



Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

ES

ISSN 2314-9094

# Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

2018





Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

# | Informe | Europeo | sobre Drogas

Tendencias y novedades

2018

## Aviso legal

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

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

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2018

<b>Print</b>	ISBN 978-92-9497-300-9	ISSN 1977-9879	doi:10.2810/9243	TD-AT-18-001-ES-C
<b>PDF</b>	ISBN 978-92-9497-318-4	ISSN 2314-9094	doi:10.2810/574265	TD-AT-18-001-ES-N

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2018  
Reproducción autorizada siempre que se cite la fuente.

Citación recomendada: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2018), *Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.



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](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

[twitter.com/emcdda](https://twitter.com/emcdda) | [facebook.com/emcdda](https://facebook.com/emcdda)

## Índice

5	Prefacio
9	Nota introductoria y reconocimientos
11	COMENTARIO <b>Conocer los problemas relacionados con las drogas en Europa y desarrollar respuestas eficaces</b>
19	CAPÍTULO 1 <b>Oferta de drogas y mercado</b>
39	CAPÍTULO 2 <b>Prevalencia y tendencias del consumo de drogas</b>
59	CAPÍTULO 3 <b>Daños relacionados con las drogas y respuestas</b>
83	ANEXO Cuadros de datos nacionales



## Prefacio

Nos complace presentar el último análisis del EMCDDA sobre el fenómeno de las drogas en Europa. *El Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades* ofrece una perspectiva puntual de los problemas de las drogas en Europa y las respuestas aplicadas. Nuestro informe emblemático se basa en una revisión exhaustiva de los datos europeos y nacionales que pone de relieve las pautas y los problemas emergentes. El informe de este año va acompañado de 30 Informes nacionales sobre drogas y otros recursos accesibles *online* que contienen series completas de datos y gráficos, y permiten obtener una visión de conjunto de la situación en cada país.

Nuestro informe está diseñado para dotar a las partes interesadas de una exhaustiva visión de conjunto. También proporcionará una alerta temprana de las nuevas tendencias en materia de drogas, ayudará a identificar prioridades para la planificación estratégica nacional y local, permitirá hacer comparaciones entre países y facilitará las evaluaciones mediante la presentación de datos sobre tendencias. El informe se complementa con nuestra reciente publicación trienal *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas de las drogas: una Guía Europea* (2017).



Este año estamos viendo algunos signos preocupantes de un aumento de los niveles de producción de un gran número de sustancias en Europa, en puntos más próximos a los mercados de los consumidores. Los avances tecnológicos facilitan este desarrollo y, además, conectan a los productores y consumidores europeos de drogas con los mercados mundiales a través de la internet superficial y la internet oscura. También señalamos que el aumento de la producción de cocaína en Sudamérica está repercutiendo ahora en el mercado europeo, lo que supone un mayor riesgo de problemas



de salud para los consumidores y desafíos más complejos para los cuerpos y fuerzas de seguridad, ya que los traficantes cambian de rutas de suministro y las modifican. Otro motivo de preocupación que debe vigilarse son los datos que revelan un aumento de la disponibilidad y el consumo de *crack* en Europa.

Las nuevas sustancias psicoactivas disponibles en los mercados de drogas europeos siguen causando problemas de salud pública y planteando retos a los responsables de la formulación de políticas. La reciente legislación de la UE ha reforzado el intercambio de información sobre las nuevas sustancias que aparecen en el mercado y ha reducido el tiempo que se tarda en evaluar el riesgo de estas sustancias y controlarlas en toda Europa. Los opioides sintéticos y los cannabinoides muy potentes están causando problemas en diversos contextos y, en el caso de los derivados del fentanilo, están aumentando el peligro para los consumidores de estas drogas y para los profesionales de primera línea. Al abordar este reto se ha prestado nuevamente atención al papel del antídoto opioideo naloxona en las estrategias de respuesta a la sobredosis y al acceso al mismo que tienen los consumidores.

Creemos que las amenazas que plantean las drogas para la salud pública y la seguridad en Europa siguen precisando una respuesta multidisciplinar de alto nivel. El nuevo plan de acción de la UE adoptado en 2017 establece el marco para la cooperación europea necesaria.

Nuestro informe y el análisis que presenta son un testimonio del sólido apoyo que recibimos de nuestros socios nacionales e institucionales. La información aportada por nuestros centros de referencia nacionales de la red Reitox y por los expertos nacionales nos permite elaborar una visión de conjunto única de la situación de las drogas en Europa. Queremos dar las gracias asimismo a nuestros socios a escala europea, en concreto, a la Comisión Europea, Europol, al Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y a la Agencia Europea de Medicamentos. También expresamos nuestro agradecimiento a las redes especializadas que han colaborado con nosotros y nos han permitido incorporar a nuestro informe datos de vanguardia e innovadores en las áreas de análisis de las aguas residuales, encuestas escolares y urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas.

**Laura d'Arrigo**

Presidenta del Consejo de Administración del EMCDDA

**Alexis Goosdeel**

Director del EMCDDA







## Nota introductoria y reconocimientos

Este Informe se basa en la información facilitada al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), en un proceso de presentación de informes anuales, 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 2016 (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 periodo especificado. 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) y la European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus);
- el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea y la Oficina de Publicaciones Oficiales de la Unión Europea.

### 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](#).

# Comentario

**Los avances en los países europeos influyen y manifiestan la influencia de las tendencias mundiales en el consumo de drogas**

# Conocer los problemas relacionados con las drogas en Europa y desarrollar respuestas eficaces

En este comentario analizamos algunos de los factores esenciales que parecen influir tanto en las pautas de consumo de drogas que vemos en Europa en 2018, como en los problemas de salud, sociales y de seguridad relacionados con ellas. Un punto de partida de esta discusión es la observación general de que, en términos históricos, el problema de las drogas en Europa no solo está atravesando una fase especialmente dinámica, sino que, en términos generales, los datos existentes indican que la disponibilidad de drogas es elevada y en algunas zonas incluso está aumentando. Esto presenta una serie de nuevos retos importantes para las respuestas nacionales y europeas existentes frente al consumo de drogas y a los problemas relacionados con las drogas, algunas de cuyas implicaciones se comentan a continuación.

## Signos del aumento de la producción de drogas en Europa

Los avances en los países europeos influyen en las tendencias mundiales en el consumo de drogas y muestran

la influencia de dichas tendencias. En el caso de algunas drogas estimulantes sintéticas, como la MDMA, Europa es un productor importante, ya que exporta productos y procesos a otras partes del mundo. En cuanto al cannabis, la producción europea ha desplazado en cierta medida a la importación y aparentemente ha influido en los modelos de negocio de los productores externos. Una consecuencia de ello puede verse en el aumento de la potencia de la resina de cannabis que se introduce actualmente en Europa.

En el caso de la cocaína y la heroína, las otras dos drogas ilegales de origen vegetal más importantes, la producción se sigue concentrando en los países latinoamericanos y asiáticos, respectivamente. Los datos globales indican que la producción de ambas sustancias ha ido aumentando. La influencia de todo ello en Europa merece un análisis detallado. En el caso de la heroína, a pesar de que su pureza es relativamente alta a nivel callejero, el consumo general permanece estable y las tasas de inicio en el consumo parecen bajas. En cambio, en el caso de la cocaína, hay varios indicadores que siguen una tendencia al alza. Todo ello se aborda con mayor detalle más adelante. Sin embargo, con ambas sustancias, los datos de incautaciones sugieren algunos cambios recientes en la cadena de producción que pueden tener consecuencias importantes en el futuro. Todavía se observan en Europa el procesamiento secundario y la extracción de cocaína de «materiales de soporte», al igual que la importación de grandes volúmenes de esta droga ocultos en contenedores de transporte. En lo que atañe a la heroína, un nuevo avance es que se han detectado y desmantelado laboratorios que transformaban morfina en heroína en varios países europeos. Es probable que la razón sea la mayor disponibilidad y el coste

considerablemente menor de anhídrido acético, un producto químico precursor fundamental para la producción de heroína, en Europa en un momento en el que están aumentando las cosechas de opio. Este avance ilustra no solo la naturaleza coordinada a escala mundial de las modernas redes de producción de drogas, sino también la necesidad de formular respuestas para el control de las drogas, como controles de los precursores, dentro de una perspectiva mundial.

Asimismo, aunque parece que los esfuerzos europeos e internacionales para restringir la producción y la disponibilidad de nuevas sustancias psicoactivas están teniendo cierta repercusión, también se han publicado informes de la elaboración de comprimidos y la fabricación de estas sustancias dentro de las fronteras europeas. Hasta la fecha, estos avances en la producción de nuevas drogas parecen limitados. Sin embargo, los cambios en este terreno pueden afectar rápidamente a los problemas relacionados con las drogas, por lo que se necesita vigilancia para garantizar que Europa esté preparada para responder mejor a posibles amenazas futuras en este campo.

### Venta por internet: Europa en un mercado mundial

La venta de drogas por internet representa otro buen ejemplo de la velocidad a la que puede producirse un cambio, lo que plantea desafíos a los modelos existentes de políticas y respuestas y a la vigilancia en materia de drogas. En un reciente informe conjunto del EMCCDDA y Europol se analiza el papel de los proveedores y los consumidores europeos en este mercado mundial. Se estimó que los proveedores de la UE fueron los responsables de casi la mitad de las ventas de drogas en la «internet oscura» entre 2011 y 2015. Las ventas en línea son actualmente pequeñas en relación con el mercado global de drogas ilegales, pero parecen estar creciendo. Aunque la atención se centra a menudo en la internet oscura, también es evidente que en el caso de las nuevas sustancias psicoactivas y el consumo abusivo de medicamentos, las redes sociales y la internet superficial pueden ser igualmente importantes. Es especialmente preocupante la aparición de nuevas sustancias relacionadas con las benzodiazepinas. Desde 2015, se han denunciado 14 nuevas benzodiazepinas al Sistema de alerta temprana de la UE. Estas sustancias no son medicamentos autorizados en la Unión Europea y se sabe muy poco sobre su toxicología; sin embargo, es probable que los riesgos aumenten cuando se consuman con drogas ilegales o alcohol. Parece que la disponibilidad tanto de las benzodiazepinas consolidadas como de las nuevas en el mercado de las drogas ilegales está

aumentando en algunos países, y se sabe que estas sustancias desempeñan un papel importante pero a menudo ignorado en las muertes por sobredosis de opioides. Los recientes signos de que el uso de estas sustancias puede estar creciendo entre los jóvenes son especialmente preocupantes, y este aspecto necesita más investigación, consideración de las políticas y esfuerzos de prevención. El uso de benzodiazepinas entre los consumidores de drogas de alto riesgo es un tema que se trata en un suplemento en línea de este informe.

### Consecuencias del aumento del suministro de cocaína

Parece que el aumento de la producción de cocaína en América Latina se está empezando a sentir en el mercado europeo. En algunos países, el análisis de aguas residuales ha proporcionado una advertencia temprana de una mayor disponibilidad y uso de la droga, lo que ahora también se refleja en otras fuentes de datos. Pese a que los precios de la cocaína se han mantenido estables, su grado de pureza es, en la actualidad, el más alto de los últimos diez años en Europa. Históricamente, la mayor parte de la cocaína que entraba en Europa pasaba por la península ibérica. Recientemente se han producido grandes incautaciones en otros lugares, lo que indica que esta ruta puede haber perdido cierta importancia, ya que cada vez es mayor el tráfico de cocaína en Europa a través de grandes puertos de carga. A este respecto hay que destacar que, en 2016, Bélgica superó a España como país con el mayor volumen de cocaína incautada.

En general, las consecuencias del consumo de cocaína para la salud pública son difíciles de cuantificar, ya que es complicado detectar su influencia en los problemas agudos y en los daños para la salud a largo plazo y a menudo pasa inadvertida. No obstante, cabe esperar que haya más problemas si aumenta la prevalencia del consumo y, en particular, los patrones de consumo de alto riesgo. Uno de los signos de que eso puede estar sucediendo es el aumento del número de primeros ingresos para recibir tratamiento especializado relacionado con la cocaína, aunque no se han recuperado las elevadas cifras observadas por última vez hace diez años. Es inquietante que se haya incrementado ligeramente el consumo declarado de *crack*, aunque sigue siendo poco común, y existe cierta preocupación porque este aumento puede estar empezando a afectar a más países. En general, persiste la necesidad de comprender mejor lo que constituye un tratamiento eficaz para los consumidores de cocaína, incluida la mejor forma de responder a los problemas relacionados con la cocaína que pueden coexistir con la dependencia de opioides.

## Las nuevas sustancias psicoactivas siguen suponiendo un reto para la salud pública

El éxito del Sistema de alerta temprana de la UE para nuevas sustancias psicoactivas pone de relieve la importancia que tiene estar preparados para nuevos retos. Se ha reconocido internacionalmente que este sistema dota a Europa de una capacidad de identificar y responder a la aparición de drogas que no existe en ninguna otra parte. Recientemente se ha reforzado la legislación de la UE en esta materia, aumentando la velocidad de notificación y, al mismo tiempo, incorporando al sistema nuevos proveedores de información. Las nuevas sustancias psicoactivas suponen un reto cambiante para la política sobre drogas. En total, se monitorizan unas 670 sustancias a través del sistema, y cada año se notifica la presencia de alrededor de 400 de ellas. La lista de sustancias que aparecen en el mercado de drogas sigue creciendo, de modo que cada semana se notifica una nueva sustancia psicoactiva adicional en Europa. Aunque el número de sustancias nuevas que hacen su aparición es inferior al máximo alcanzado en 2015, el consumo de estas drogas sigue teniendo enormes consecuencias negativas para la salud pública.

