalmente combinado con intervenciones psicosociales, es la modalidad terapéutica más frecuente en caso de dependencia de opioides en Europa. Este enfoque está respaldado por las pruebas disponibles, que muestran resultados positivos en lo que respecta a la continuidad del tratamiento, el consumo de opioides ilegales, las conductas de riesgo y la mortalidad y los daños relacionados con las drogas.

GRÁFICO 3.5

Porcentaje de consumidores de opioides de alto riesgo que reciben tratamiento de sustitución (estimación)

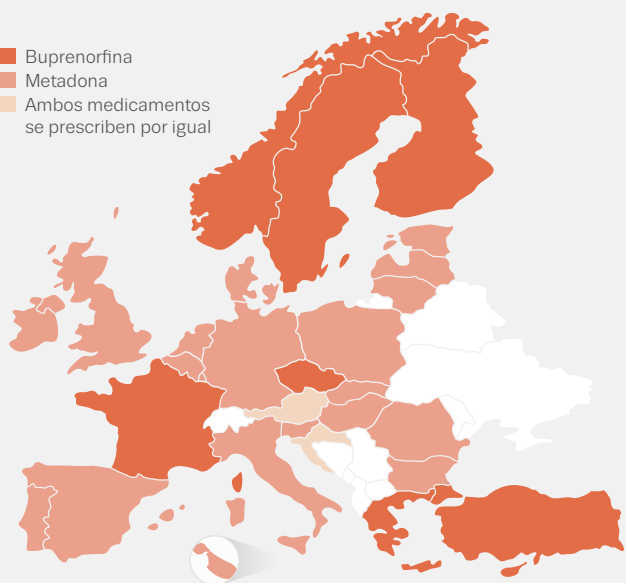


Nota: Los datos se presentan como estimaciones puntuales e intervalos de incertidumbre.

GRÁFICO 3.6

Medicamentos de sustitución de opioides principal prescritos

■ Buprenorfina
■ Metadona
■ Ambos medicamentos se prescriben por igual



La metadona es el medicamento de sustitución prescrito con mayor frecuencia

Aproximadamente 644 000 consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en la Unión Europea en 2014 (680 000, incluyendo Noruega y Turquía), y las cifras han descendido en 50 000 personas desde 2010. Las estimaciones de consumidores de opioides indicarían que, en total, reciben tratamiento de sustitución como mínimo el 50 %. Sin embargo, esta estimación debe tratarse con precaución por razones metodológicas y por la existencia de diferencias considerables entre países (gráfico 3.5).

La metadona es el medicamento de sustitución prescrito con mayor frecuencia, ya que se administra a 61 % de los consumidores tratados. El 37 % de los consumidores reciben medicamentos con buprenorfina, el principal fármaco de sustitución en siete países (gráfico 3.6). Se prescriben con mucha menos frecuencia otras sustancias, como la diacetilmorfina (heroína) o la morfina de liberación lenta, que reciben el 2 % de los pacientes en Europa.

Aunque sean menos comunes que el tratamiento de sustitución, hay opciones de tratamiento alternativas para los consumidores de opioides en todos los países europeos. En los nueve países para los que se dispone de datos, entre el 2 % y el 30 % de los consumidores de opioides sometidos a tratamiento recibe intervenciones que no comportan sustitución del opioide (gráfico 3.7).



GRÁFICO 3.7

Ajuste de la prestación de tratamiento a las necesidades de los pacientes

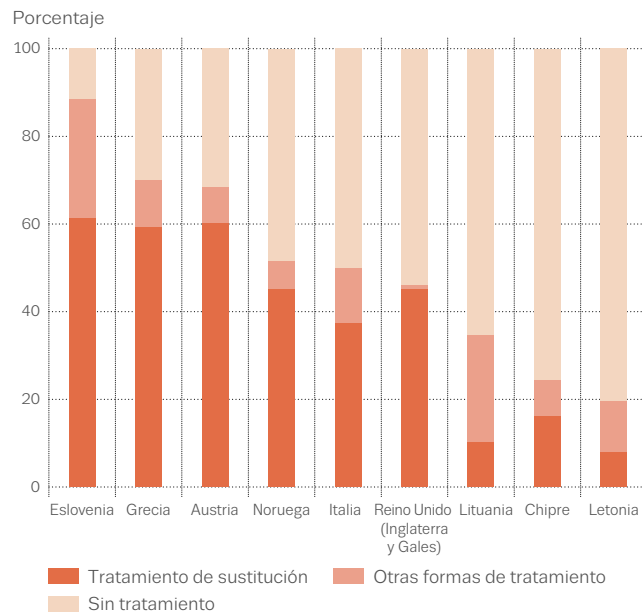
Los pacientes que acceden a servicios de tratamiento en Europa tienen distintas necesidades y suelen requerir intervenciones que han de abordar una compleja gama de problemas. Por ello, para ofrecer una respuesta eficaz en este ámbito es esencial garantizar la cooperación entre los servicios de drogodependencia y otros proveedores de servicios sociales y sanitarios.

Dado que la mayoría de las personas que inician un tratamiento de drogodependencia probablemente consuman más de una sustancia psicoactiva, y algunas quizá tengan problemas con varias sustancias, son importantes los planes de evaluación de los servicios y de tratamiento que aborden la politoxicomanía. En este sentido se ha de tener en cuenta que la identificación de algunas combinaciones de sustancias pueden revestir una importancia especial, debido al alto riesgo que entrañan, incluido un riesgo mayor de sobredosis. Un ejemplo a este respecto es el consumo de opioides combinados con benzodiazepinas. El análisis demuestra que las tres cuartas partes de los pacientes que inician un tratamiento por problemas relacionados con el consumo de drogas usan varias sustancias; los consumidores de opioides, cocaína y anfetamina como droga principal suelen notificar también consumo de cannabis y alcohol como drogas secundarias. Además, muchos consumidores de opioides como droga principal también notifican consumo secundario de cocaína.

La comorbilidad del consumo de sustancias y los trastornos mentales hace referencia a la concurrencia de las dos afecciones clínicas en la misma persona. También existe una asociación entre algunos trastornos mentales y trastornos relacionados con sustancias. Por lo tanto, la comorbilidad es un desafío tanto para los servicios de drogodependencia como para los de salud mental. En una revisión reciente, las comorbilidades más frecuentes entre los consumidores de sustancias ilegales fueron depresión mayor, trastornos de ansiedad (fundamentalmente trastornos de angustia y estrés postraumático) y trastornos de la personalidad (principalmente trastornos asociales y trastorno límite de la personalidad). A pesar de la importancia de esta cuestión, resulta difícil determinar el alcance del problema, porque los datos disponibles son limitados y heterogéneos.

Existen indicios de que las mujeres sometidas a tratamiento de drogodependencia pueden tener necesidades más complejas, sobre todo en relación con la comorbilidad y las responsabilidades de cuidados de los hijos, y necesitan servicios más específicos desde una

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

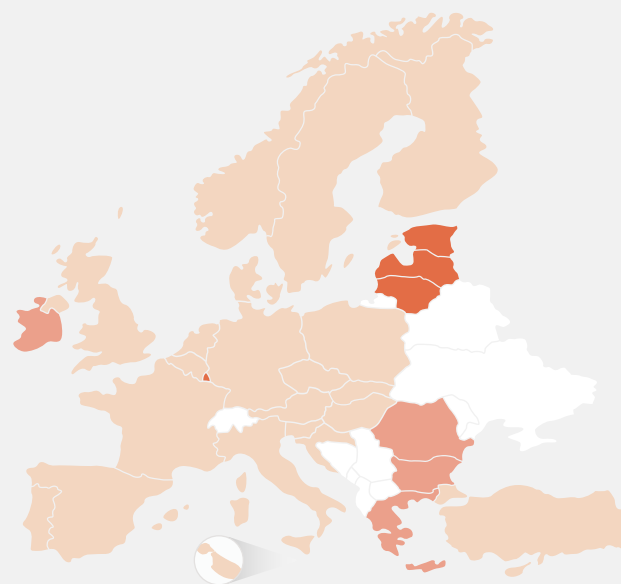
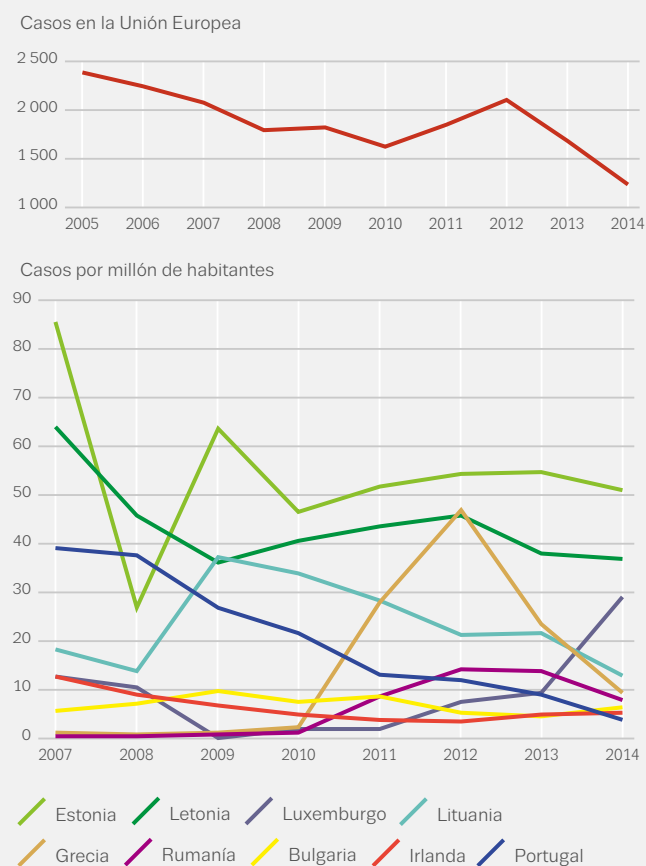


perspectiva de género. Aunque en total las mujeres solo representan el 20 % de los pacientes que inician tratamiento especializado (es decir, la relación entre hombres y mujeres es de 4 a 1), esta diferencia varía según los países, oscilando entre el 5 % y el 34 %, y es menos marcada entre los pacientes que reciben tratamiento por primera vez. Los motivos de que sean menos las mujeres que los hombres que reciben tratamiento de la drogodependencia son variados; pueden incluirse aquí las diferencias entre los dos sexos en la prevalencia de consumo problemático o en notificación del mismo, y las cuestiones referidas al acceso y la idoneidad de la prestación del servicio.

Las mujeres sometidas a tratamiento de la drogodependencia pueden tener necesidades más complejas

GRÁFICO 3.8

Nuevos casos diagnosticados de VIH relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral: total, tendencias seleccionadas y datos más recientes



Casos por millón de habitantes <5,1 5,1–10,0 >10,0

Nota: Datos correspondientes a 2014 (fuente: ECDC).

Brotos de VIH: consumidores de estimulantes por vía parenteral

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 administración de drogas por vía parenteral continúa desempeñando un papel esencial en la transmisión de infecciones transmitidas por la sangre, como el virus de la hepatitis C (VHC) y, en algunos países, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Entre todos los casos de VIH notificados en Europa en los que se conoce la vía de transmisión, el porcentaje atribuible al consumo de drogas por vía parenteral permanece bajo y estable (menos del 8 % durante la última década). Sin embargo, se han notificado porcentajes más altos en Lituania (32 %), Letonia (31 %), Estonia (28 %) y Rumanía (25 %).

Los últimos datos revelan que continúa la reducción a largo plazo del número de nuevos diagnósticos de VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la Unión Europea. En 2014, la tasa media de nuevos diagnósticos de VIH notificados atribuidos a la administración de drogas por vía parenteral fue de 2,4 por millón de habitantes,

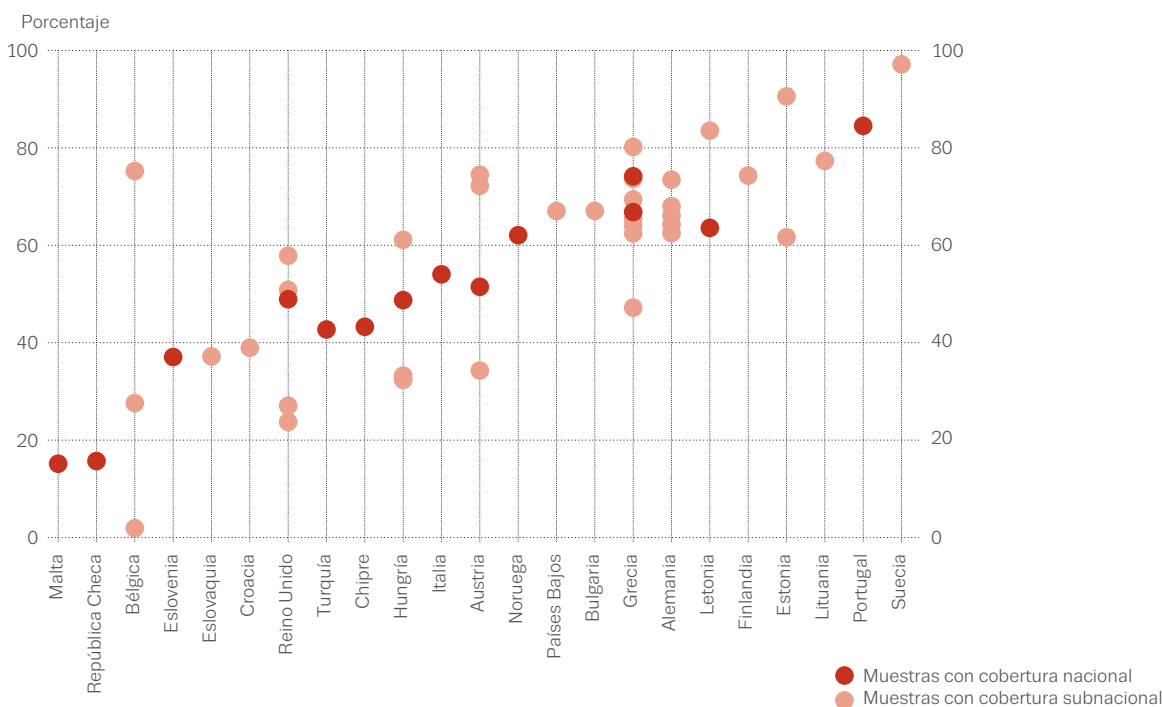
menos de la mitad que en 2005 (5,6 por millón). Sin embargo, en algunos países se notificaron porcentajes más altos, especialmente en Estonia y Letonia. En Grecia y Rumanía, dos países que ya han sufrido brotes locales anteriormente, las tasas de diagnósticos nuevos han descendido desde 2012 (gráfico 3.8).

En la Unión Europea se produjeron 1236 diagnósticos nuevos de VIH relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral en 2014, la cifra más baja notificada durante más de una década. Sin embargo, se han documentado brotes localizados de nuevas infecciones de VIH entre estos consumidores en Irlanda, el Reino Unido (Escocia) y Luxemburgo en 2015. Factores comunes en varios de estos brotes de VIH recientes son los cambios en las pautas de consumo, especialmente el aumento de la vía parenteral, y los altos niveles de marginación.

En 2014, el 15 % de los casos nuevos de SIDA en Europa se atribuyeron al consumo de drogas por vía parenteral, y las 590 notificaciones representaron poco más que una cuarta parte del número notificado hace una década. El diagnóstico temprano es esencial para prevenir la evolución de la infección por VIH a SIDA, y esto es particularmente importante cuando se trata de

GRÁFICO 3.9

Prevalencia de anticuerpos del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral, 2013/14



consumidores de drogas por vía parenteral, que constituyen el grupo de transmisión que recurre a los servicios sanitarios en una fase más tardía de la infección (61 %). Además, en algunos países como Grecia, Letonia y Rumanía, en los que las cifras de nuevos diagnósticos de SIDA siguen siendo altas, es posible que sea necesario reforzar las pruebas del VIH y las respuestas de tratamiento.

Peligros de la vía parenteral: enfermedades principales

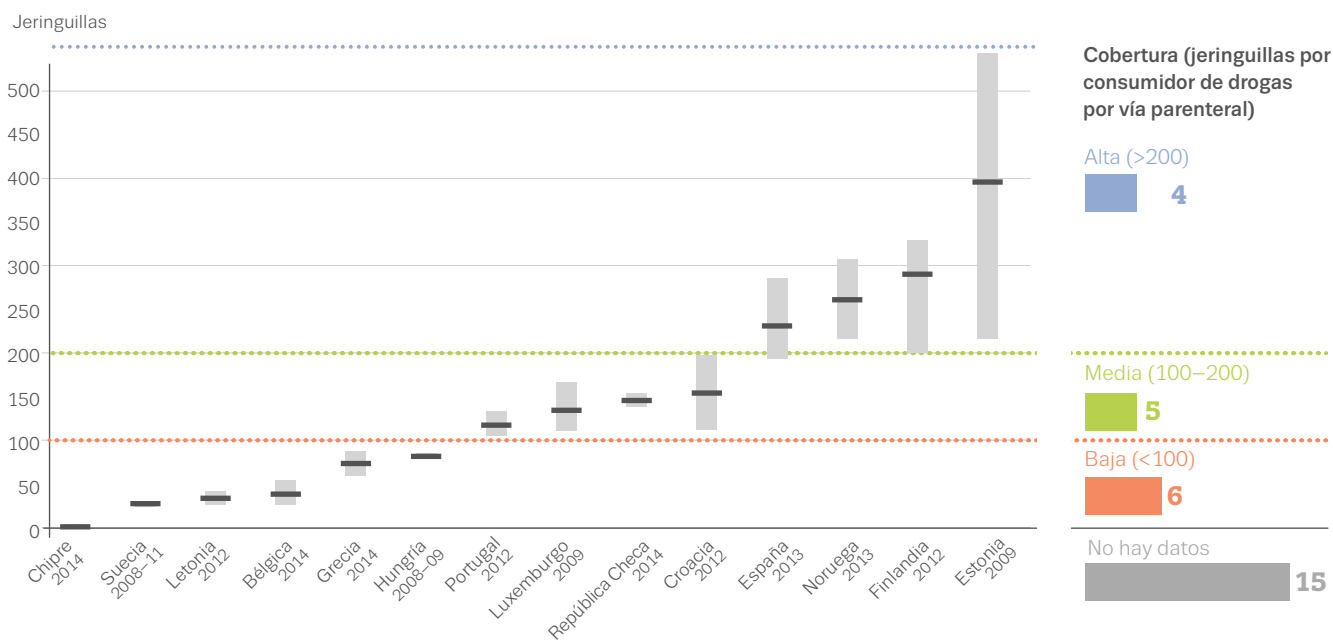
La hepatitis vírica, en particular la causada por el virus de la hepatitis C (VHC), tiene una elevada prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa. Este hecho puede tener importantes consecuencias a largo plazo, ya que la infección por el VHC, que a menudo empeora por el consumo excesivo de alcohol, presenta una alta probabilidad de aumentar el número de casos de hepatopatías, como cirrosis y cáncer de hígado, entre los consumidores de drogas de alto riesgo de edad más avanzada.

La prevalencia de anticuerpos del VHC, indicativos de infección presente o pasada, en las muestras nacionales de consumidores de drogas por vía parenteral en 2013-2014 varió entre el 15 % y el 84 %, aunque 6 de los 13 países que disponían de datos nacionales notificaron niveles superiores al 50 % (gráfico 3.9). Entre los países con datos de tendencias nacionales para el período 2006-14, cinco países observaron una tendencia creciente en la prevalencia de anticuerpos del VHC en consumidores de drogas por vía parenteral, mientras que Malta y Noruega observaron un descenso.