La aparición en Europa de opiáceos sintéticos y cannabinoides sintéticos relacionados con muertes e intoxicaciones agudas llevó al EMCDDA a evaluar un inusitado número de sustancias por sus riesgos para la salud pública. Este proceso puede desencadenar una respuesta legislativa acelerada en toda la Unión Europea. También se presentaron datos a la Organización Mundial de la Salud en 2017, y actualmente se está planteando el control internacional de algunas de estas sustancias. En 2017 se investigaron cinco derivados del fentanilo. Estas sustancias se encontraban disponibles en varias formas novedosas, incluidas las pulverizaciones nasales. A veces también se encontraban mezcladas con otras drogas, como la heroína, la cocaína o los medicamentos falsos, con la consecuencia de que los usuarios a menudo no sabían que estaban consumiendo la sustancia. La aparición de estas potentes drogas, adquiridas con frecuencia por internet, plantea retos importantes para el sector sanitario y para los cuerpos y fuerzas de seguridad. Las sustancias son fáciles de transportar y ocultar, y una pequeña cantidad suele ser suficiente para preparar muchos cientos de miles de dosis potenciales para la calle. Desde el punto de vista de la salud, se suman a la ya considerable carga atribuida a las muertes por otros opioides. En los Estados Unidos, los derivados del fentanilo están contribuyendo enormemente a la crisis actual de los opioides y, en un corto espacio de tiempo, se han convertido en las sustancias más asociadas a muertes por sobredosis. En Europa no nos enfrentamos un problema de la misma magnitud, pero, no obstante, los informes al EMCDDA de muertes y sobredosis no mortales asociadas

a al fentanilo y derivados de fentanilo no controlados ponen de manifiesto la necesidad de una vigilancia continua.

## Los cannabinoides sintéticos están cada vez más relacionados con problemas de salud

Los informes de daños a la salud vinculados a los nuevos cannabinoides sintéticos llevaron a que el EMCDDA efectuara otras cuatro evaluaciones de riesgos en 2017. Los cannabinoides sintéticos se han asociado a muertes e intoxicaciones agudas. Un reciente informe del EMCDDA llamó la atención sobre los crecientes problemas para la salud y la seguridad derivados del consumo de estas sustancias en algunos centros penitenciarios europeos. También se hizo hincapié en que estos problemas a veces pasan inadvertidos, debido a la facilidad con la que estas sustancias se pueden pasar de contrabando en las cárceles y a las dificultades para detectar su consumo.

Los cannabinoides sintéticos se comercializaron por primera vez como alternativas legales a los productos naturales de cannabis, pero son diferentes en muchos sentidos. Si bien al principio se asociaban más al consumo recreativo, hoy en día los cannabinoides sintéticos son objeto de consumo problemático en grupos sociales más marginados, como las personas sin hogar, aunque, en general, seguimos sin conocer totalmente las pautas de consumo de estas drogas. La información existente indica que la prevalencia del consumo de cannabinoides sintéticos es generalmente baja, pero estas sustancias tienen un potencial considerable de provocar daños. Se puede observar un indicio a este respecto en datos recientes de Turquía, donde el aumento global de las muertes inducidas por drogas se explica en parte por el consumo de cannabinoides sintéticos.

**Opioides y cannabinoides sintéticos, relacionados con muertes e intoxicaciones agudas**

## El mercado cambiante del cannabis plantea nuevos desafíos para la política

El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida en Europa. La importancia de esta droga es evidente por el lugar que ocupa en las incautaciones, las infracciones de la legislación sobre drogas, las estimaciones de prevalencia y las nuevas peticiones de tratamiento. Los avances en América, que incluyen la legalización de la droga en algunos territorios, han permitido el rápido desarrollo de un mercado comercial de cannabis. El resultado es la innovación en las presentaciones disponibles de la droga y los sistemas de administración para su consumo. Se trata de variedades de cannabis de gran potencia, soluciones líquidas y productos comestibles. El mercado recreativo legal ha ido acompañado de reglamentos que permiten el acceso al cannabis con fines médicos o terapéuticos en algunos territorios. El EMCDDA vigila estos avances y facilita resúmenes explicativos de políticas para destacar algunos de los temas que propone debatir en Europa. Entre ellos, está la posibilidad de que puedan aparecer en el mercado de drogas europeo algunas de las nuevas formas de esta droga.

Los avances en Norteamérica han suscitado un interés renovado por el papel desempeñado por el cannabis en la conducción bajo los efectos de las drogas. En 2017, el EMCDDA acogió el tercer simposio internacional sobre conducción bajo los efectos de las drogas. El informe de los expertos internacionales que asistieron a este congreso destacó las dificultades que plantea la formulación de respuestas políticas eficaces en este campo, un tema de interés para los países con independencia de la situación jurídica de la droga.

Otras preguntas importantes sobre las políticas en este campo son qué constituye un tratamiento adecuado para los trastornos relacionados con el cannabis, cómo garantizar sinergias políticas con las estrategias para la reducción del tabaco y qué constituye una estrategia eficaz de reducción de daños en este ámbito. La prevalencia del consumo de cannabis en Europa sigue siendo elevada en términos históricos y se han observado aumentos recientes en algunos Estados miembros de la UE. También es elevada la potencia de la droga, tanto en resina como en hierba, tras haber aumentado considerablemente en el último decenio. Además de los problemas de salud pública, suscita preocupación el modo en que este importante mercado ilegal influye en la seguridad y puede ayudar a financiar la delincuencia organizada. Teniendo en cuenta las numerosas cuestiones relacionadas, definir lo que constituye la respuesta más adecuada al consumo de cannabis es una tarea de creciente complejidad e importancia. El EMCDDA se ha comprometido a mejorar el conocimiento de estas cuestiones y a aportar la información exacta, científica

e imparcial necesaria para un debate fundamentado sobre este complejo tema de políticas.

## Respuesta a la sobredosis de opioides: importancia de la naloxona

Las muertes por sobredosis siguen siendo altas en Europa y los opioides están implicados en la mayoría de los casos. La aparición de los derivados del fentanilo en el mercado de drogas europeo refuerza los ya poderosos argumentos a favor de aumentar el acceso al antagonista de opioides naloxona. Existen cada vez más datos de que una mayor disponibilidad de esta sustancia, junto con formación en la manera de identificar y responder a las sobredosis, puede ayudar a evitar muertes entre los consumidores de opioides. Por tanto, cada vez hay más países que reconocen que el suministro de naloxona es un elemento importante en su estrategia de reducción de sobredosis. La disponibilidad de los derivados del fentanilo aumenta aún más los riesgos en este campo, debido a su potencia y a que pueden ser utilizados por personas que nunca han consumido opioides o suponer un peligro para las personas que se exponen a ellos accidentalmente debido a su profesión, como los miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad. Estos avances apuntan a una necesidad urgente de revisar las políticas actuales relativas a la naloxona y aumentar la formación y la concienciación de los consumidores de drogas y los profesionales que pueden tener contacto con esta sustancia. Estas revisiones también deben tener en cuenta que las nuevas formulaciones no inyectables, como los pulverizadores nasales, pueden facilitar el consumo de naloxona en contextos mucho más diversos.

## Centros penitenciarios: un entorno importante para la aplicación de respuestas

La respuesta al consumo de drogas en el sistema penal es uno de los temas abordados en la publicación del EMCDDA *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas de las drogas: una Guía Europea*. El periodo posterior a la excarcelación entraña un riesgo especialmente alto para quienes han consumido opioides. Para abordar este problema, varios países han desarrollado programas innovadores que suministran naloxona y ofrecen formación a las personas que salen de la cárcel. Además del suministro de naloxona, la derivación a los servicios de tratamiento comunitario y de apoyo social adecuados es una respuesta clave en este campo. Esto pone de relieve la importancia de

**El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida en Europa**



## RESUMEN: ESTIMACIONES DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA UNIÓN EUROPEA

### Cannabis



#### Adultos (15-64)

Consumo en el último año **24,0 millones**  
7,2 %



Consumo a lo largo de la vida **87,6 millones**  
26,3 %



#### Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año **17,2 millones**  
14,1 %



Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Más bajo 3,5 % Más alto 21,5 %

### Cocaína



#### Adultos (15-64)

Consumo en el último año **3,5 millones**  
1,1 %



Consumo a lo largo de la vida **17,0 millones**  
5,1 %



#### Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año **2,3 millones**  
1,9 %



Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Más bajo 0,2 % Más alto 4,0 %

### MDMA



#### Adultos (15-64)

Consumo en el último año **2,6 millones**  
0,8 %



Consumo a lo largo de la vida **13,5 millones**  
4,1 %



#### Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año **2,2 millones**  
1,8 %



Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Más bajo 0,2 % Más alto 7,4 %

### Anfetaminas



#### Adultos (15-64)

Consumo en el último año **1,7 millones**  
0,5 %



Consumo a lo largo de la vida **11,9 millones**  
3,6 %



#### Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año **1,2 millones**  
1,0 %



Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Más bajo 0 % Más alto 3,6 %

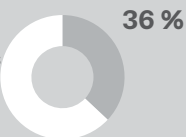
### Opioides



Consumidores de opioides de alto riesgo **1,3 millones**

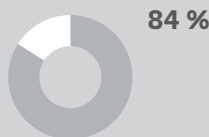
#### Solicitudes de tratamiento de la drogodependencia

Droga principal en el **36 %** de las solicitudes de tratamiento por drogodependencia en la Unión Europea



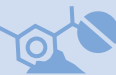
#### Sobredosis mortales

Se detectaron opioides en el **84 %** de las muertes por sobredosis



**628 000** consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en 2016

### Nuevas sustancias psicoactivas



Estudiantes de 15 a 16 años de 24 países europeos

Consumo en el último año **3,0 %**



Consumo a lo largo de la vida **4,0 %**



Fuente: Informe ESPAD de 2015, Cuadros adicionales.

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

la administración de justicia en general y de los centros penitenciarios en particular como lugar crítico para abordar los problemas de los consumidores de drogas de alto riesgo. Puede lograrse un cuantioso beneficio para la comunidad si se evalúa a los consumidores de drogas y se abordan sus necesidades sanitarias y sociales antes de su encarcelación.

Un ejemplo de ello es el valor potencial que puede obtenerse intensificando las pruebas de detección y el tratamiento de las enfermedades infecciosas en la población reclusa. Esto ha cobrado especial importancia tras el compromiso de la Unión Europea de erradicar el virus de la hepatitis C. El consumo de drogas por vía parenteral es la principal forma de transmisión de esta infección. Ahora se dispone de nuevos tratamientos eficaces, pero sigue siendo un desafío garantizar que los pacientes infectados tengan acceso a ellos. Las cárceles y los servicios de tratamiento de drogodependencias son importantes para identificar a las personas con infección por el VHC. En 2018, el EMCDDA apoyará una nueva iniciativa para aumentar la concienciación y fomentar el acceso a las pruebas de detección y el tratamiento de la hepatitis C con el fin de abordar este importante problema relacionado con las drogas.

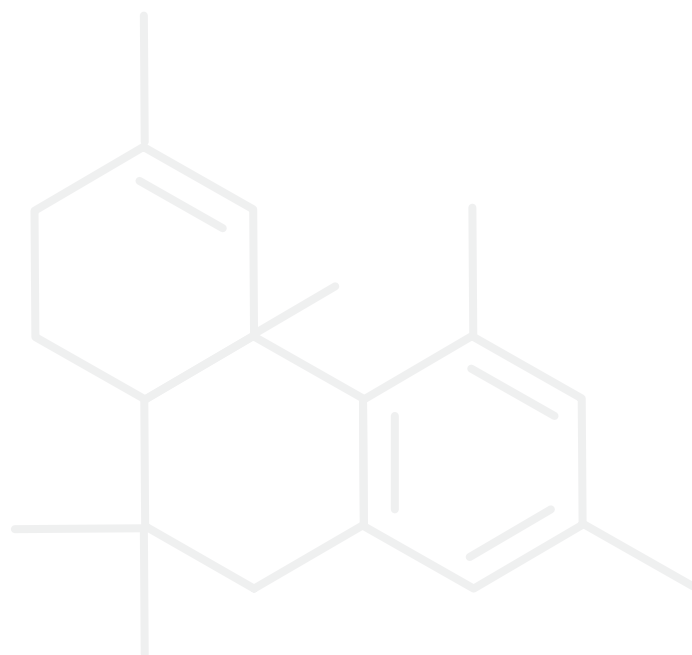
### Los sistemas de vigilancia deben detectar los cambiantes problemas de las drogas

Aunque los datos sobre la disponibilidad de nuevas sustancias psicoactivas son cada vez mejores, sigue siendo muy difícil calcular la demanda de estas sustancias en Europa. Estas dificultades se agravan cuando se tiene en cuenta el consumo abusivo de medicamentos desviados para usos ilegales, falsos o no autorizados.