El consumo de drogas por vía parenteral es un factor de riesgo de otras enfermedades infecciosas, como la hepatitis B, el tétanos y el botulismo. Se han notificado brotes o casos aislados de botulismo por heridas entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa, en particular en Noruega y el Reino Unido, entre 2013 y 2015. También son frecuentes las infecciones bacterianas en el lugar de la inyección, habiéndose notificado un gran brote de infecciones en tejidos blandos en Escocia en 2015.

GRÁFICO 3.10

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.

Enfermedades infecciosas: medidas de prevención

Los principales métodos para la reducción de las enfermedades contagiosas relacionadas con las drogas entre personas que consumen drogas por vía parenteral son la prestación de tratamiento de sustitución, el suministro de jeringuillas, la realización de pruebas, el tratamiento para la hepatitis C y el tratamiento antirretrovírico para el VIH.

El tratamiento de sustitución reduce notablemente el riesgo de infección en el caso de los consumidores de opioides por vía parenteral; algunos análisis indican un aumento de los efectos protectores cuando la alta cobertura del tratamiento se combina con elevados niveles de suministro de jeringuillas.

Las pruebas demuestran que los programas de intercambio de agujas y jeringuillas pueden reducir conductas de riesgo y, por consiguiente, reducir el contagio del VIH entre personas que consumen drogas por vía parenteral. Casi todos los países entregan jeringuillas gratuitas en puntos especializados. Sin embargo, la distribución geográfica de los puntos de reparto y las estimaciones de las cifras de estas entregas varían considerablemente entre unos países y otros (gráfico 3.10). Se dispone de información sobre el suministro de jeringuillas a través de programas especializados de 23 países, que juntos notificaron la distribución de 36 millones de unidades en 2014. Este

número es una estimación a la baja, ya que muchos países grandes, como Francia, Alemania, Italia y el Reino Unido, no notifican datos nacionales completos.

Las pruebas de enfermedades contagiosas y su tratamiento pueden contribuir a la reducción de la incidencia y la prevalencia de infecciones entre los consumidores de drogas. Las pruebas pueden dar a conocer el estado de la infección y promover una administración más temprana del tratamiento. Sin embargo, el estigma y la marginación, además de los limitados conocimientos sobre las pruebas de cribado y las opciones de tratamientos, siguen siendo barreras importantes. Los datos clínicos respaldan el inicio de tratamiento antirretrovírico inmediatamente después del diagnóstico de la infección por VIH, a fin de evitar un deterioro mayor del funcionamiento del sistema inmunitario.

También son importantes las intervenciones de salud sexual y de reducción de daños al abordar las nuevas pautas de consumo por vía parenteral y las conductas sexuales notificadas por grupos pequeños de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. El establecimiento de vínculos entre los servicios de drogodependencia y los de salud sexual puede revestir una importancia especial, acompañado de la educación sanitaria, el suministro de jeringuillas esterilizadas y, en algunos casos, la profilaxis antes de la exposición a medicamentos antirretrovíricos.

| Hepatitis C: tratamientos nuevos

Las medidas preventivas dirigidas a la transmisión de la hepatitis C son similares a las referidas al VIH. Dada la alta prevalencia de la infección por VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral, la reducción del número de personas que pueden contagiar la infección mediante el ofrecimiento de tratamiento para el virus es un componente esencial de una respuesta de prevención integral. Las nuevas directrices europeas recomiendan la prestación de tratamiento para el VHC a los consumidores de drogas de manera individual y en régimen multidisciplinar. Desde 2013 se dispone de tratamientos orales exentos de interferón con agentes antivíricos, que se están convirtiendo en el tratamiento de referencia de la infección por VHC. Estos medicamentos son muy eficaces, requieren menor tiempo de administración y tienen menos efectos secundarios que los medicamentos más antiguos. Además, el tratamiento con ellos se puede ofrecer en servicios de drogodependencia especializados en ámbitos sociales, lo que puede incrementar su administración y disponibilidad.

Los nuevos medicamentos para el VHC son caros en comparación con los antiguos. En una encuesta en 21 países de la UE realizada en 2015, el EMCDDA descubrió que el coste de referencia medio del tratamiento de tres meses con un medicamento nuevo era de 60 000 EUR, mientras que el de los medicamentos de la generación anterior costaba entre 17 000 y 26 000 EUR. Dada la alta prevalencia de la infección por VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral, la garantía de un acceso óptimo a nuevos fármacos prometedores sigue siendo todo un reto para los responsables políticos.

| Salud en los centros penitenciarios: necesidad de una respuesta integral

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 6 % y el 48 % de ellos han consumido en algún momento drogas por vía parenteral. La alta prevalencia de este consumo a lo largo de la vida convierte a los reclusos en una población con necesidades sanitarias complejas, y una intervención importante es una evaluación sanitaria exhaustiva a la entrada en prisión. La OMS recomienda un conjunto de respuestas de prevención para los centros penitenciarios, de las que forman parte la realización de análisis gratuitos y voluntarios de enfermedades infecciosas, la distribución de preservativos y de jeringuillas esterilizadas, el tratamiento de las enfermedades infecciosas y el tratamiento de la drogodependencia.

La mayor parte de los países cuentan con modalidades de colaboración entre los servicios penitenciarios de salud y los organismos responsables de esos mismos servicios en la comunidad para garantizar la aplicación de programas terapéuticos y de educación de la salud en los propios centros, y la continuidad de la asistencia al entrar en ellos y al recobrar la libertad. La disponibilidad de tratamiento de sustitución de opioides en los centros penitenciarios fue notificada por 27 de los 30 países vigilados por el EMCDDA. En total, parece que el tratamiento de sustitución está disponible para una proporción cada vez mayor de la población penitenciaria, lo que refleja un aumento de la disponibilidad en la comunidad. La entrega de equipo de administración parenteral limpio en los centros penitenciarios es menos común y solo tres países han notificado la existencia de programas de intercambio de jeringuillas en este ámbito.

GRÁFICO 3.11

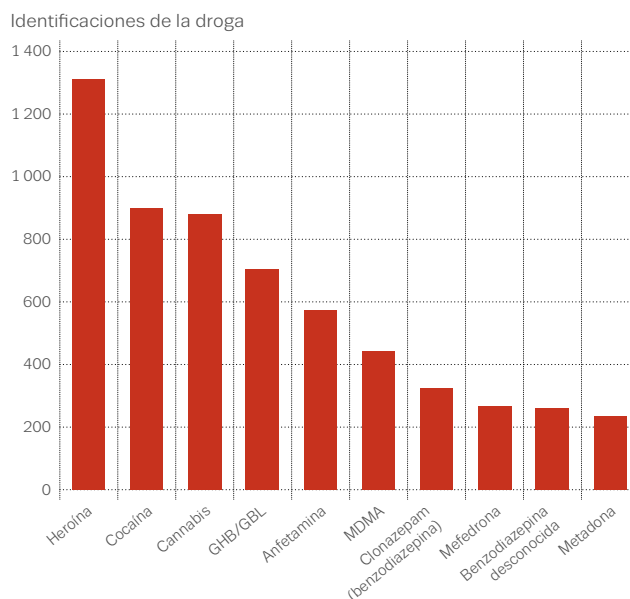
Urgencias hospitalarias: fuente de datos sobre daños agudos

Una fuente excelente de datos sobre daños agudos para la salud son los servicios de urgencias hospitalarias. Un análisis realizado en 2014 por la European Drug Emergencies Network (Euro-DEN), que supervisa las visitas a urgencias relacionadas con las drogas en 16 hospitales seleccionados (centinelas) de 10 países europeos, reveló que la mayor parte de las 5 409 visitas notificadas fueron de hombres (76 %) y adultos jóvenes (mediana de edad de 32 años en los hombres y de 28 en las mujeres). La heroína se notificó en el 24 % de las visitas, la cocaína en el 17 % y el cannabis en el 16 %.

En muchas de las visitas, se detectó más de una droga, con 8 358 identificaciones de drogas entre las 5 409 visitas (gráfico 3.11). Las dos terceras partes de las visitas estaban relacionadas con el consumo de drogas consolidadas, como la heroína, la cocaína, el cannabis, la anfetamina y la MDMA; una cuarta parte estaban relacionadas con medicamentos de venta con o sin receta médica (por lo general, opioides y benzodiazepinas); y el 6 % estaban relacionadas con nuevas sustancias psicotrópicas. La heroína fue la droga notificada con mayor frecuencia en general y el opioide más notificado (67 % de los opioides notificados), seguida de la metadona (12 %) y la buprenorfina (5 %), con pautas que varían de unos centros a otros. Más de las tres cuartas partes de las visitas por consumo de nuevas sustancias psicotrópicas estaban relacionadas con una catinona y dos terceras partes de ellas con la mefedrona.

Las drogas implicadas en visitas a urgencias diferían según los centros, reflejando pautas locales de consumo de drogas de riesgo. Por ejemplo, las visitas a urgencias relacionadas con la heroína y la anfetamina fueron las más frecuentes en Oslo, mientras que en Londres las más frecuentes fueron las relacionadas con el GHB/GBL, la cocaína, la mefedrona y la MDMA, reflejando las pautas locales de consumo asociado al ambiente nocturno recreativo.

Una fuente excelente de datos sobre daños agudos para la salud son los servicios de urgencias hospitalarias

Las diez drogas más citadas en visitas a servicios de urgencias en hospitales centinela en 2014

Nota: Resultados de 5409 visitas a urgencias en 16 centros centinela de 10 países europeos.
Fuente: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN).

La mayoría (79 %) de quienes acudieron a urgencias por un problema relacionado con la droga recibieron el alta hospitalaria en un plazo de 12 horas. En total, se registraron 27 muertes (0,5 % de todas las visitas), la mayoría relacionadas con opioides.

Pocos países cuentan con sistemas de vigilancia nacionales que permitan analizar las tendencias en las intoxicaciones agudas relacionadas con las drogas. En los países con vigilancia a largo plazo, los informes demuestran que las visitas a urgencias por problemas agudos con la heroína están aumentando en el Reino Unido y descendiendo en la República Checa y Dinamarca. Estos dos últimos países han notificado un aumento del número de visitas a urgencias relacionadas con otros opioides. En España se ha observado un aumento continuo de las visitas a urgencias por intoxicaciones agudas relacionadas con el consumo de cannabis, mientras que los Países Bajos notifican aumentos de las intoxicaciones con MDMA tratadas en primera instancia en los puestos de primeros auxilios de festivales y de intoxicaciones agudas relacionadas con la nueva sustancia psicotrópica 4-FA (4-fluoroanfetamina).

Drogas nuevas: retos sanitarios

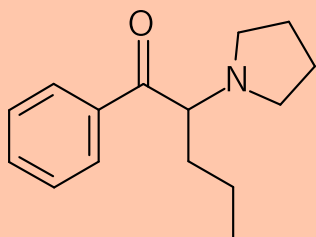
Las sustancias nuevas están asociadas a diversos daños graves en Europa, como intoxicaciones agudas y muertes. También se han observado daños asociados a pautas de administración parenteral de drogas, en especial a estimulantes como la mefedrona, la alfa-PVP, la MDPV y la pentedrona. Las intoxicaciones masivas, aunque raras, puede consumir muchos recursos de los sistemas hospitalarios. En un incidente de este tipo notificado en Polonia en 2015, los cannabinoides sintéticos se asociaron a más de 200 visitas a urgencias en menos de una semana.

Desde principios de 2014, daños graves relacionados con el consumo de una sustancia nueva han generado la emisión de 34 advertencias de salud pública por parte del EMCDDA a miembros del Sistema de alerta rápida de la UE. Durante este período, siete sustancias nuevas fueron evaluadas como de alto riesgo. Más recientemente se han planteado preocupaciones por opioides nuevos como el acetilfentanilo, que fue objeto de un informe conjunto del EMCDDA-Europol en 2015, tras asociarse a 32 muertes. Muchos fentanilos son muy potentes y pueden venderse como heroína a consumidores confiados, con el consiguiente alto riesgo de sobredosis y muerte.

Respuesta a las drogas nuevas: intervenciones clave

En general, se indica que las intervenciones existentes de prevención, tratamiento y reducción de daños para problemas asociados a drogas arraigadas son adecuadas o podrían adaptarse fácilmente a las necesidades de consumidores de drogas nuevas. En cambio, los problemas asociados al consumo de nuevas sustancias psicotrópicas y otras drogas como el GHB, la ketamina y la mefedrona, entrañan retos específicos en diversos ámbitos, como los centros penitenciarios, las clínicas de salud sexual y los servicios de drogodependencia de bajo umbral. Los informes sobre los retos advertidos en la aplicación de intervenciones relativas a estas sustancias hacen referencia a las dificultades de acceso para las poblaciones drogodependientes (p. ej. hombres que practican sexo con hombres), a la gestión de conductas de administración parenteral caóticas entre grupos vulnerables y al tratamiento de episodios psicóticos agudos asociados al consumo de drogas nuevas entre los reclusos. En estos casos concretos, es importante el desarrollo de intervenciones centradas específicamente en el consumo de drogas nuevas y en los daños para la salud asociados, tales como la preparación de material y la prestación de asesoramiento para la reducción de daños y la elaboración de directrices terapéuticas especializadas.

Evaluación del riesgo de la alfa-PVP



En noviembre de 2015, se realizó una evaluación de los riesgos de la alfa-PVP (alfa-pirrolidinopentiofenona) a escala europea. La alfa-PVP es una catinona sintética y un potente psicoestimulante similar a la MDPV. Está disponible en el mercado de las drogas de la Unión Europea como mínimo desde febrero de 2011 y se ha detectado en los 28 Estados miembros. Se detectó en 191 intoxicaciones agudas y 115 muertes. En el 20 % de las muertes, se notificó alfa-PVP como causa de la muerte o que contribuyó a ella; en cinco de estos casos, la alfa-PVP fue la única sustancia detectada.

Muertes por sobredosis: aumentos recientes

El consumo de drogas es una causa reconocida de mortalidad evitable entre los adultos europeos. Los estudios de grupos de consumidores de drogas de alto riesgo demuestran tasas globales de mortalidad de entre el 1 y el 2 % anuales. En términos generales, los consumidores de opioides tienen una probabilidad al menos 5-10 veces mayor de morir que las demás personas de su edad y sexo. El aumento de la mortalidad entre los consumidores de opioides está relacionado principalmente con la sobredosis, pero existen otras causas importantes de muerte indirectamente relacionadas con el consumo de drogas, como las infecciones, los accidentes, la violencia y el suicidio.

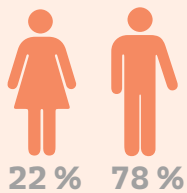
En Europa, la sobredosis de drogas continúa siendo la principal causa de muerte entre los consumidores de drogas y más de tres cuartas partes de las víctimas de sobredosis son hombres (78 %). La mayoría de los países notificaron una tendencia al alza de las muertes por sobredosis desde 2003 hasta 2008/2009, cuando los niveles comenzaron a disminuir. Es necesaria cierta precaución al interpretar los datos de sobredosis, sobre todo el total acumulado de la UE, por diferentes motivos, como la infranotificación sistemática en algunos países y la aplicación de procedimientos de registro que provocan retrasos de la información. Por lo tanto, las estimaciones anuales representan un valor mínimo provisional. En

2014 se estimaron como mínimo 6 800 muertes por sobredosis en la Unión Europea. Esto representa un incremento de la cifra de 2013 y, como en años anteriores, el Reino Unido (36 %) y Alemania (15 %) contribuyeron a una gran parte del total. El aumento es evidente en la mayoría de los datos recientes procedentes de varios países con sistemas de información relativamente sólidos, como Irlanda, Lituania y el Reino Unido. También se observa una marcada tendencia ascendente en Suecia, aunque puede deberse en parte a la inclusión de algunos casos de personas de más de 50 años no relacionados con el consumo de drogas ilegales. También en Turquía se advierte un gran aumento, aunque es posible que, en parte, se deba a una mejora en los informes.

Los consumidores de opioides tienen una probabilidad al menos 5-10 veces mayor de morir que las demás personas de su edad y sexo

MUERTES INDUCIDAS POR DROGAS

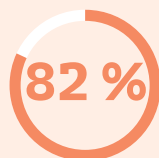
Características



Edad media en el momento de la muerte

38

Muertes con presencia de opioides



Edad en el momento de la muerte



Tendencias en las muertes por sobredosis

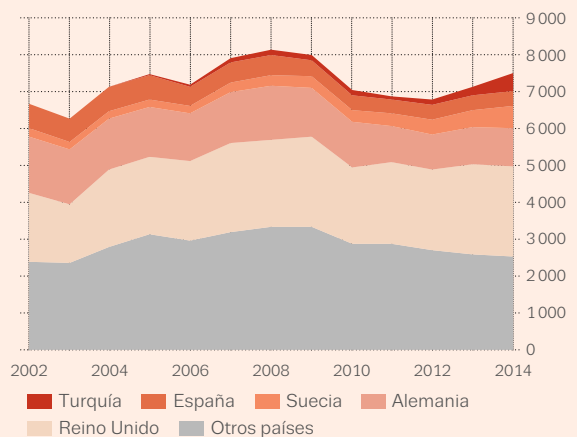
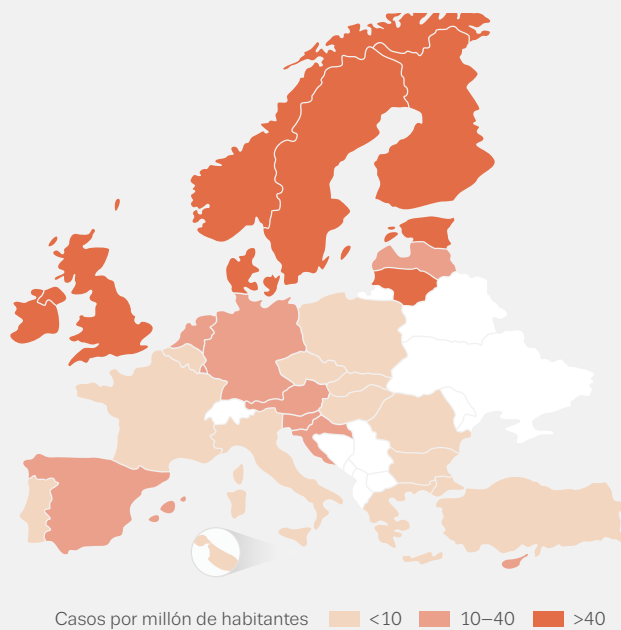
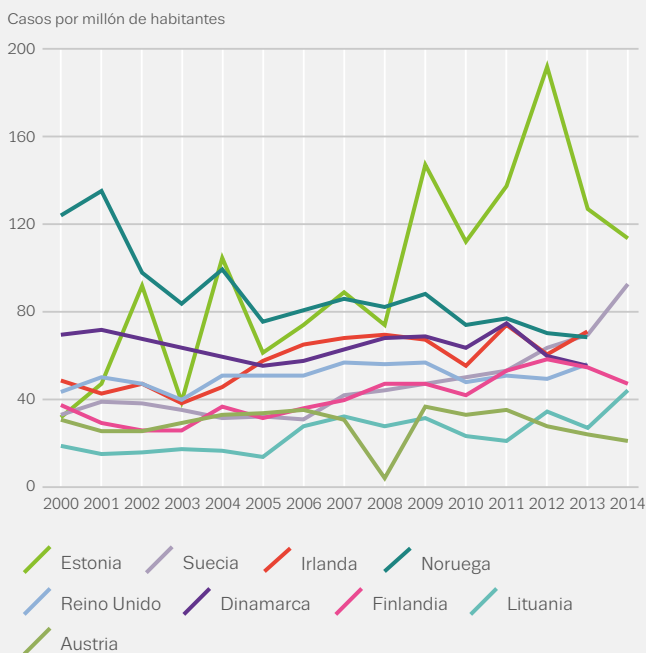


GRÁFICO 3.12

Tasas de mortalidad inducida por drogas entre adultos (15–64): tendencias seleccionadas y datos más recientes



Nota: Tendencias en los nueve países que notificaron los valores más altos en 2014 o 2013.