Una observación importante es que nuestras herramientas de vigilancia actuales pueden dejar de detectar algunos cambios importantes que están experimentando las pautas

de consumo de drogas. Es preciso seguir invirtiendo en estrategias de vigilancia establecidas y nuevas, como análisis de aguas residuales, encuestas basadas en internet y estudios de tendencias, para mantenerse al tanto de estos cambios. El EMCDDA publicó recientemente los resultados de una evaluación anual de la presencia de restos de drogas en las aguas residuales de ciudades de 19 países europeos, que demostraron la utilidad de estas fuentes de información complementarias para brindar una visión más oportuna de las tendencias del consumo de drogas que la ofrecida por fuentes de datos más tradicionales.

Además de apoyar la recogida de datos en Europa, la Unión Europea también está ayudando a terceros países a desarrollar su capacidad de vigilancia. Las iniciativas emprendidas con este fin engloban proyectos de asistencia técnica financiados por la Comisión Europea para países candidatos a la adhesión a la UE, candidatos potenciales y países de la vecindad. Estas actividades no solo son importantes porque los problemas relacionados con las drogas están agravando los problemas de salud y seguridad existentes en los países fronterizos con la UE, sino también porque los avances en estos países interactúan con los problemas de las drogas que afrontamos en nuestros propios Estados miembros e influyen en ellos. Por consiguiente, el análisis presentado en el Informe Europeo sobre Drogas de este año reconoce abiertamente que para comprender los desafíos actuales y futuros que supone el consumo de drogas para la agenda europea de políticas de salud y seguridad, también es necesario comprender el alcance global de este problema.





# 1

**En el contexto global,  
Europa es un mercado  
de drogas importante**

# 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 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 y la India suministran nuevas sustancias psicoactivas. Hay además algunas drogas 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.

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 y la cocaína en los años 90. El mercado de drogas europeo continúa desarrollándose y en la última década han aparecido una amplia gama de nuevas sustancias psicoactivas. 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 y mercados en línea.

## 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, incautaciones de precursores de drogas y detención de envíos, desmantelamientos de instalaciones de producción, legislación en materia de drogas, infracciones de esta legislación, los precios de la droga al por menor y la pureza y potencia de las sustancias. En algunos ámbitos, la ausencia de datos de incautación de países clave dificulta el análisis de tendencias. Estas tendencias pueden deberse a varios factores, como 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 sus prioridades, y la eficacia de las medidas de prohibición. Los conjuntos completos de datos, junto con extensas notas metodológicas, pueden encontrarse en el Boletín estadístico.

Se presentan asimismo datos sobre notificaciones e incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificados al Sistema de alerta temprana 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. Puede verse una descripción detallada del Sistema de alerta temprana en el sitio web del EMCDDA, en el apartado [Action on new drugs](#).

## GRÁFICO 1.1

## Mercados de drogas ilegales en Europa: complejos y de múltiples niveles

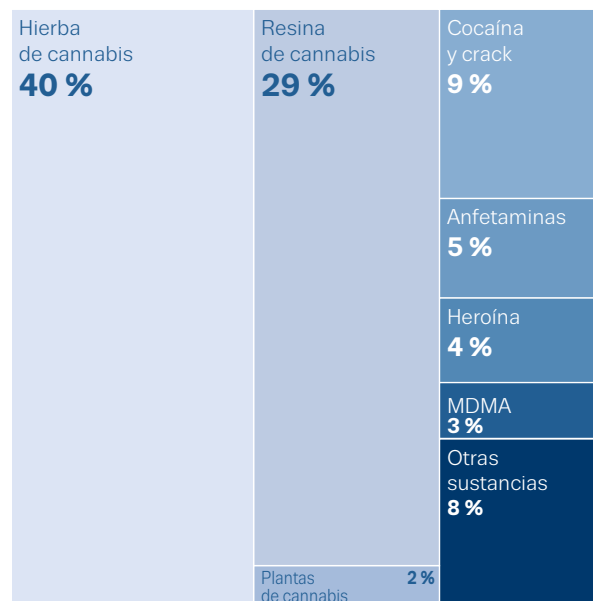
Los mercados de drogas ilegales son sistemas complejos de producción y distribución que generan grandes sumas de dinero a distintos niveles. La naturaleza del mercado dificulta su vigilancia. Sin embargo, una estimación conservadora valoraba el mercado minorista de drogas ilegales de la Unión Europea en 24 000 millones EUR en 2013, y el cannabis era el responsable de la mayor proporción (38 %), seguido de la heroína (28 %) y la cocaína (24 %).

Aunque todavía predominan los mercados físicos, en los últimos años los mercados en línea han cobrado importancia como plataformas para la comercialización y distribución de drogas ilegales. Esto ha brindado nuevas oportunidades para vigilar un sector de actividad comercial. En un reciente análisis del EMCDDA y Europol se identificaron más de 100 mercados en la internet oscura en todo el mundo, en los que vendedores y compradores utilizan diversas tecnologías para ocultar su identidad. Se calcula que dos tercios de todas las compras realizadas en estos mercados estaban relacionadas con las drogas. Los proveedores situados en la UE fueron los responsables de cerca del 46 % de los ingresos obtenidos con las drogas en estos mercados entre 2011 y 2015, la mayor parte de los cuales correspondieron a vendedores ubicados en Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido. Los estimulantes constituyen la mayor parte de todas las ventas de drogas en la red oscura en Europa. Los mercados de la internet oscura facilitan sobre todo la venta de cantidades pequeñas o la venta directa al consumidor, aunque según un análisis del mercado Alphasbay, el porcentaje de MDMA que se compraba con intención de venderla era mayor en comparación con otras drogas.

## Más de un millón de incautaciones de drogas ilegales

Las incautaciones de drogas ilegales por los cuerpos y fuerzas de seguridad representan un indicador importante de los mercados de drogas, y en 2016 se notificaron más de un millón de incautaciones de drogas ilegales en Europa. En su mayor parte, se trata de pequeñas cantidades decomisadas a los consumidores, aunque los alijos de varios kilogramos de drogas incautados a traficantes y productores representan la mayor proporción del total. El cannabis es la droga que se aprehende con más frecuencia, ya que supone más del 70 % del total de las incautaciones en Europa (gráfico 1.1). Los tres países donde se realiza el mayor número de incautaciones de drogas en la Unión Europea son España, el Reino Unido y Francia, y entre los tres concentran más del 60 % del total.

Número de incautaciones de drogas notificadas, desglose por drogas, 2016



Sin embargo, no se dispone de datos sobre el número de incautaciones en los Países Bajos y Polonia, mientras que los datos más recientes de Alemania, Irlanda y Eslovenia son de 2015, lo que añade un grado de incertidumbre al análisis.

## Cannabis: predominio de las incautaciones de resina y descenso de las cantidades de hierba

La hierba de cannabis («marihuana») y la resina de cannabis («hachís») son los dos principales productos de cannabis vendidos en el mercado de drogas europeo, mientras que en comparación raramente se encuentra aceite de cannabis. Los productos de cannabis representan el mayor porcentaje (38 %) del mercado minorista de drogas ilegales en la Unión Europea, cuyo valor mínimo se estima en 9 300 millones EUR (probablemente, entre 8 400 y 12 900 millones EUR). La hierba de cannabis que se consume en Europa procede tanto del cultivo interior como de otros países. La que se produce en Europa se cultiva principalmente en espacios cerrados. La resina de cannabis, aunque se produce cada vez más en Europa, es importada en su mayor parte, principalmente de Marruecos, y existen datos que evidencian que Libia se ha convertido en un centro de distribución fundamental para el tráfico de resina. Además, los Balcanes occidentales son un origen de hierba de cannabis y aceite de cannabis.

En 2016, se notificaron 763 000 incautaciones de productos de cannabis en la UE (420 000 de hierba, 317 000 de resina y 22 000 de planta). Desde 2009, el número de

incautaciones de hierba ha superado a las de resina, si bien se aprecian tendencias relativamente estables en ambos productos desde 2011 (gráfico 1.2). No obstante, la cantidad de resina incautada es más de tres veces superior a la de hierba (424 toneladas frente a 124 toneladas). En parte, esto se debe a que la mayor parte de resina se transporta a grandes distancias y a través de las fronteras nacionales, lo que hace este producto más vulnerable a la interceptación. En el análisis de las cantidades de cannabis incautadas, estas resultan ser especialmente altas en un pequeño número de países, en parte debido a su ubicación en las principales rutas de tráfico. A España, por ejemplo, como principal punto de entrada de la resina de cannabis producida en Marruecos, corresponden más de tres cuartas partes (76 %) de la cantidad total de resina incautada en la Unión Europea en 2016 (gráfico 1.3).

El aumento de la cantidad de hierba de cannabis aprehendida en 2016 está vinculado en parte a los

incrementos notificados en España, Grecia e Italia. Además, la incautación de hierba en Turquía fue mayor en 2016 (111 toneladas) que en 2015.

Las incautaciones de plantas de cannabis pueden considerarse un indicador de la producción de esta droga en un determinado país. Sin embargo, las diferencias entre los países, tanto en las prácticas de presentación de informes como en las prioridades de los cuerpos y fuerzas de seguridad, obligan a ser cautelosos en la interpretación de las incautaciones de plantas de cannabis. En 2015, el número de plantas aprehendidas en Europa fue de 11,5 millones, debido a la masiva interceptación en los Países Bajos ese año, antes del descenso a 3,3 millones de plantas en 2016, un nivel similar al de años anteriores. En 2016, se notificaron 1 200 incautaciones de aceite de cannabis, casi cuatro veces más que en 2015; las mayores cantidades se aprehendieron en Turquía (53 litros) y Dinamarca (14 litros).

## CANNABIS



### RESINA

#### Incautaciones

Número

**317 000** UE  **332 000** UE + 2

Cantidad

**424** UE  **463** UE + 2

Precio

(EUR/g)



Potencia

(% THC)

### HIERBA

#### Incautaciones

Número

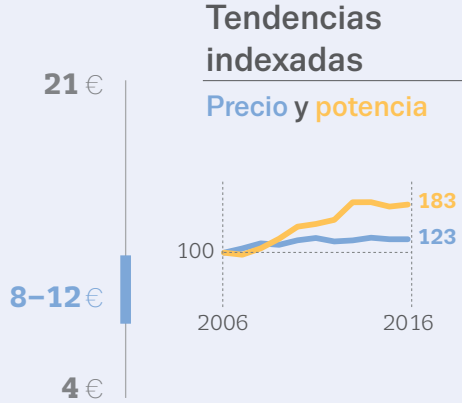
**420 000** UE  **454 000** UE + 2

Cantidad

**124** UE  **235** UE + 2

Precio

(EUR/g)



Potencia

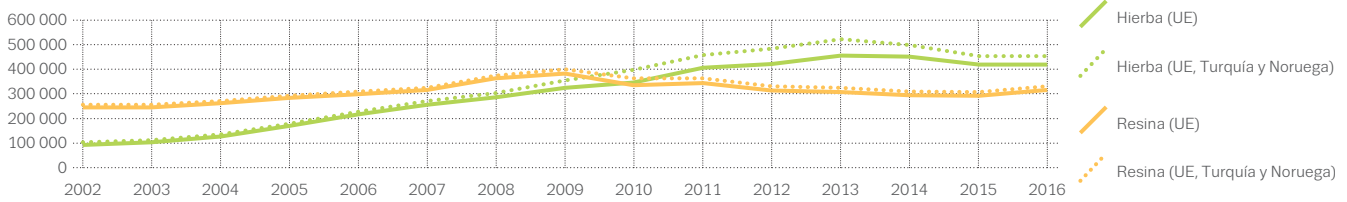
(% THC)

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.

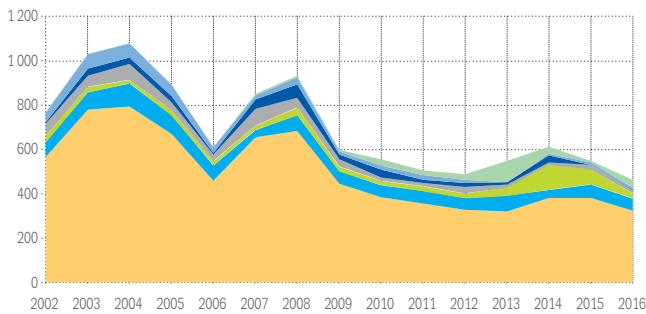
## GRÁFICO 1.2

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

Número de incautaciones

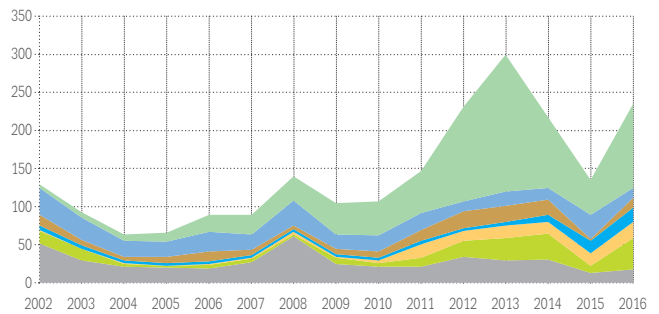


#### Resina (toneladas)



Turquía Reino Unido Portugal Otros países  
Italia Francia España

#### Hierba (toneladas)

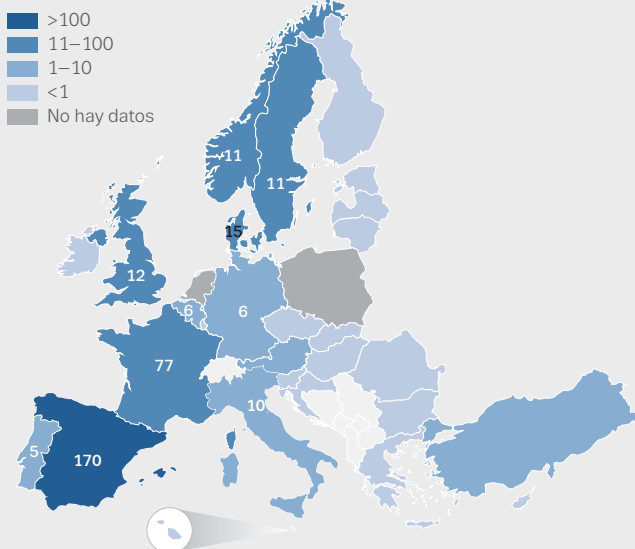


Turquía Reino Unido Grecia Francia  
España Italia Otros países

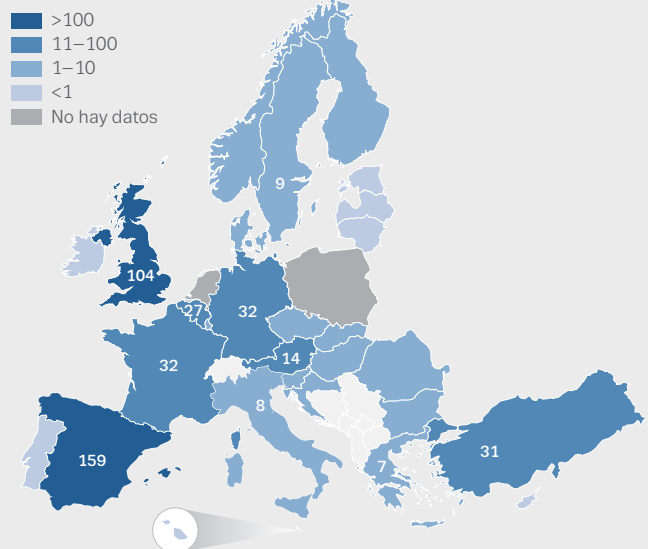
## GRÁFICO 1.3

### Incautaciones de resina de cannabis y hierba de cannabis, 2016 o año más reciente

Número de incautaciones de resina de cannabis (en miles)

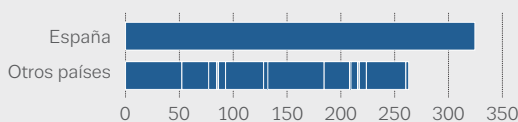


Número de incautaciones de hierba de cannabis (en miles)

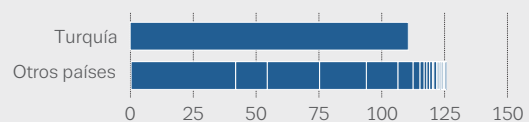


Nota: Número de incautaciones (en miles) en los diez países con los valores más altos.

Cantidad de resina de cannabis incautada (en toneladas)



Cantidad de hierba de cannabis incautada (en toneladas)





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 desde 2016. La potencia de ambas formas fue en aumento hasta 2013, y desde entonces la potencia de la hierba se ha estabilizado, en tanto que la potencia de la resina ha seguido aumentando. Esta circunstancia puede imputarse a la introducción en Europa de técnicas de producción intensivas, a la llegada a Marruecos de plantas de alta potencia y nuevas técnicas y a la existencia de productos de resina a base de plantas híbridas o múltiples variedades. Aunque, de media, la resina tiene mayor potencia que la hierba, los datos indican que su precio es similar.

### Incautaciones de heroína: disminución de la cantidad

La heroína es el opioide más consumido en el mercado de drogas europeo, y en 2013 su valor en el mercado minorista se estimó en más de 6 800 millones EUR (probablemente, entre 6 000 y 7 800 millones EUR). 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 en el pasado del Sudeste asiático pero que ahora también puede producirse en Afganistán o países vecinos. Otros opioides que se venden en los mercados ilegales son el opio y los medicamentos morfina, metadona, buprenorfina, tramadol y diversos derivados del fentanilo. Algunos opioides pueden

haberse desviado de suministros farmacéuticos legítimos, mientras que otros se han elaborado de forma ilegal.

Afganistán sigue siendo el primer productor ilegal mundial de opio y se cree que la mayor parte de la heroína de Europa se fabrica en ese país o en los vecinos Irán o Pakistán. Hasta hace poco, la producción de opioides ilegales en Europa se ha limitado a productos caseros de la adormidera producidos en algunos países orientales. Sin embargo, el descubrimiento de varios laboratorios que convertían morfina en heroína en los Países Bajos, España y la República Checa en los últimos años indica que en Europa se está fabricando heroína. Este cambio puede ser un reflejo del intento de los proveedores de reducir los costes, para lo cual se ocupan de las últimas etapas de la producción de heroína en Europa, donde se pueden obtener precursores como el anhídrido acético a precios más bajos que en los países productores de opio. Otro objetivo de la fabricación de la droga cerca del mercado de consumo es reducir los riesgos de interceptación.


## HEROÍNA

### Incautaciones

Número

**38 000** UE  **47 000** UE + 2

Cantidad

**4,3** UE  **9,9** UE + 2

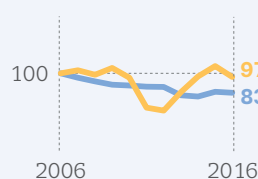
### Precio

(EUR/g)

**140** €  
**35-65** €  
**22** €

### Tendencias indexadas

Precio y pureza



### Pureza

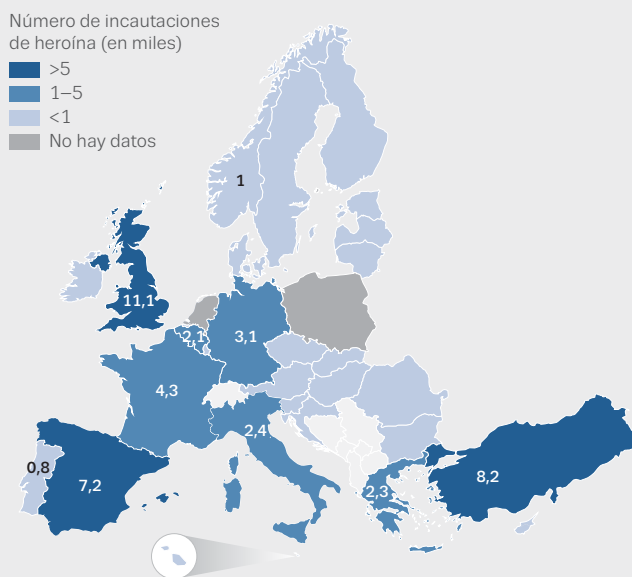
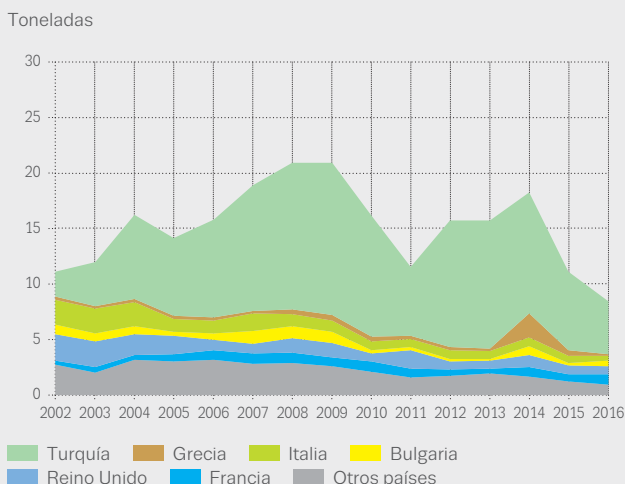
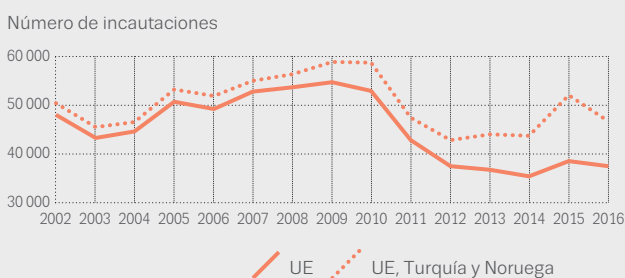
(%)

**41** %  
**15-29** %  
**11** %

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.

## GRÁFICO 1.4

Número de incautaciones de heroína y cantidades incautadas: tendencias y en 2016 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)



La heroína entra en Europa por cuatro rutas principales. 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. También ha surgido una ramificación de esta ruta que pasa por Siria e Irak. La ruta meridional, a través de la cual entran a Europa envíos de Irán y Pakistán por vía aérea o marítima, ya sea de forma directa o transitando por países africanos, ha cobrado importancia en los últimos años. Otras vías son la «ruta

septentrional» y una ruta de la heroína a través del sur del Cáucaso y a través del mar Negro.

Los mercados de drogas de una serie de países europeos experimentaron un descenso de la disponibilidad de la heroína en 2010/11, evidenciado por una disminución general de las incautaciones entre 2009 y 2014, antes de estabilizarse en 2015 y 2016. Entre 2002 y 2014, la cantidad de heroína incautada en la Unión Europea se redujo a la mitad, de 10 a 5 toneladas, y se ha estabilizado en los

## CUADRO 1.1

Incautaciones de opioides distintos de la heroína en 2016

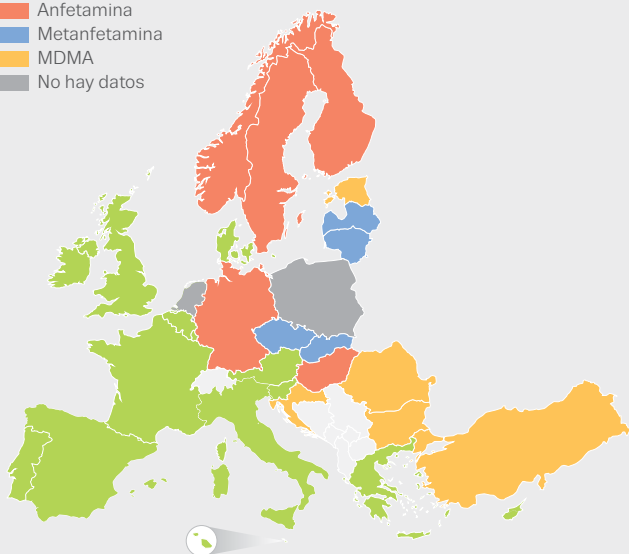
Opioide	Número	Cantidad			Número de países
		Kilogramos	Litros	Comprimidos	
Metadona	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorfina	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2,03		63 412 688	16
Derivados del fentanilo	738	1,55	1,2	11 792 (*)	12
Morfina	225	11,08		4 201	13
Opio	335	327,5			10
Codeína	339	20,65		9 506	9
Oxicodona	12	0,005		107	6

(\*) Parches o papel secante.

## GRÁFICO 1.5

Estimulante incautado con mayor frecuencia en Europa, 2016 o año más reciente

- Cocaína
- Anfetamina
- Metanfetamina
- MDMA
- No hay datos



últimos años, con 4,3 toneladas aprehendidas en 2016. En Turquía se sigue incautando más heroína que en el resto de países europeos juntos (gráfico 1.4), si bien la cantidad de heroína incautada en Turquía descendió de 8,3 toneladas en 2015 a 5,6 toneladas en 2016. Entre los países que presentan datos de forma sistemática, las tendencias indexadas indican que, tras un periodo de aumento rápido desde el mínimo de 2012, la pureza de la heroína en Europa disminuyó en 2016 en comparación con 2015, mientras que el precio ha bajado durante los últimos diez años.

Además de heroína, en países europeos se incautan productos opioides, pero estos representan una pequeña parte del total de aprehensiones. Los otros opioides que más se incautan son los de uso médico, como buprenorfina, tramadol y metadona (cuadro 1.1). En 2016 hubo un gran aumento del número de comprimidos de tramadol aprehendidos, y también se incautaron cantidades mucho mayores de derivados del fentanilo.

### El mercado de los estimulantes en Europa: diferencias regionales

Las principales drogas estimulantes ilegales disponibles en Europa son la cocaína, la anfetamina, la metanfetamina y la MDMA. El valor del mercado minorista de estimulantes en la UE se estimaba entre 6 300 y 10 200 millones EUR en 2013. Existen diferencias marcadas entre regiones en lo que respecta al estimulante más incautado (gráfico 1.5), debido a la ubicación de los puertos de entrada y las rutas de tráfico, los centros de producción principales y los grandes mercados de consumidores. La cocaína es el estimulante incautado con mayor frecuencia en muchos países del oeste y del sur, mientras que en los países del norte y del este predominan las aprehensiones de anfetaminas y de MDMA.