El número de muertes por sobredosis aumentó entre los grupos de población de más edad entre 2006 y 2014, mientras que descendió entre los grupos más jóvenes, lo que refleja la naturaleza envejecida de la población consumidora de opioides en Europa, que sufre mayor riesgo de muerte por sobredosis. Sin embargo, últimamente se ha producido un ligero incremento del número de muertes por sobredosis en consumidores menores de 25 años en algunos países.

La heroína o sus metabolitos aparecen en la mayoría de las sobredosis mortales notificadas en Europa, a menudo en combinación con otras sustancias. Otros opioides, como metadona, buprenorfina, fentanilos y tramadol, suelen aparecer en los informes toxicológicos, y estas sustancias están relacionadas con una parte sustancial de muertes por sobredosis en algunos países. Por ejemplo, en el Reino Unido (Inglaterra y Gales) de las 1 786 muertes relacionadas con opioides registradas en 2014, la metadona se citó en 394 y el tramadol en 240. Entre los otros países que notifican incidentes con opioides distintos de la heroína en sobredosis mortales se encuentran Francia e Irlanda (principalmente metadona), y Finlandia, donde la buprenorfina se citó en 75 casos en 2014.

Los estimulantes como la cocaína, las anfetaminas, la MDMA y las catinonas están asociados a un número

menor de muertes por sobredosis en Europa, aunque su importancia varía según el país. En el Reino Unido (Inglaterra y Gales), las muertes relacionadas con la cocaína aumentaron de 169 en 2013 a 247 en 2014. En España, donde las muertes relacionadas con la cocaína se han mantenido estables durante varios años, la droga siguió siendo la segunda droga más citada en las muertes por sobredosis en 2013 (236 casos).

Tasas de mortalidad más altas en el norte de Europa

Para 2014, la tasa de mortalidad media por sobredosis en Europa se estimó en 18,3 casos por un millón de habitantes de 15 a 64 años de edad. Las tasas de mortalidad nacionales varían considerablemente y se ven afectadas por factores como la prevalencia y las pautas de consumo, y cuestiones metodológicas como la infranotificación y las prácticas de codificación. Se notificaron tasas de más de 40 muertes por un millón de habitantes en ocho países, siendo las más altas las correspondientes a Estonia (113 por millón), Suecia (93 por millón) e Irlanda (71 por millón) (gráfico 3.12). Los datos más recientes muestran tendencias variables.

Prevención de las sobredosis y las muertes relacionadas con las drogas

La reducción de las sobredosis y de las muertes relacionadas con las drogas es 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. Las instalaciones de consumo de drogas supervisadas pretenden prevenir sobredosis y garantizan apoyo profesional en caso de que estas se produzcan. En la actualidad, seis países ofrecen estos centros, con un total aproximado de 70.

La naloxona es un medicamento antagonista opioide capaz de revertir la sobredosis de opioides y se emplea en servicios de urgencias hospitalarias y en ambulancias. En los últimos años, se ha producido un aumento de la dispensación de naloxona «para llevar» a consumidores de opioides, sus parejas, compañeros y familiares, junto con formación para reconocer una sobredosis y responder a ella. La naloxona también se ha puesto a disposición del personal de servicios que entran en contacto regularmente con toxicómanos. Una revisión europea reciente reveló que existen programas de naloxona «para llevar» en ocho países europeos. Los kits de naloxona son suministrados por servicios de drogodependencia y sanitarios en forma de jeringuillas precargadas, aunque en Noruega y Dinamarca un adaptador permite administrar la naloxona por vía nasal. Una revisión sistemática reciente de la eficacia de la naloxona «para llevar» demostró que las intervenciones educativas y formativas unidas a su dispensación reducen la mortalidad asociadas a sobredosis. Tales intervenciones pueden resultar particularmente beneficiosas para poblaciones con un riesgo elevado de sobredosis, como los reclusos recién puestos en libertad. Una reciente evaluación del programa de naloxona escocés reveló que estaba asociado a una reducción del 36 % de las muertes asociadas a opioides sobrevenidas en el plazo de un mes tras el abandono del centro penitenciario.

Servicios de reducción de la demanda: criterios de calidad

A medida que se han ido generalizando los servicios de reducción de la demanda, el interés se ha ido centrando en la calidad del servicio, culminando en la adopción de los criterios mínimos de calidad en la reducción de la demanda de drogas en la Unión Europea por parte del Consejo de Ministros de la UE en septiembre de 2015. Se establecieron dieciséis criterios de calidad para intervenciones de prevención, tratamiento, reducción de daños y reintegración social. Estos criterios representan un importante avance en el ámbito de las drogas a escala de la UE, aunando los conocimientos expertos y los procesos de toma de decisiones políticas en los 28 países. Los criterios refuerzan la necesidad de basar las intervenciones en las pruebas e impartir al personal la formación adecuada. También facilitan el intercambio de buenas prácticas en Europa y promueven el intercambio de conocimientos.

Conocimiento de los costes de las acciones relacionadas con las drogas

El conocimiento de los costes de las acciones relacionadas con las drogas constituye un aspecto muy importante de la evaluación de políticas. Sin embargo, la información disponible sobre el gasto público relacionado con las drogas en Europa, tanto a escala local como nacional, sigue siendo escasa y heterogénea. En los 18 países que han elaborado estimaciones en los últimos 10 años, el gasto público relacionado con las drogas se estima entre el 0,01 % y el 0,5 % del producto interior bruto, suponiendo las intervenciones sanitarias entre el 15 % y el 53 % de esa cifra.

Un ejercicio reciente estimó que la administración de tratamiento hospitalario para problemas de salud relacionados con las drogas representaba, de media, un 0,013 % del PIB de los 15 países con datos disponibles. Sin embargo, este porcentaje difiere considerablemente de unos países a otros. Para lograr una estimación más precisa de los costes del tratamiento de problemas de salud relacionados con las drogas en hospitales, sería necesario un registro más sistemático de las visitas a urgencias.

MÁS INFORMACIÓN

Publicaciones del EMCDDA

2016

Comorbidity of substance use and mental disorders, Perspectives on Drugs.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

2015

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, EMCDDA Paper.

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers.

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption room, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

Risk assessments reports
MT-45 [Council Decision 2015/1873/EU].
4,4'-DMAR [Council Decision 2015/1873/EU].

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.

Risk assessment reports
MDPV [Council Decision 2015/1875/EU].
Methoxetamine [Council Decision 2015/1875/EU].
25I-NBOMe [Council Decision 2015/1875/EU].
AH-7921 [Council Decision 2015/1875/EU].
4-methylamphetamine [Council Decision 2015/1875/EU].
5-(2-aminopropyl)indole [Council Decision 2015/1876/EU].

2013

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

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, 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.

Risk assessment report Mephedrone [Council Decision 2010/759/EU].

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

Anexo

Datos nacionales para las estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas, incluidos el consumo de opioides de alto riesgo, el tratamiento de sustitución, el inicio del tratamiento, el consumo de drogas por vía parenteral, las muertes inducidas por drogas, las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas, la distribución de jeringuillas y las incautaciones. Los datos aquí presentados proceden y son un subconjunto del Boletín estadístico 2016 del EMCDDA, en el que se ofrecen notas y metadatos. Se indican los años a los que se refieren los datos.