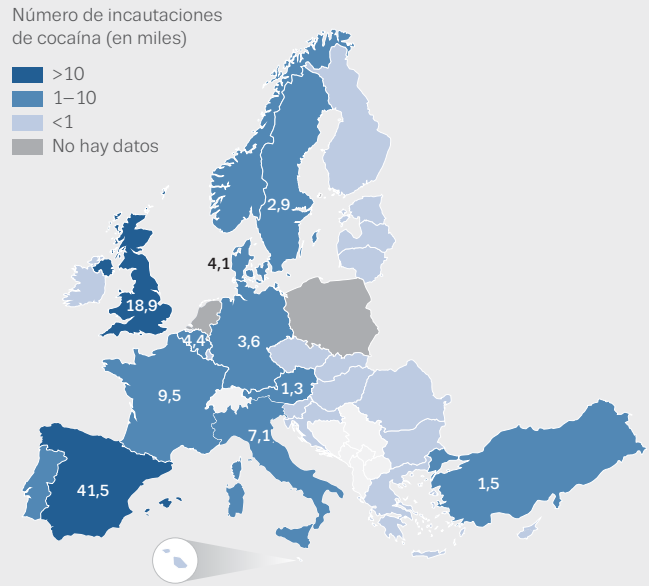
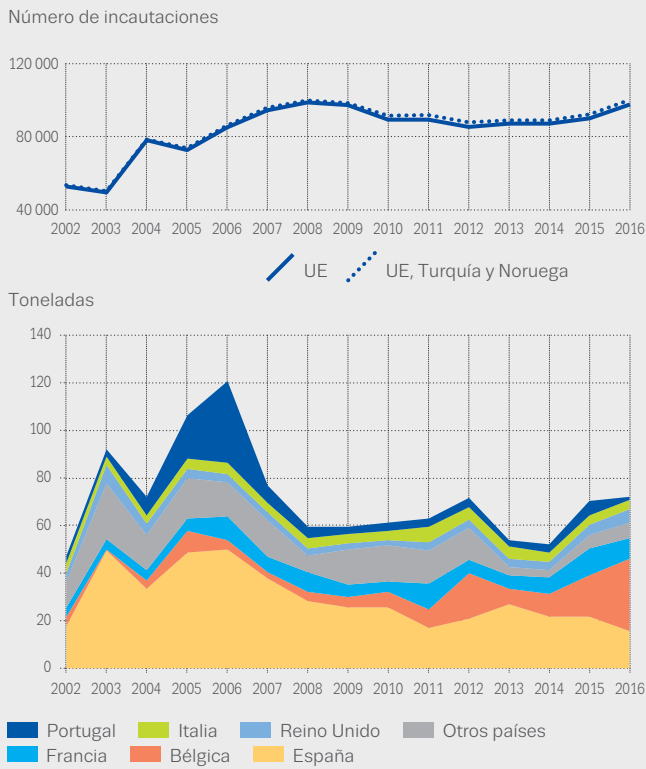
### El mercado de la cocaína: continúa el resurgimiento

En Europa, la cocaína está disponible de dos formas: la más común es el polvo de cocaína (en forma de sal) y la menos común es el *crack*, que se fuma (base libre). La cocaína se produce a partir de las hojas del arbusto de coca y se cultiva casi exclusivamente en Bolivia, Colombia y Perú. Se transporta a Europa por diversas vías, como vuelos de pasajeros comerciales, flete aéreo, servicios de correo, vuelos en aviones privados, yates y contenedores marítimos. El valor mínimo del mercado minorista de cocaína en la UE se estimaba en 5 700 millones EUR en 2013.

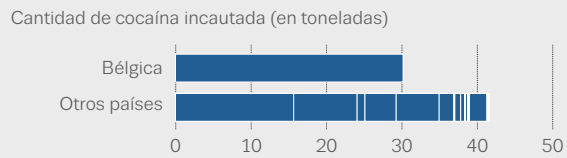
**La heroína es el opioide más común en el mercado de la droga de la UE**

## GRÁFICO 1.6

Número de incautaciones de cocaína y cantidades incautadas: tendencias y en 2016 o año más reciente



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



En 2016 se notificaron en la UE cerca de 98 000 incautaciones, lo que representa un total de 70,9 toneladas. En comparación con el año anterior, se produjo un pequeño aumento de la cantidad de cocaína incautada en 2016 y un aumento más acusado del número de incautaciones (véase el gráfico 1.6). Con incautaciones de

alrededor de 30 toneladas de cocaína, lo que representa el 43 % del total estimado en la UE en 2016, Bélgica desplazó a España (15,6 toneladas) como el país que registró el mayor número de incautaciones anuales de esta droga. También se notificaron incautaciones de más de 5 toneladas de cocaína en Francia (8,5 toneladas) y en el

## COCAÍNA

### Incautaciones

Número  
**98 000** UE **100 000** UE + 2

Cantidad  
**70,9** UE **71,8** UE + 2

### Precio

(EUR/g)

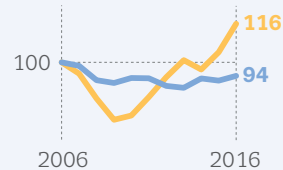
**105 €**  
**57-76 €**  
**44 €**

### Pureza

(%)

### Tendencias indexadas

Precio y pureza



**84 %**  
**51-73 %**  
**40 %**

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.

Reino Unido (5,7 toneladas). En general, las tendencias indexadas indican que la tendencia ascendente en la pureza de la cocaína, patente desde 2010, se ha mantenido en 2016, alcanzándose el máximo nivel de pureza en los últimos diez años.

En Europa se incautaron en 2016 otros productos de coca, como 569 kg de líquido que contenía cocaína y 3 kg de hojas de coca. Además, la incautación de 79 kg de pasta de coca en España y de otros 7 kg en Italia apunta a la existencia de laboratorios ilegales que producen clorhidrato de cocaína en Europa. Este avance indica un cambio en las tácticas de producción de algunas organizaciones delictivas, puesto que anteriormente la mayor parte de los laboratorios de cocaína localizados en Europa eran instalaciones de extracción secundarias, destinadas a extraer la cocaína de materiales en los que se había integrado (como vino, ropa o plásticos).

### Producción de drogas: avance de los productos químicos precursores

Los precursores son productos químicos necesarios para la fabricación de drogas ilegales. Puesto que muchos de ellos tienen usos legítimos, no están prohibidos, pero su comercio es objeto de vigilancia e inspección a través de los reglamentos de la UE, que controlan determinados

productos químicos (es decir, los añaden a la lista de sustancias controladas). Su disponibilidad tiene un gran efecto sobre el mercado de drogas sintéticas, así como sobre los métodos de producción empleados en laboratorios ilegales. Las técnicas de producción están evolucionando constantemente para eludir los controles, y los cambios suelen consistir en el uso de productos químicos no controlados para fabricar drogas sintéticas o sus precursores, como el N-t-BOC-MDMA (N-terc-butiloxicarbonil-MDMA), que se ha detectado recientemente. El procesamiento adicional obliga a utilizar más productos químicos y genera más residuos, lo que puede causar daños medioambientales.

Los datos sobre incautaciones y envíos interceptados de precursores de drogas confirman el uso de sustancias químicas controladas y no controladas para la producción en la UE de drogas ilegales, en particular anfetaminas y MDMA (cuadro 1.2). El control al que se sometió a finales de 2013 el precursor de BMK (bencilmetilcetona) APAAN (alfa-fenilacetoacetnitrilo) sigue siendo eficaz, ya que las incautaciones descendieron de 48 000 kg en 2013 a unos 600 kg en 2016. Las incautaciones de productos químicos alternativos como APAA (alfa-fenilacetoacetamida) y derivados glicídicos de BMK, que también se pueden convertir fácilmente en BMK, notificados por primera vez en 2015, aumentaron de manera pronunciada en 2016.

## CUADRO 1.2

Resumen de incautaciones y envíos interceptados de precursores controlados en la UE y productos químicos no controlados, utilizados para la producción de determinadas drogas sintéticas en la UE, 2016

Controlado/no controlado	Incautaciones		Envíos interceptados		TOTALES	
	Número	Cantidad	Número	Cantidad	Número	Cantidad
<b>MDMA o sustancias relacionadas</b>						
PMK (litros)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrol (litros)	5	63	0	0	5	63
Piperonal (kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
Derivados glicídicos de PMK (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
<b>Anfetamina y metanfetamina</b>						
Efedrina, a granel (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (litros)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoefedrina, a granel (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, ácido fenilacético (kg)	0	0	5	112	5	112
APAAN (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
Derivados glicídicos de BMK (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

Las aprehensiones de PMK (piperonil metilcetona) y de productos químicos no controlados para la fabricación de MDMA aumentaron en 2016. Las incautaciones de PMK en Francia y de derivados glicídicos de PMK en Bulgaria, así como los envíos interceptados de precursores en España indican una diversificación de las rutas de tráfico.

### Anfetamina y metanfetamina: las incautaciones se mantienen estables

La anfetamina y la metanfetamina son estimulantes sintéticos, a veces clasificados como «anfetaminas», por lo que puede resultar difícil diferenciarlas en algunas bases de datos. En los últimos diez años, las incautaciones ponen de manifiesto un aumento de la disponibilidad de metanfetamina, si bien sigue siendo menor que la de anfetamina.

Ambas drogas se fabrican en Europa para consumo interno. Hay indicios de que la producción de anfetamina tiene lugar principalmente en Bélgica, los Países Bajos y Polonia y, en menor medida, en los Estados Bálticos y Alemania. En algunos de estos países se han desmantelado laboratorios en los que se lleva a cabo la fase de producción final, la conversión del aceite base de anfetamina en sulfato de anfetamina. Esto indica que esta fase del proceso de fabricación se está trasladando a otros lugares, debido presumiblemente a la preferencia de algunos grupos por el tráfico de líquidos en lugar del producto elaborado para evitar la interceptación.

Parte de la anfetamina se fabrica para su exportación, principalmente a Oriente Medio, Extremo Oriente y Oceanía. Las incautaciones de comprimidos de anfetamina con el logotipo de Captagon también han aumentado recientemente, sobre todo en Turquía, donde se han aprehendido más de 13 millones de comprimidos en 2016.

## ANFETAMINAS



### ANFETAMINA

#### Incautaciones

Número

**34 000** UE **39 000** UE + 2

Cantidad

**5,7** UE **9,5** UE + 2

#### Precio

(EUR/g)



#### Pureza

(%)

**61 %**  
**20-31 %**  
**14 %**

### METANFETAMINA

#### Incautaciones

Número

**9 000** UE **14 000** UE + 2

Cantidad

**0,5** UE **0,8** UE + 2

#### Precio

(EUR/g)

**170 €**  
**19-71 €**  
**15 €**

#### Pureza

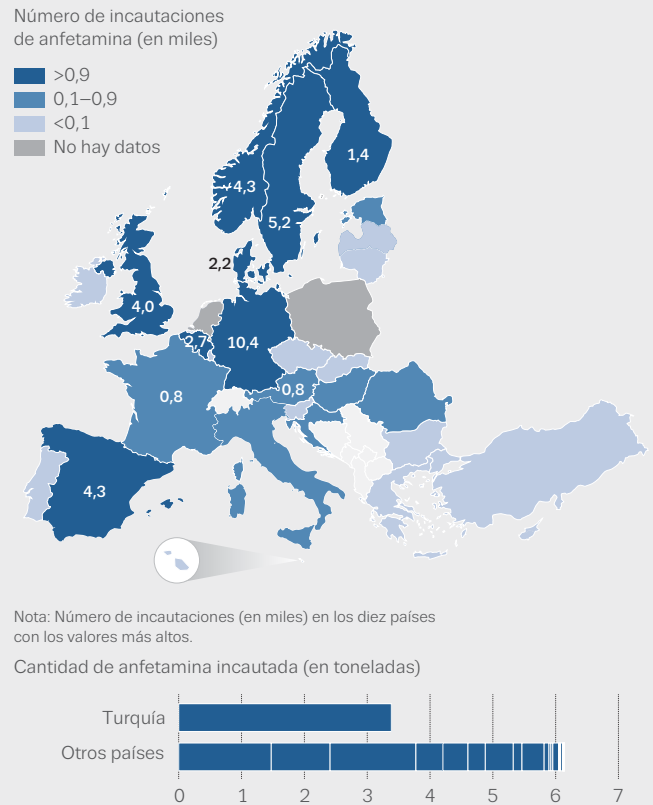
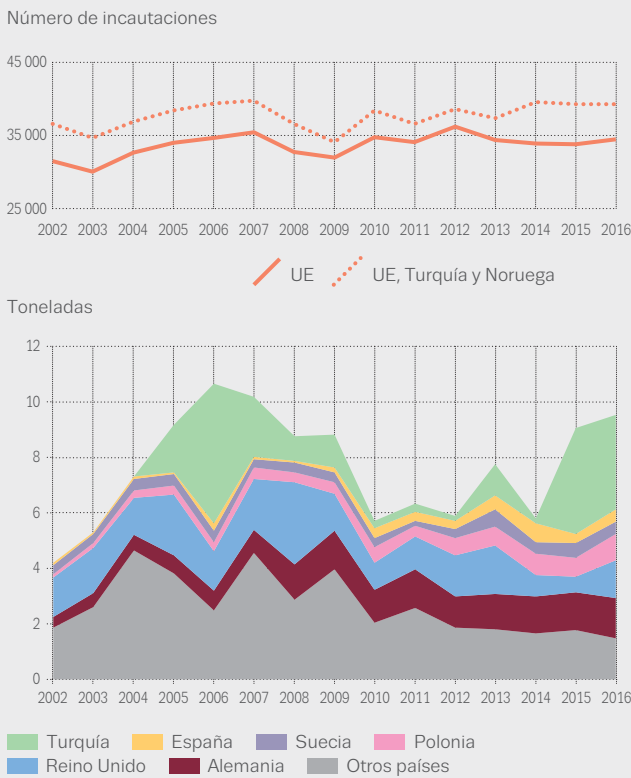
(%)

**73 %**  
**25-58 %**  
**22 %**

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 2016 o año más reciente



Tradicionalmente, la República Checa y, más recientemente, las zonas fronterizas con los países de la vecindad, han sido las regiones de origen de gran parte de la metanfetamina de Europa. En la República Checa, la metanfetamina se produce a partir principalmente del precursor pseudoefedrina, que se extrae de medicamentos importados sobre todo de Polonia y, cada vez más, de otros países a través de Polonia. La droga también puede fabricarse con BMK. De los 291 laboratorios ilegales de metanfetamina que se notificaron en la UE en 2016, 261 se detectaron en la República Checa. Pese al predominio de los laboratorios a pequeña escala que suministran el mercado interno, se han notificado instalaciones de producción a gran escala en manos de grupos de delincuencia organizada que producen metanfetamina para otros países europeos.

En 2016 los Estados miembros de la UE notificaron 34 000 incautaciones de anfetamina, con un total de 5,7 toneladas. En general, la cantidad de anfetamina incautada en la Unión Europea se mantiene estable, oscilando entre 5 y 6 toneladas cada año desde 2010 (gráfico 1.7). El número de incautaciones de metanfetamina es mucho más bajo: se notificaron 9 000 en la UE en 2016, lo que representa un total de 0,5 toneladas; la República Checa aprehendió la mayor proporción (gráfico 1.8). El número de incautaciones de metanfetamina ha mostrado una tendencia al alza desde

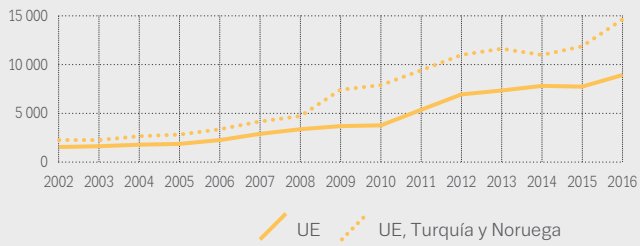
2002, mientras que la cantidad aprehendida se ha mantenido relativamente estable desde 2009. En 2016, también se incautaron grandes cantidades de anfetaminas en Turquía, sobre todo en forma de «Captagon» (1,3 millones de comprimidos o unas 3,4 toneladas de metanfetamina), y 0,25 toneladas de metanfetamina.

Por lo general, la pureza media notificada es superior en las muestras de metanfetamina que en las de anfetamina.

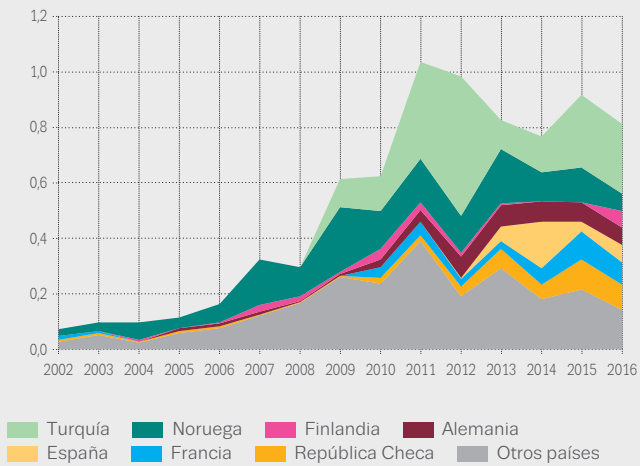
## GRÁFICO 1.8

### Número de incautaciones de metanfetamina y cantidades incautadas: tendencias y en 2016 o año más reciente

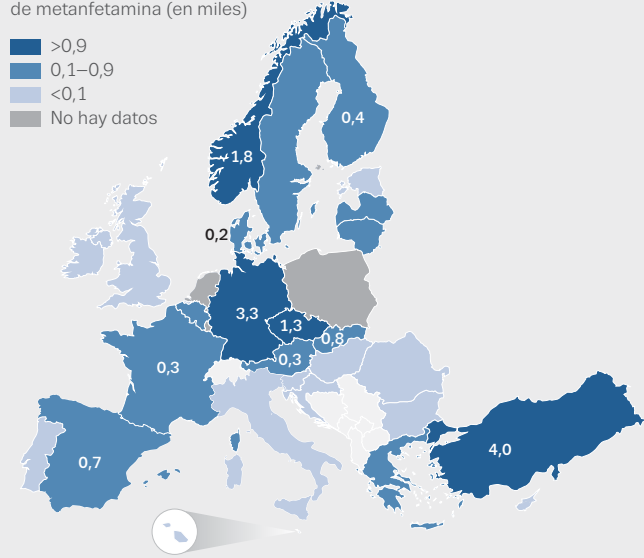
Número de incautaciones



Toneladas

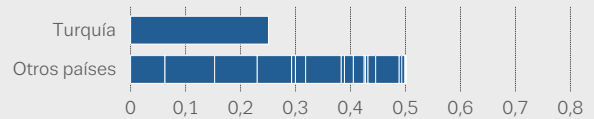


Número de incautaciones de metanfetamina (en miles)



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

Cantidad de metanfetamina incautada (en toneladas)



### MDMA: aumento de la producción y de las incautaciones

La sustancia sintética MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) está relacionada químicamente con las anfetaminas, pero se diferencia en

sus efectos. La MDMA se consume en forma de comprimidos (a menudo denominadas éxtasis) y también está disponible en polvo y forma cristalina. En el mercado se introducen constantemente nuevos diseños de comprimidos de MDMA, con colores, formas y logotipos diferentes. En 2013, el valor mínimo del mercado minorista de MDMA en la

## MDMA



### Incautaciones

Número



Cantidad



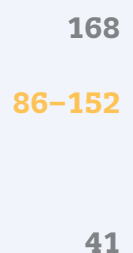
### Precio

(EUR/comprimido)



### Pureza

(mg de MDMA/comprimido)

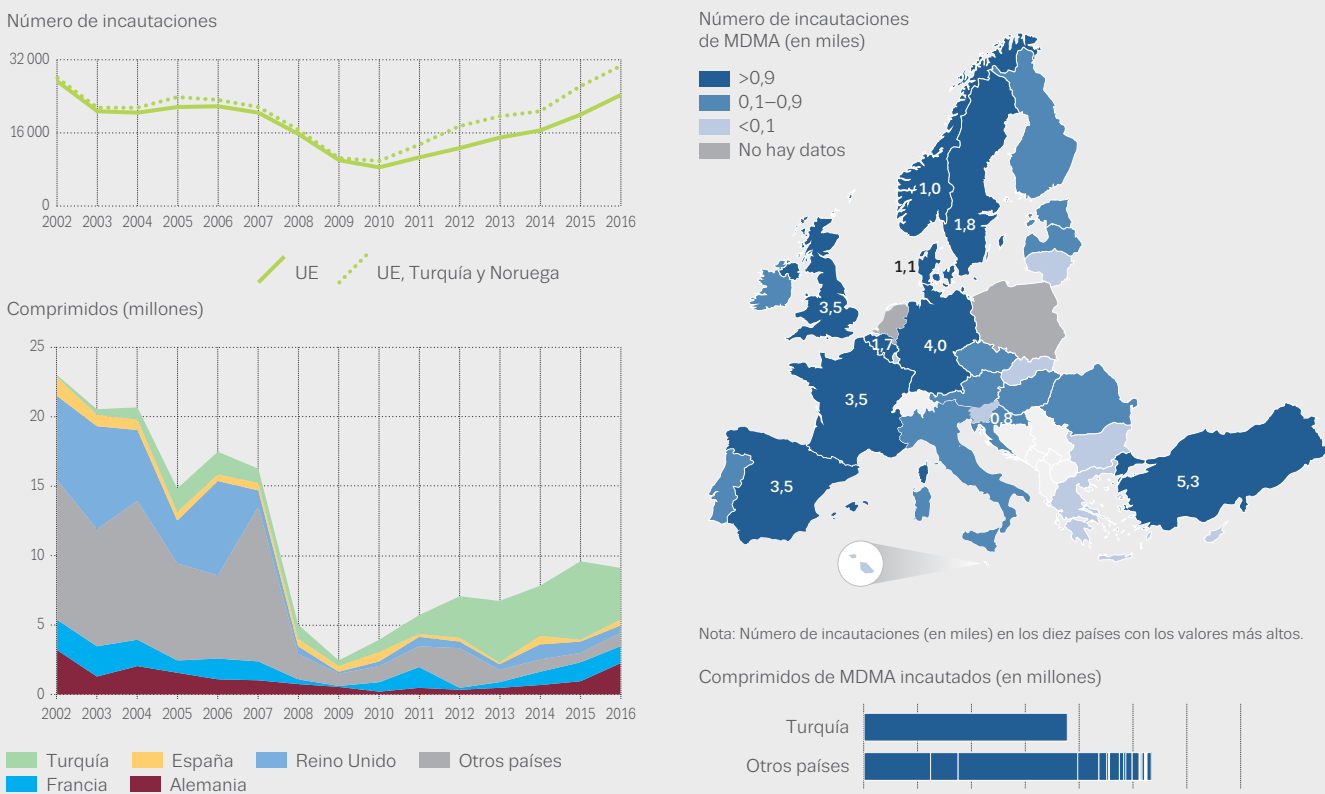


Nota: UE + 2 designa los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de la MDMA: valores medios nacionales (mínimo, máximo y rango intercuartílico). Los países comprendidos varían en función del indicador.



## GRÁFICO 1.9

Número de incautaciones de MDMA y cantidades incautadas: tendencias y en 2016 o año más reciente



Unión Europea se cifró en unos 7 000 millones EUR. Tras un periodo de baja disponibilidad debido a la escasez de los precursores necesarios para su fabricación, el mercado de MDMA se ha reavivado en los últimos años. El contenido medio de MDMA en comprimidos ha aumentado desde 2009 y su alta concentración en algunos lotes se ha asociado a daños y muertes.

La producción de MDMA en Europa está concentrada principalmente en los Países Bajos y Bélgica. En 2016 se dismantelaron 11 laboratorios de MDMA en la Unión Europea (10 en los Países Bajos y 1 en Bélgica), más del doble que en 2015. La MDMA producida en Europa también se exporta a otras partes del mundo; por ejemplo, la policía australiana comunicó que el mayor alijo de MDMA incautado en Australia en 2016 (1,2 toneladas) procedía de Europa.

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. Para el año 2016, no existen datos disponibles de los Países Bajos y se desconoce el número de incautaciones de Alemania y Polonia. En ausencia de estas contribuciones significativas, la cantidad de MDMA incautada en la UE se incrementó en 2016 y se estima en 5,3 millones de comprimidos y 295 kg de polvo.

El número de incautaciones de MDMA notificadas en la Unión Europea ha seguido aumentando desde 2010, al igual que la cantidad aprehendida, aunque cada año hay variaciones. En 2016 también se incautaron grandes cantidades de MDMA en Turquía: 3,8 millones de comprimidos (gráfico 1.9). Las tendencias indexadas muestran que el contenido de MDMA de los comprimidos incautados ha aumentado sustancialmente en los últimos años.

### Incautaciones de LSD, GHB y ketamina

En la UE se notifican asimismo incautaciones de otras drogas ilegales, como las 1 700 aprehensiones de LSD (dietilamida del ácido lisérgico) realizadas en 2016, con un total de 97 000 unidades. El número total de incautaciones de LSD casi se ha duplicado desde 2010, pese a que la cantidad ha sido fluctuante. Catorce países de la UE notificaron cerca de 1 800 incautaciones de ketamina, con un total estimado de 83 kg, la mayoría en Dinamarca, Italia y el Reino Unido. Noruega también notificó un pequeño número de incautaciones de ketamina: 50 incautaciones con un total de 0,2 kilogramos. En 2016, se notificaron incautaciones de GHB (gamma-hidroxitirato) o GBL (gamma-butilolactona) en 13 países de la UE, además de

Noruega y Turquía. En conjunto, el total estimado de 1 700 incautaciones ascendió a casi 360 kg y 1 400 litros, y Noruega representó más de una cuarta parte del número total de incautaciones.

### Nuevas sustancias psicoactivas: un mercado complejo

A finales de 2017, el EMCDDA vigilaba más de 670 nuevas sustancias psicoactivas identificadas en Europa. Se trata de sustancias que no están siendo objeto de control por los mecanismos internacionales de fiscalización y conforman un amplio abanico de drogas, como los cannabinoides sintéticos, los estimulantes, los opioides y las benzodiazepinas (gráfico 1.10). En la mayoría de los casos se comercializan como sucedáneos «legales» de drogas ilegales, mientras que otras veces se destinan a grupos pequeños que desean probarlos para ver sus posibles efectos novedosos.