TABLA A1

OPIOIDES

País	Estimación del consumo de opioides de alto riesgo		Consumidores que inician tratamiento durante el año						Consumidores que reciben tratamiento de sustitución
			Consumidores de opioides como % del total de consumidores que inician tratamiento			% de consumidores de opioides que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)			
			Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	
Año de la estimación	Casos por 1 000	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	recuento	
Bélgica	–	–	28,9 (3 079)	11,5 (434)	37,5 (2 352)	18,4 (541)	12 (51)	19,3 (431)	17 026
Bulgaria	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 414
República Checa	2014	1,4–1,8	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Dinamarca	–	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	33,9 (193)	23 (20)	–	2 600
Alemania	2013	2,7–3,2	34,9 (29 655)	13,1 (3 304)	44 (26 351)	34,1 (11 225)	32,2 (1 460)	34,4 (9 765)	77 500
Estonia	–	–	90 (253)	89,5 (51)	97,3 (179)	78,8 (197)	64,7 (33)	83,2 (149)	919
Irlanda	–	–	49,8 (4 745)	27,5 (1 036)	65,5 (3 456)	42,2 (1 908)	35,7 (362)	43,6 (1 441)	9 764
Grecia	2014	2,1–2,8	69,2 (3 250)	55,3 (1 060)	78,9 (2 176)	33,4 (1 078)	27,7 (291)	36,3 (786)	10 226
España	2013	1,6–2,5	24,8 (12 863)	10,9 (3 066)	42,1 (9 515)	15,8 (1 916)	9,9 (282)	17,7 (1 608)	61 954
Francia	2013–14	4,4–7,4	30,5 (12 634)	13,8 (1 240)	44,5 (8 662)	19,9 (2 119)	13,8 (155)	22 (1 620)	161 388
Croacia	2010	3,2–4	79,9 (6 241)	19,9 (210)	89 (5 516)	73,3 (4 529)	44,9 (88)	74,3 (4 063)	6 867
Italia	2014	4,6–5,8	56 (28 671)	40,6 (7 416)	64,5 (21 255)	47,2 (13 209)	45,9 (2 992)	58,4 (10 217)	75 964
Chipre	2014	1,5–2,4	25,4 (271)	11,5 (65)	42,2 (204)	56,8 (154)	50,8 (33)	59,3 (121)	178
Letonia	2014	3,4–7,5	46,2 (382)	24,7 (102)	67,8 (280)	91 (343)	87,1 (88)	92,4 (255)	518
Lituania	2007	2,3–2,4	88,2 (1 905)	66,6 (227)	92,6 (1 665)	84,4 (1 607)	84,6 (192)	84,3 (1 402)	585
Luxemburgo	2007	5–7,6	53,9 (146)	46,4 (13)	51 (100)	50,3 (72)	15,4 (2)	52 (51)	1 121
Hungría	2010–11	0,4–0,5	4,2 (196)	1,6 (51)	9,5 (118)	60,2 (109)	55,1 (27)	63,5 (73)	745
Malta	2014	5,3–6,2	72,8 (1 277)	27,5 (58)	79 (1 219)	63,4 (786)	47,3 (26)	64,1 (760)	1 013
Países Bajos	2012	1,1–1,5	10,5 (1 113)	5,7 (346)	16,9 (767)	6,5 (44)	9,3 (18)	5,4 (26)	7 569
Austria	2013	4,9–5,1	50,8 (1 737)	29,2 (435)	67,3 (1 302)	35,9 (479)	23,1 (79)	40,3 (400)	17 272
Polonia	2009	0,4–0,7	14,8 (1 061)	4,7 (162)	25 (877)	61,5 (632)	39,1 (61)	65,1 (555)	2 586
Portugal	2012	4,2–5,5	53,8 (1 538)	26,3 (357)	78,8 (1 180)	18,3 (255)	12,5 (39)	19,9 (216)	16 587
Rumanía	–	–	41,8 (1 094)	15,1 (211)	74 (852)	92,4 (1 007)	85,7 (180)	94 (799)	593
Eslovenia	2013	3,4–4,1	75,9 (318)	55,5 (61)	83,1 (250)	32,3 (101)	20,7 (12)	35,7 (89)	3 190
Eslovaquia	2008	1–2,5	21,9 (543)	12,7 (147)	30,5 (387)	71,2 (376)	55,9 (81)	76,8 (288)	375
Finlandia	2012	3,8–4,5	57,8 (372)	41,9 (111)	68,9 (261)	79,1 (291)	68,2 (75)	83,7 (216)	3 000
Suecia	–	–	24,7 (7 737)	14,7 (1 680)	30,2 (5 838)	62,1 (175)	20 (4)	47,4 (27)	3 502
Reino Unido	2010–11	7,9–8,4	52,1 (50 592)	23,2 (7 911)	68 (42 045)	33,3 (15 380)	20,8 (1 217)	35 (13 892)	148 868
Turquía	2011	0,2–0,5	70,3 (7 476)	61,1 (3 420)	80,6 (4 056)	30 (2 243)	20,5 (702)	38 (1 541)	28 656
Noruega	2013	2–4,2	23 (1 974)	–	–	–	–	–	7 433
Unión Europea	–	–	39,2 (175 586)	18,6 (30 396)	52,6 (139 628)	37,8 (60 910)	31,4 (8 248)	40,4 (50 978)	644 324
UE, Turquía y Noruega	–	–	39,6 (185 036)	20,0 (33 816)	53,2 (143 684)	37,4 (63 153)	30,2 (8 950)	40,3 (52 519)	680 413

Los datos de consumidores que reciben tratamiento de sustitución son de 2014 o de la año más reciente disponible: Dinamarca y Finlandia, 2011; Turquía, 2012; España y Malta, 2013; los datos de Irlanda se basan en un censo realizado el 31 de diciembre de 2013.

TABLA A2

COCAÍNA

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año					
	Población general			Población escolar	Consumidores de cocaína como % del total de consumidores que inician tratamiento			% de consumidores que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)		
	Año de la encuesta	A lo largo de la vida, adultos (15-64) %	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34) %	A lo largo de la vida, estudiantes (15-16) %	Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	Todos los consumidores	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
		%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica	2013	–	0,9	2	17 (1 809)	16,7 (628)	16,9 (1 058)	4,9 (84)	1,2 (7)	6,1 (60)
Bulgaria	2012	0,9	0,3	4	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
República Checa	2014	0,9	0,6	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dinamarca	2013	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Alemania	2012	3,4	1,6	3	5,9 (4 978)	5,3 (1 340)	6,1 (3 638)	16,9 (2 650)	7,8 (292)	19,8 (2 358)
Estonia	2008	–	1,3	2	0,4 (1)	–	–	–	–	–
Irlanda	2011	6,8	2,8	3	8,7 (828)	11,2 (424)	6,8 (358)	1,4 (11)	0,5 (2)	2,6 (9)
Grecia	2004	0,7	0,2	1	5,1 (239)	5,2 (100)	5 (139)	14,7 (35)	6 (6)	21 (29)
España	2013	10,3	3,3	3	38,2 (19 848)	38 (10 734)	38,6 (8 726)	2,3 (426)	1,2 (128)	3,5 (291)
Francia	2014	5,4	2,4	4	6,1 (2 530)	5,4 (489)	7,7 (1 508)	9,9 (224)	2,6 (12)	13,7 (186)
Croacia	2012	2,3	0,9	2	1,7 (132)	3,1 (33)	1,5 (90)	3,1 (4)	3,4 (1)	3,3 (3)
Italia	2014	7,6	1,8	2	23,7 (12 165)	27,4 (5 006)	21,7 (7 159)	6,2 (739)	4,7 (227)	7,4 (512)
Chipre	2012	1,3	0,6	4	10,3 (110)	7,1 (40)	14,1 (68)	9,2 (10)	7,5 (3)	10,4 (7)
Letonia	2011	1,5	0,3	4	0,7 (6)	1,2 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituania	2012	0,9	0,3	2	0,2 (5)	0,3 (1)	0,2 (4)	20 (1)	0 (0)	25 (1)
Luxemburgo	–	–	–	–	19,9 (54)	25 (7)	18,4 (36)	34,7 (17)	50 (3)	31,4 (11)
Hungría	2007	0,9	0,4	2	1,8 (86)	1,9 (59)	1,9 (23)	5,9 (5)	1,7 (1)	17,4 (4)
Malta	2013	0,5	–	4	15,9 (279)	40,3 (85)	12,6 (194)	21,9 (60)	9,4 (8)	27,5 (52)
Países Bajos	2014	5,1	3,0	2	26,3 (2 791)	22 (1 344)	31,9 (1 447)	0,2 (4)	0,1 (1)	0,3 (3)
Austria	2008	2,2	1,2	–	8,4 (288)	9,7 (145)	7,4 (143)	4,2 (10)	1,6 (2)	7,2 (8)
Polonia	2014	1,3	0,4	3	1,4 (98)	1,3 (44)	1,5 (51)	1,1 (1)	0 (0)	2,1 (1)
Portugal	2012	1,2	0,4	4	13,5 (385)	17,5 (237)	9,8 (147)	5,7 (20)	2,8 (6)	10,4 (14)
Rumanía	2013	0,8	0,2	2	0,8 (21)	1,1 (15)	0,5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslovenia	2012	2,1	1,2	3	6 (25)	5,5 (6)	6,3 (19)	62,5 (15)	16,7 (1)	77,8 (14)
Eslovaquia	2010	0,6	0,4	1	0,9 (23)	1,4 (16)	0,6 (7)	4,3 (1)	6,3 (1)	0 (0)
Finlandia	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Suecia	2008	3,3	1,2	1	0,9 (284)	1,6 (189)	0,5 (87)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)
Reino Unido (¹)	2014	9,8	4,2	2	12,6 (12 236)	16,9 (5 752)	10,4 (6 399)	1,4 (161)	0,3 (16)	2,3 (144)
Turquía	–	–	–	–	1,3 (134)	1,2 (66)	1,4 (68)	–	–	–
Noruega	2014	5,0	2,3	1	1 (84)	–	–	–	–	–
Unión Europea	–	5,1	1,9	–	13,3 (59 470)	16,4 (26 816)	11,8 (31 430)	6,7 (4 498)	2,6 (717)	9,8 (3 709)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	12,8 (59 688)	15,9 (26 882)	11,6 (31 498)	6,7 (4 498)	2,6 (717)	9,7 (3 709)

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población escolar se obtienen a partir de encuestas escolares nacionales o del proyecto ESPAD.

(¹) Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Inglaterra y Gales solamente.