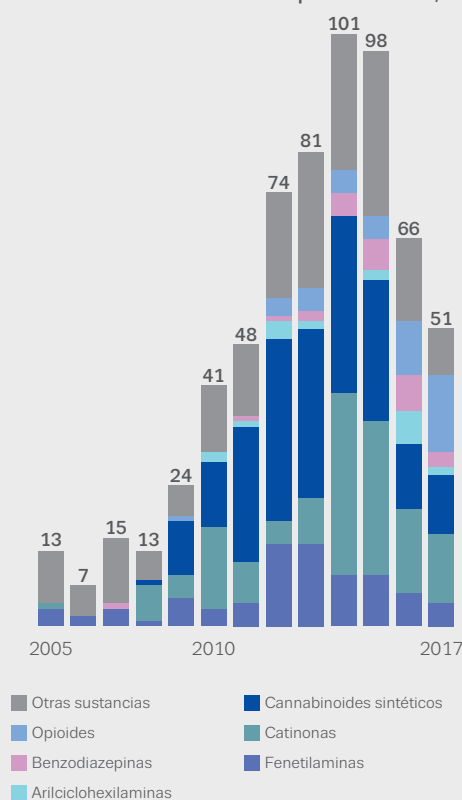
Con bastante frecuencia, empresas químicas y farmacéuticas de China producen cantidades a granel. De allí se envían a Europa, donde se transforman en productos que se envasan y se venden. Además, algunas se obtienen de medicamentos que o bien son desviados de la cadena de oferta legítima o bien son de procedencia ilegal. También pueden fabricarse en laboratorios clandestinos, en Europa o en otros lugares. Diversos indicadores, como las detecciones de laboratorios ilegales, el análisis de descargas de residuos de drogas sintéticas y las incautaciones de precursores, indican un aumento de este método de producción en los últimos años en Europa.

Algunas nuevas sustancias se venden abiertamente en tiendas físicas especializadas y en la internet superficial, a menudo como «euforizantes legales». Se comercializan asimismo en la internet oscura y en el mercado ilegal, unas veces bajo su propio nombre y otras falsamente, como drogas ilegales como la heroína, la cocaína, el éxtasis y las benzodiazepinas.

Casi el 70 % de las nuevas sustancias identificadas por el Sistema de alerta temprana de la UE se ha detectado en los últimos cinco años. A lo largo de 2017 se notificaron por vez primera en Europa 51 de ellas. Se trata de una cifra inferior a la de cualquiera de los cinco años anteriores y representa un descenso con respecto a los niveles máximos alcanzados en 2014 y 2015 de aproximadamente 100 nuevas identificaciones al año. Las causas de tal descenso no están claras, pero puede deberse, en parte, a las medidas adoptadas por los gobiernos de Europa dirigidas a su prohibición, sobre todo a su venta libre. Pueden haber contribuido también las medidas de control y la actuación de

## GRÁFICO 1.10

Número y categorías de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de alerta temprana de la UE, 2005-17



los cuerpos y fuerzas de seguridad en China contra los laboratorios que las producen.

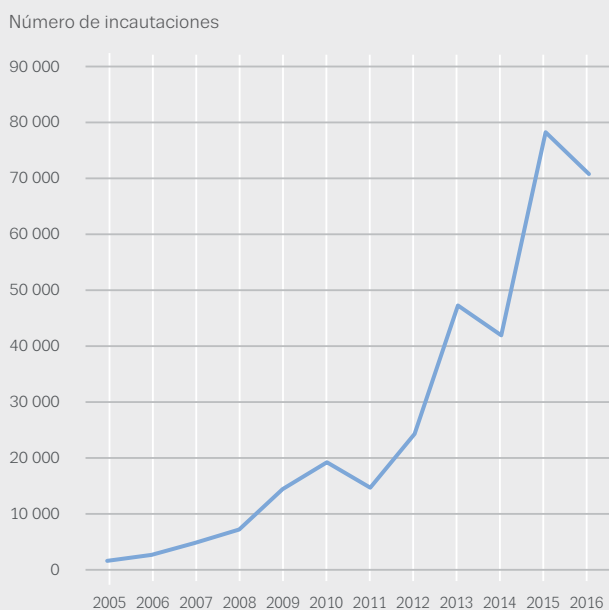
El número de nuevas sustancias detectadas por primera vez cada año no es más que una de las medidas que utiliza el EMCDDA para tratar de conocer el conjunto del mercado. Por ejemplo, para ilustrar la complejidad de este mercado, más del 50 % (369) de las nuevas sustancias que actualmente son objeto de vigilancia se siguieron detectando en el mercado de drogas europeo durante 2016.

### Incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas: se mantiene el predominio de las catinonas sintéticas y los cannabinoides

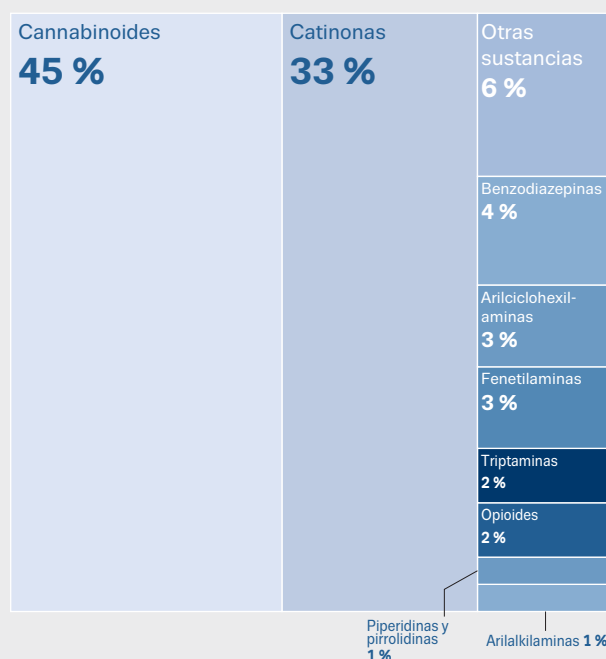
En 2016, se notificaron casi 71 000 incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas a través del Sistema de alerta temprana de la UE (gráfico 1.11). En total, las catinonas sintéticas y los cannabinoides sintéticos representaron casi el 80 % de todas las incautaciones y el 80 % de todas las cantidades de nuevas sustancias aprehendidas en 2016. Se observó una disminución global de las cantidades incautadas en 2016 con respecto al año anterior. Sin embargo, hubo un aumento de las cantidades incautadas de catinonas sintéticas, benzodiazepinas y opioides sintéticos.

## GRÁFICO 1.11

Número de incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificadas al Sistema de alerta temprana de la UE: por categorías en 2016 y tendencias



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



El total de estas incautaciones europeas se ha de interpretar como valor mínimo, ya que los datos se basan en casos concretos y no en sistemas de vigilancia. Las incautaciones notificadas acusan la influencia, por otra parte, de factores tales como el conocimiento cada vez mayor de nuevas sustancias, el cambio de la situación jurídica, las capacidades y prioridades de los cuerpos y fuerzas de seguridad y las prácticas de presentación de informes de las autoridades competentes.

### Nuevos opioides sintéticos

En total, se han detectado 38 nuevos opioides en el mercado europeo desde 2009, trece de ellos por primera vez en 2017. Cabe destacar 28 derivados del fentanilo, diez de los cuales se notificaron por primera vez en 2017. Pese a que actualmente desempeñan un papel de escasa relevancia en el mercado de drogas europeo, los nuevos derivados del fentanilo son sustancias muy potentes que plantean una amenaza grave para y la salud pública e individual.

Las incautaciones se refieren a sustancias en diversos formatos, sobre todo polvo, comprimidos y líquidos. En 2016 se incautaron cerca de 4,6 litros de opioides sintéticos, lo que supone un aumento sobre los 1,8 litros registrados el año anterior. Más del 70 % de las 1 600 incautaciones notificadas en 2016 fueron derivados del fentanilo. Se identificaron derivados del fentanilo en más del 96 % de los líquidos incautados. Preocupa, en este sentido, la aparición

en el mercado de pulverizadores nasales con derivados del fentanilo, como el acrilioilfentanilo, el furanilfentanilo, el 4-fluoroisobutirilfentanilo, el tetrahydrofuranilfentanilo y el carfentanilo. Los nuevos opioides representaron el 2,3 % del número de incautaciones de nuevas sustancias en 2016, un incremento desde el 0,8 % notificado en 2015.

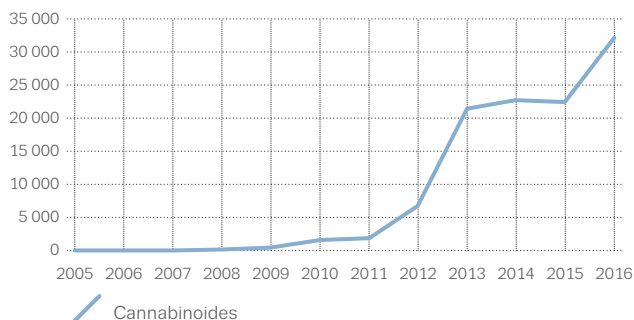
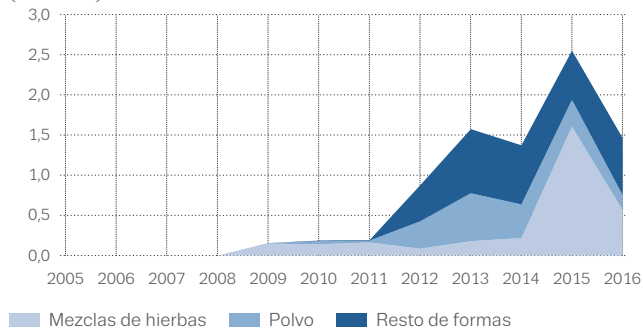
### Cannabinoides sintéticos

Los cannabinoides sintéticos son sustancias que simulan los efectos del delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), el responsable en gran medida de los efectos psicotrópicos del cannabis. Los productores europeos importan remesas a granel de polvo de cannabinoides y lo mezclan con material vegetal deshidratado. Estos productos se comercializan como sucedáneos legales del cannabis y se venden como «mezclas de hierba para fumar». Los cannabinoides sintéticos siguen representando el mayor grupo de sustancias nuevas vigiladas por el EMCDDA y su naturaleza química es cada vez más variada: desde 2008 se han detectado 179, de ellos 10 notificados en 2017.

## GRÁFICO 1.12

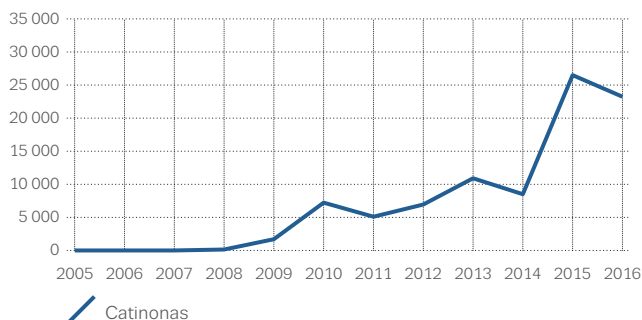
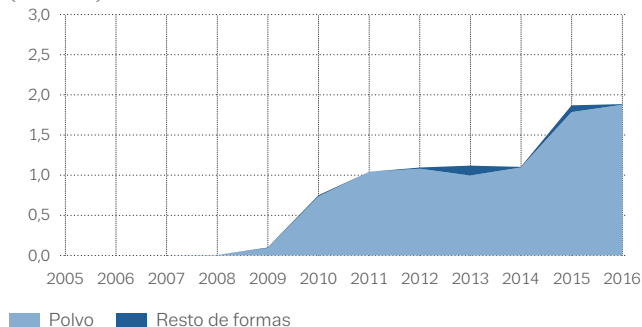
## Incautaciones de cannabinoides y catinonas sintéticas notificadas al Sistema de alerta temprana de la UE: tendencias en número de incautaciones y cantidades incautadas

Número de incautaciones

Cannabinoides  
(toneladas)

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

Número de incautaciones

Catinonas  
(toneladas)

Los cannabinoides sintéticos fueron las nuevas sustancias psicoactivas aprehendidas con mayor frecuencia también en 2016, con poco más de 32 000 incautaciones (gráfico 1.12). Esto supone un aumento de casi 10 000 incautaciones con respecto al año anterior y representa casi la mitad del número de incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificadas en 2016. Los cinco cannabinoides sintéticos más incautados en 2016 fueron MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 y AMB-FUBINACA.

Las incautaciones de cannabinoides sintéticos ascendieron a casi 1,5 toneladas de estas sustancias. Esto representa una caída significativa con respecto a las 2,5 toneladas incautadas en 2015. Las mezclas de hierbas representaron el 40 % de las cantidades aprehendidas en 2016 y el polvo, casi el 13 %.

La incautación de cannabinoides sintéticos en polvo, junto con la detección de instalaciones para su procesamiento en Europa, indica que los productos se envasaron en Europa. El polvo incautado, una vez procesado en «mezclas de hierba para fumar», podría haber dado lugar a muchos millones de dosis. Los cannabinoides en polvo que se incautaron en mayor cantidad en 2016 fueron el derivado de AM-6527 5-fluoropentil (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) y AB-FUBINACA (7 kg).