TABLA A3

ANFETAMINAS

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año					
	Población general			Población escolar	Consumidores de anfetaminas como % de los consumidores que inician tratamiento			% de consumidores de anfetaminas que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)		
	Año de la encuesta	A lo largo de la vida, adultos (15-64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34)	A lo largo de la vida, estudiantes (15-16)	Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
		%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica	2013	–	0,5	2	9,8 (1 047)	9,4 (353)	10,7 (669)	12,6 (128)	5,3 (18)	–
Bulgaria	2012	1,2	1,3	5	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
República Checa	2014	2,6	2,3	2	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Dinamarca	2013	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Alemania	2012	3,1	1,8	4	16,1 (13 664)	19,3 (4 860)	14,7 (8 804)	1,5 (277)	0,9 (55)	1,8 (222)
Estonia	2008	–	2,5	3	3,9 (11)	3,5 (2)	1,6 (3)	72,7 (8)	100 (2)	66,7 (2)
Irlanda	2011	4,5	0,8	2	0,6 (55)	0,8 (30)	0,5 (24)	5,5 (3)	3,3 (1)	8,3 (2)
Grecia	2004	0,1	0,1	2	0,4 (18)	0,7 (13)	0,2 (5)	22,2 (4)	30,8 (4)	0 (0)
España	2013	3,8	1,2	1	1,3 (671)	1,4 (391)	1,2 (261)	1,2 (8)	0,8 (3)	1,6 (4)
Francia	2014	2,2	0,7	4	0,6 (232)	0,7 (66)	0,5 (96)	8,2 (16)	9,7 (6)	11,4 (9)
Croacia	2012	2,6	1,6	1	1,2 (96)	2,7 (28)	1 (65)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italia	2014	2,8	0,6	1	0,2 (83)	0,3 (57)	0,1 (26)	6,1 (5)	7,1 (4)	4,3 (1)
Chipre	2012	0,7	0,4	4	4,3 (46)	3,5 (20)	5,4 (26)	4,3 (2)	5 (1)	3,8 (1)
Letonia	2011	2,2	0,6	4	13,9 (115)	15 (62)	12,8 (53)	63,1 (70)	66,7 (40)	58,8 (30)
Lituania	2012	1,2	0,5	3	3,4 (73)	8,2 (28)	2,3 (42)	32,9 (24)	32,1 (9)	35,7 (15)
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Hungría	2007	1,8	1,2	6	12,5 (584)	12,3 (383)	12,4 (154)	13 (74)	9,6 (36)	22,2 (34)
Malta	2013	0,3	–	3	0,2 (4)	–	0,3 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Países Bajos	2014	4,4	2,9	1	6,6 (702)	6,2 (376)	7,2 (326)	0,8 (3)	0 (0)	1,8 (3)
Austria	2008	2,5	0,9	–	4,6 (157)	5,9 (88)	3,6 (69)	5,3 (7)	5,2 (4)	5,4 (3)
Polonia	2014	1,7	0,4	4	28,1 (2 019)	27,7 (956)	29,5 (1 036)	4,8 (91)	2,3 (21)	7,5 (70)
Portugal	2012	0,5	0,1	3	0 (1)	0,1 (1)	0 (0)	–	0 (0)	–
Rumanía	2013	0,3	0,1	2	0,2 (4)	0,2 (3)	0,1 (1)	25 (1)	0 (0)	100 (1)
Eslovenia	2012	0,9	0,8	2	0,5 (2)	–	0,7 (2)	–	–	–
Eslovaquia	2010	0,5	0,3	1	42,7 (1 060)	47,8 (553)	38,9 (493)	32,8 (337)	26,1 (140)	40,3 (194)
Finlandia	2014	3,4	2,4	–	12,1 (78)	13,2 (35)	11,3 (43)	84,2 (64)	80 (28)	87,8 (36)
Suecia	2008	5	1,3	1	0,5 (141)	–	–	–	–	–
Reino Unido (¹)	2014	10,3	1,1	1	2,9 (2 830)	3,7 (1 250)	2,5 (1 540)	21,6 (464)	12,2 (101)	27,6 (354)
Turquía	2011	0,1	0,1	2	0,3 (27)	0,4 (21)	0,1 (6)	–	–	–
Noruega (²)	2014	4,1	1,1	1	13,4 (1 147)	–	–	–	–	–
Unión Europea	–	3,6	1	–	7 (31 168)	8,2 (13 305)	6,6 (17 411)	20,8 (7 139)	22,5 (3 059)	19,7 (3 950)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	6,9 (32 342)	7,9 (13 326)	6,5 (17 417)	20,8 (7 139)	22,4 (3 059)	19,7 (3 950)

El término anfetaminas incluye la anfetamina y la metanfetamina.

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población escolar se obtienen a partir de encuestas escolares nacionales o del proyecto ESPAD.

(¹) Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Inglaterra y Gales solamente.

(²) Por consumidores que inician tratamiento se entienden los pacientes que notifican estimulantes distintos de la cocaína, no solo anfetaminas.

TABLA A4

MDMA

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año		
	Año de la encuesta	General population		Población escolar	Consumidores de MDMA como % del total de 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, estudiantes (15-16)	Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
	%	%	%	% (count)	% (count)	% (count)	
Bélgica	2013	–	0,8	2	0,6 (65)	0,9 (34)	0,5 (31)
Bulgaria	2012	2,0	2,9	4	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
República Checa	2014	6,0	3,6	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dinamarca	2013	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Alemania	2012	2,7	0,9	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irlanda	2011	6,9	0,9	2	0,6 (56)	1 (37)	0,3 (18)
Grecia	2004	0,4	0,4	2	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (3)
España	2013	4,3	1,5	1	0,4 (201)	0,6 (167)	0,1 (27)
Francia	2014	4,2	2,3	3	0,4 (148)	0,6 (57)	0,3 (63)
Croacia	2012	2,5	0,5	2	0,4 (32)	1,3 (14)	0,3 (17)
Italia	2014	3,1	1,0	1	0,3 (147)	0,3 (48)	0,3 (99)
Chipre	2012	0,9	0,3	3	0,1 (1)	–	0,2 (1)
Letonia	2011	2,7	0,8	4	0,4 (3)	0,7 (3)	0 (0)
Lituania	2012	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–
Hungría	2007	2,4	1,0	4	1,7 (82)	1,8 (55)	1,9 (23)
Malta	2013	0,7	–	3	0,9 (16)	–	1 (16)
Países Bajos	2014	7,4	5,5	4	0,4 (45)	0,7 (40)	0,1 (5)
Austria	2008	2,3	1,0		0,8 (27)	1,3 (19)	0,4 (8)
Polonia	2014	1,6	0,9	2	0,2 (11)	0,1 (5)	0,2 (6)
Portugal	2012	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Rumanía	2013	0,9	0,3	2	0,5 (14)	1 (14)	0 (0)
Eslovenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Eslovaquia	2010	1,9	0,9	1	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finlandia	2014	3,0	2,5	2	0,2 (1)	0 (0)	0,3 (1)
Suecia	2008	2,1	1,0	1	–	–	–
Reino Unido (¹)	2014	9,2	3,5	3	0,3 (302)	0,6 (200)	0,2 (97)
Turquía	2011	0,1	0,1	2	1 (103)	1,3 (74)	0,6 (29)
Noruega	2014	2,3	0,4	1	–	–	–
Unión Europea	–	3,9	1,7	–	0,3 (1 184)	0,4 (712)	0,2 (424)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	0,3 (1 287)	0,5 (786)	0,2 (453)

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población escolar se obtienen a partir de encuestas escolares nacionales o del proyecto ESPAD.

(¹) Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Inglaterra y Gales.

TABLA A5

CANNABIS

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año		
	Año de la encuesta	Población general		Población escolar	Consumidores de cannabis como % 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, estudiantes (15-16)	Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	
Bélgica	2013	15	10,1	21	32,9 (3 501)	52,8 (1 984)	22,4 (1 403)
Bulgaria	2012	7,5	8,3	22	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
República Checa	2014	28,7	23,9	42	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dinamarca	2013	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Alemania	2012	23,1	11,1	19	37,9 (32 225)	57,5 (14 458)	29,7 (17 767)
Estonia	2008	–	13,6	24	3,2 (9)	7 (4)	0,5 (1)
Irlanda	2011	25,3	10,3	18	27,8 (2 645)	44,9 (1 696)	16 (847)
Grecia	2004	8,9	3,2	8	22,3 (1 046)	36,5 (699)	12,3 (338)
España	2013	30,4	17,0	27	32,6 (16 914)	45,7 (12 912)	15,9 (3 585)
Francia	2014	40,9	22,1	39	58 (24 003)	76,7 (6 897)	42,3 (8 248)
Croacia	2012	15,6	10,5	18	14,1 (1 103)	64,4 (679)	6,5 (401)
Italia	2014	31,9	19,0	20	18,2 (9 321)	28,8 (5 267)	12,3 (4 054)
Chipre	2012	9,9	4,2	7	59,4 (634)	77,2 (436)	37,7 (182)
Letonia	2011	12,5	7,3	24	32,6 (269)	50,8 (210)	14,3 (59)
Lituania	2012	10,5	5,1	20	4,3 (92)	14,7 (50)	2,3 (42)
Luxemburgo	–	–	–	–	25,5 (69)	28,6 (8)	29,6 (58)
Hungría	2007	8,5	5,7	19	55,5 (2 603)	61,2 (1 910)	43,2 (537)
Malta	2013	4,3	–	10	9 (158)	31,8 (67)	5,9 (91)
Países Bajos	2014	24,1	15,6	27	47,6 (5 061)	56,2 (3 429)	36 (1 632)
Austria	2008	14,2	6,6	14	32,2 (1 101)	50,9 (757)	17,8 (344)
Polonia	2014	16,2	9,8	23	34,6 (2 483)	44,6 (1 540)	25 (877)
Portugal	2012	9,4	5,1	16	28,4 (812)	50,8 (690)	8,1 (122)
Rumanía	2013	4,6	3,3	7	37,2 (973)	61,4 (858)	9 (104)
Eslovenia	2012	15,8	10,3	23	12,2 (51)	36,4 (40)	3,3 (10)
Eslovaquia	2010	10,5	7,3	21	20,5 (509)	28,6 (331)	12,5 (159)
Finlandia	2014	21,7	13,5	12	20,5 (132)	35,1 (93)	10,3 (39)
Suecia	2014	14,4	6,3	6	13,2 (4 141)	20,7 (2 372)	8,9 (1 717)
Reino Unido (¹)	2014	29,2	11,7	19	26 (25 278)	46,6 (15 895)	14,8 (9 137)
Turquía	2011	0,7	0,4	4	9 (955)	11,3 (634)	6,4 (321)
Noruega	2014	21,9	8,6	5	22,7 (1 946)	–	–
Unión Europea	–	24,8	13,3	–	31 (138 783)	46 (75 133)	20,1 (53 241)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	30,4 (141 684)	44,9 (75 767)	19,8 (53 562)

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población escolar se obtienen a partir de encuestas escolares nacionales o del proyecto ESPAD.

(¹) Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Inglaterra y Gales.

TABLA A6

OTROS INDICADORES

País	Muertes inducidas por drogas (edad 15-64)	Diagnósticos de VIH atribuidos a los consumidores de drogas por vía parenteral (ECDC)	Estimación del consumo de drogas por vía parenteral		Jeringas distribuidas en virtud de programas especializados
	Casos por cada millón de habitantes (recuento)	Casos por cada millón de habitantes (recuento)	Año de la estimación	casos por 1 000 habitantes	recuento
Bélgica	9 (66)	1 (11)	2014	2,4–4,9	926 391
Bulgaria	3,1 (15)	6,3 (46)	–	–	417 677
República Checa	5,2 (37)	1 (10)	2014	6,1–6,8	6 610 788
Dinamarca	55,1 (200)	2 (11)	–	–	–
Alemania	18,6 (993)	1,4 (111)	–	–	–
Estonia	113,2 (98)	50,9 (67)	2009	4,3–10,8	2 110 527
Irlanda	71,1 (214)	5,4 (25)	–	–	393 275
Grecia	–	9,3 (102)	2014	0,6–0,9	368 246
España	13 (402)	2,5 (115)	2013	0,2–0,4	2 269 112
Francia	5,4 (227)	1 (64)	–	–	–
Croacia	20,8 (59)	0 (0)	2012	0,4–0,6	196 150
Italia	8 (313)	2,3 (141)	–	–	–
Chipre	10 (6)	3,5 (3)	2014	0,4–0,7	382
Letonia	10,6 (14)	37 (74)	2012	7,3–11,7	409 869
Lituania	44,2 (87)	12,9 (38)	–	–	154 889
Luxemburgo	21,1 (8)	29,1 (16)	2009	4,5–6,9	253 011
Hungría	3,4 (23)	0,1 (1)	2008–09	0,8	460 977
Malta	6,9 (2)	0 (0)	–	–	314 027
Países Bajos	10,8 (119)	0 (0)	2008	0,2–0,2	–
Austria	21,1 (121)	2,5 (21)	–	–	5 157 666
Polonia	8,5 (225)	1 (37)	–	–	105 890
Portugal	4,5 (31)	3,8 (40)	2012	1,9–2,5	1 677 329
Rumanía	2,4 (33)	7,7 (154)	–	–	1 979 259
Eslovenia	20 (28)	1 (2)	–	–	494 890
Eslovaquia	3,1 (12)	0,2 (1)	–	–	274 942
Finlandia	47,4 (166)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	4 522 738
Suecia	92,9 (569)	0,8 (8)	2008–11	1,3	203 847
Reino Unido (¹)	55,9 (2 332)	2 (131)	2004–11	2,9–3,2	7 199 660
Turquía	9,2 (479)	0,1 (10)	–	–	–
Noruega	67,8 (228)	1,4 (7)	2013	2,1–2,9	2 124 180
Unión Europea	19,2 (6 400)	2,4 (1 236)	–	–	–
UE, Turquía y Noruega	18,3 (7 107)	2,1 (1 253)	–	–	–

Se recomienda precaución al comparar las muertes inducidas por drogas por cuestiones de codificación, cobertura e infranotificación en algunos países.

(¹) Los datos sobre jeringuillas se refieren a Escocia y Gales (2014) e Irlanda del Norte (2013).

TABLA A7

INCAUTACIONES

País	Heroína		Cocaína		Anfetaminas		MDMA	
	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	149	2 288	9 293	4 268	208	3 434	44 422 (3)	1 693
Bulgaria	940	137	27	39	216	–	16 845 (148)	–
República Checa	157	65	5	144	51	1 179	1 338 (0,08)	119
Dinamarca	13	447	90	2 395	295	1 867	54 690 (–)	688
Alemania	780	2 857	1 568	3 395	1 484	13 759	486 852 (–)	3 122
Estonia	<0,01	8	3	57	67	319	9 822 (3)	147
Irlanda	61	954	66	405	23	75	465 083 (–)	402
Grecia	2 528	2 277	297	418	6	64	102 299 (9)	42
España	244	6 671	21 685	38 458	839	4 079	559 221 (–)	3 054
Francia	990	–	6 876	–	321	–	940 389 (–)	–
Croacia	47	132	6	231	14	582	– (3)	517
Italia	931	2 123	3 866	4 783	6	184	– (29)	262
Chipre	0	11	32	107	1	73	17 247 (1,1)	28
Letonia	0,8	229	8	44	15	640	119 (0,3)	15
Lituania	7	129	116	13	10	130	– (1,9)	16
Luxemburgo	7	150	5	169	0,07	9	247 (–)	4
Hungría	70	31	40	143	17	673	13 020 (0,4)	275
Malta	2	33	5	136	0,01	3	334 (–)	31
Países Bajos	750	–	10 000	–	681	–	2 442 190 (–)	–
Austria	56	428	31	1 078	21	930	5 001 (–)	212
Polonia	273	–	31	–	824	–	62 028 (–)	–
Portugal	39	690	3 715	1 042	2	77	684 (0,6)	145
Rumanía	26	218	34	79	4	40	317 966 (0,03)	212
Eslovenia	5	289	182	179	22	–	218 (0,1)	–
Eslovaquia	0,1	78	0,02	17	6	672	419 (–)	44
Finlandia	0,09	113	6	205	298	3 149	131 700 (–)	795
Suecia	24	514	29	142	439	5 286	6 105 (8)	920
Reino Unido	785	10 913	3 562	19 820	1 730	6 725	423 000 (–)	3 913
Turquía	12 756	7 008	393	784	142	403	3 600 831 (–)	3 706
Noruega	44	1 294	149	1 101	420	8 145	54 185 (11)	502
Unión Europea	8 883	31 785	61 578	77 767	7 599	43 949	6 101 249 (209)	16 656
UE, Turquía y Noruega	21 683	40 087	62 120	79 652	8 162	52 497	9 756 265 (219)	20 864

El término anfetaminas incluye la anfetamina y la metanfetamina.

Todos los datos son de 2014, salvo los correspondientes a Países Bajos (2012), Finlandia (números de incautaciones, 2013) y Reino Unido (2013).

TABLA A7

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	841	5 554	10 744	28 086	356 388 (-)	1 227
Bulgaria	2	14	1 674	3 516	21 516 (-)	100
República Checa	15	73	570	2 833	77 685 (-)	484
Dinamarca	2 211	9 988	58	3 000	11 792 (675)	262
Alemania	1 755	5 201	8 515	31 519	132 257 (-)	2 400
Estonia	273	31	352	507	- (13)	30
Irlanda	677	258	1 102	1 770	6 309 (-)	340
Grecia	36	176	19 568	6 985	14 173 (-)	587
España	379 762	174 566	15 174	175 086	270 741 (-)	2 252
Francia	36 917	-	10 073	-	158 592 (-)	-
Croacia	2	371	1 640	5 591	3 602 (-)	188
Italia	113 152	5 303	33 441	8 294	121 659 (-)	1 773
Chipre	0,1	12	203	901	487 (-)	44
Letonia	30	38	27	366	- (11)	16
Lituania	841	24	79	341	- (-)	-
Luxemburgo	1	78	13	1 015	97 (-)	11
Hungría	8	101	529	2 058	3 288 (-)	146
Malta	42	39	70	176	8 (-)	5
Países Bajos	2 200	-	12 600	-	1 600 000 (-)	-
Austria	101	1 380	1 326	10 088	- (281)	408
Polonia	99	-	270	-	95 214 (-)	-
Portugal	32 877	3 472	108	555	4 517 (-)	302
Rumanía	15	154	145	1 967	- (422)	93
Eslovenia	2	73	535	3 673	11 067 (-)	212
Eslovaquia	0,1	12	113	1 061	496 (-)	20
Finlandia	52	1 467	313	6 167	21 800 (189)	3 409
Suecia	877	6 547	1 041	10 028	- (-)	-
Reino Unido	1 134	14 105	18 705	147 309	484 645 (-)	15 744
Turquía	30 635	3 972	92 481	41 594	- (-)	3 017
Noruega	1 919	10 509	505	6 534	- (276)	383
Unión Europea	573 921	229 037	139 286	452 892	3 396 333 (1 592)	30 053
UE, Turquía y Noruega	606 475	243 518	232 271	501 020	3 396 333 (1 868)	33 453

Todos los datos son de 2014, salvo los correspondientes a Países Bajos (2012), Finlandia (números de incautaciones, 2013) y Reino Unido (2013).

CÓMO OBTENER LAS PUBLICACIONES DE LA UNIÓN EUROPEA

Publicaciones gratuitas:

Un único ejemplar:

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

Varios ejemplares/pósteres/mapas:

En las representaciones de la Unión Europea (http://ec.europa.eu/represent_es.htm),

en las delegaciones en terceros países

(http://eeas.europa.eu/delegations/index_es.htm) o

contactando con Europe Direct a través de

http://europa.eu/europedirect/index_es.htm

o del teléfono 00 800 6 7 8 9 10 11

(gratuito en toda la Unión Europea) (*).

(* Tanto la información como la mayoría de las llamadas (excepto desde algunos operadores, cabinas u hoteles) son gratuitas.

Publicaciones de pago:

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



Sobre este informe

El informe Tendencias y novedades presenta una visión de conjunto de alto nivel del fenómeno de las drogas en Europa, que abarca desde los problemas de la oferta, el consumo y la salud pública hasta la política sobre drogas y las respuestas ofrecidas. Junto con el Boletín estadístico en línea, los Resúmenes de países y las Perspectivas sobre las drogas, constituye el conjunto interrelacionado de elementos que forman el Informe Europeo sobre Drogas 2016.

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.