### Catinonas sintéticas

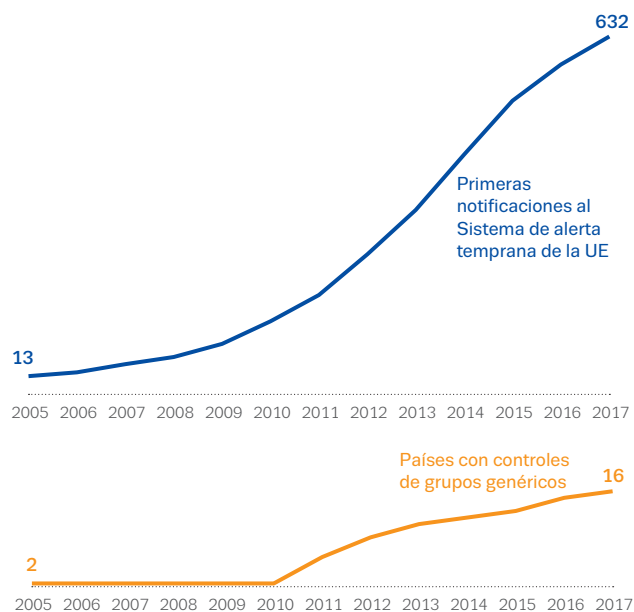
Las catinonas sintéticas están relacionadas químicamente con la catinona, un estimulante natural procedente de la planta llamada khat (*Catha edulis*). Sus efectos son parecidos a los de drogas estimulantes ilegales comunes como la anfetamina, la cocaína y la MDMA. Las catinonas sintéticas constituyen el segundo grupo de nuevas sustancias vigiladas por el EMCDDA: se ha detectado un total de 130, de ellas 12 por primera vez en 2017.

En 2016 representaron el segundo mayor número de incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas, más de 23 000, casi un tercio del total. Esto supone una ligera disminución con respecto a la cifra del año anterior. Las cinco catinonas que más se incautaron en 2016 fueron alfa-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-metil-N,N-dimetilcatinona y 3-MMC.

Las incautaciones de estas sustancias representaron casi 1,9 toneladas, por lo que las catinonas sintéticas fueron las nuevas sustancias psicoactivas más aprehendidas, en cantidad, en 2016 (gráfico 1.12). Las catinonas sintéticas se suelen encontrar en polvo. Las catinonas en polvo que se incautaron en mayor cantidad fueron 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) y mexedrona (50 kg).

## GRÁFICO 1.13

Aparición de nuevas sustancias psicoactivas e introducción de controles de grupos genéricos en Europa desde 2005



### Nuevas benzodiazepinas

El EMCDDA vigila actualmente 23 nuevas benzodiazepinas, tres de las cuales se detectaron por primera vez en Europa en 2017. Algunas de estas benzodiazepinas se venden como comprimidos, cápsulas y en polvo con sus propios nombres. En otros casos se trata de falsificaciones de medicamentos prescritos para la ansiedad, como el diazepam y el alprazolam, y se vendieron directamente en el mercado ilegal. Aunque el número de incautaciones de benzodiazepinas disminuyó en 2016 con respecto a 2015, la cantidad aprehendida aumentó de forma significativa. Durante 2016, se incautaron más de medio millón de comprimidos de benzodiazepinas nuevas, como diclazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam y fonazepam, lo que supone un aumento de aproximadamente dos tercios de la cifra notificada en 2015.

### Nuevas sustancias psicoactivas: nuevas respuestas legales

Las medidas adoptadas por los países europeos para prevenir la oferta de drogas se amparan 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 psicoactivas. No obstante, la rápida aparición de nuevas sustancias psicoactivas y la diversidad de productos disponibles han supuesto un reto para esos Convenios y para los responsables de la formulación de políticas y legisladores europeos.

A escala nacional, son varias las medidas adoptadas para controlar las nuevas sustancias, pudiendo distinguirse tres tipos generales de respuestas jurídicas. Muchos países europeos han respondido inicialmente utilizando la legislación sobre seguridad de los productos de consumo, si bien luego han optado por ampliar o adaptar la legislación sobre drogas para incluir las nuevas sustancias psicoactivas. Por otra parte, son cada vez más los países que han elaborado nuevas leyes específicas para abordar este fenómeno.

Durante muchos años, la mayoría de los países europeos se limitaban a incluir las sustancias controladas individualmente. Sin embargo, a medida que ha aumentado el número de sustancias nuevas detectadas en Europa, más

países han tratado de controlar grupos de sustancias (gráfico 1.13). La mayoría de los países han definido los grupos por su estructura química (grupos «genéricos»), aunque unos pocos los han definido en función de sus efectos. La mayoría de los países que han optado por la clasificación en grupos genéricos han añadido las definiciones de los grupos a la legislación sobre drogas existente, pero algunos solo han incluido estos grupos en una legislación específica sobre nuevas sustancias psicoactivas.

A escala de la UE, se ha revisado el marco jurídico de respuesta a las amenazas para la salud pública y la sociedad causadas por las nuevas sustancias psicoactivas, que data de 2005, con el fin de establecer un sistema más rápido y eficaz. La nueva legislación mantiene la estrategia de tres pasos para responder a las nuevas sustancias psicoactivas —alerta temprana, evaluación del riesgo y medidas de control—, al tiempo que refuerza los procesos existentes optimizando y acelerando los procedimientos de recopilación y evaluación de los datos e introduciendo plazos más cortos. Después de la evaluación del riesgo, la Comisión puede formular una propuesta para someter la sustancia a medidas de control. El Parlamento Europeo y el Consejo tienen derecho, en el plazo de 2 meses y en determinadas condiciones, a oponerse a la propuesta de la Comisión. Las autoridades nacionales dispondrán de 6 meses (en lugar de 12) para empezar a controlar la sustancia en su territorio una vez que la decisión entre en vigor.

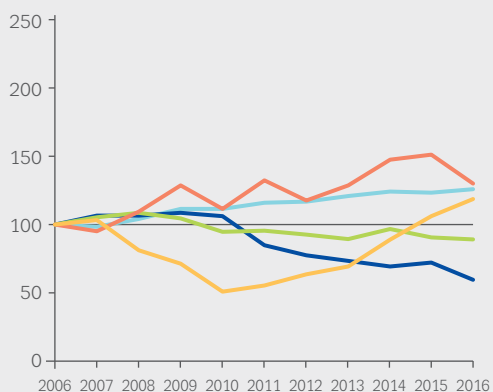
**El EMCDDA vigila actualmente 23 nuevas benzodiazepinas**

## GRÁFICO 1.14

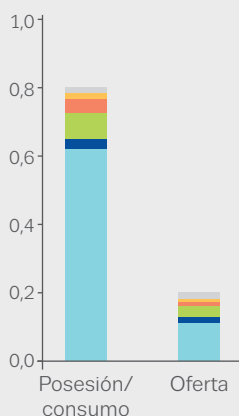
Delitos relacionados con el consumo o la posesión de drogas para consumo y con la oferta en Europa: tendencias indexadas y delitos notificados en 2016

## Delitos por posesión/consumo

Tendencias indexadas

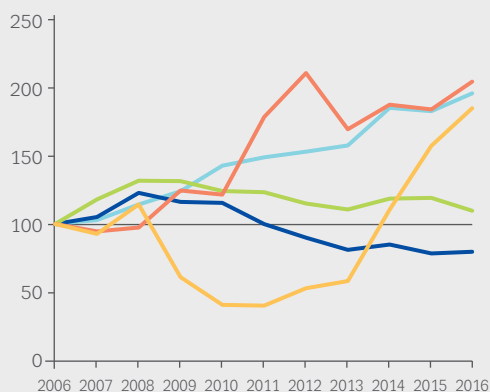


Número de delitos (en millones)



## Delitos por oferta

Tendencias indexadas



Heroína Cocaína MDMA Cannabis Anfetaminas Otras sustancias

Nota: Datos sobre delitos en que se ha notificado la droga de que se trataba.

### Infracciones relacionadas con drogas: predominan las relacionadas con el cannabis

La aplicación de la legislación sobre drogas se vigila atendiendo a las infracciones notificadas relacionadas con las drogas. Se estima que en 2016 se notificaron en la Unión Europea 1,5 millones de infracciones relacionadas con las drogas, un aumento de un tercio (33 %) desde 2006. La mayoría de ellas (74 %) estuvieron relacionadas con el consumo o la posesión, que totalizaron alrededor de un millón de infracciones en 2016, lo que supone un aumento del 28 % sobre las cifras de 2006. Más de tres cuartas partes de las infracciones de consumo o posesión de drogas estuvieron relacionadas con el cannabis (77 %). En 2016 se ha mantenido la tendencia al alza en las infracciones de consumo o posesión de MDMA, aunque representan solo el 2 % de las infracciones relacionadas con el consumo (gráfico 1.14).

En términos generales, el número de delitos en la Unión Europea ha crecido casi un 14 % desde 2006 y se calcula que en 2016 hubo más de 200 000 casos. La mayoría de los delitos referidos a la oferta estaban relacionados con el cannabis (57 %). A este respecto, ha habido un aumento significativo desde 2013 en lo que respecta a la MDMA (gráfico 1.14).

## MÁS INFORMACIÓN

### Publicaciones del EMCDDA

#### 2018

Country Drug Reports 2018.

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

#### 2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Papers.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

#### 2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

#### 2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

#### 2014

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

### Publicaciones conjuntas del EMCDDA y Europol

#### 2018

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

#### 2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

#### 2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

#### 2015

EMCDDA–Europol Joint Report on  $\alpha$ -PVP.

### Publicaciones del EMCDDA y Eurojust

#### 2016

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

Todas las publicaciones están disponibles en [www.emcdda.europa.eu/publications](http://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 consumidores de drogas y las pautas individuales van desde el consumo experimental hasta el consumo regular y dependiente. 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. 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.

## Vigilancia del consumo de drogas

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

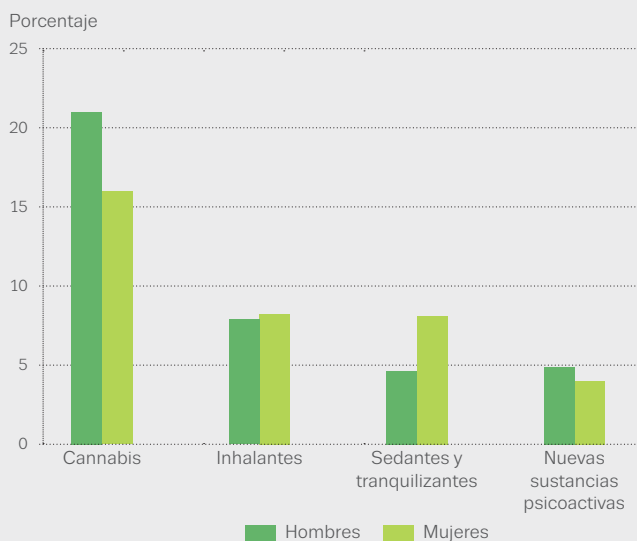
Los datos de encuestas de estudiantes escolares y de la población en general pueden ofrecer una visión de conjunto de la prevalencia del consumo de drogas experimental y recreativo. Los resultados de dichas encuestas se pueden complementar con los análisis de los restos de drogas en las aguas residuales municipales, realizados en algunas ciudades de Europa.

Los estudios que ofrecen estimaciones del consumo de drogas de alto riesgo pueden contribuir a determinar el 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.

Los conjuntos completos de datos, junto con extensas notas metodológicas, pueden encontrarse en el [Boletín estadístico](#).

## GRÁFICO 2.1

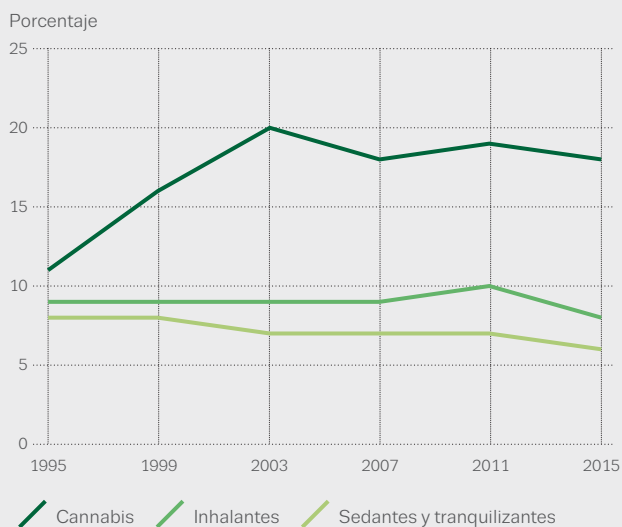
Consumo de sustancias a lo largo de la vida entre estudiantes europeos de 15 a 16 años, por género



Nota: Basados en datos de los 23 Estados miembros de la UE y Noruega, que participaron en la ronda de 2015 del ESPAD.

## GRÁFICO 2.2

Tendencias de la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cannabis, inhalantes y medicamentos (sedantes y tranquilizantes de venta sin receta) entre estudiantes europeos de 15 a 16 años



Nota: Basados en datos de los 21 Estados miembros de la UE y Noruega que participaron en al menos cuatro rondas del ESPAD.

### Consumo de sustancias entre estudiantes escolares: tendencias estables o a la baja

La supervisión del consumo de sustancias entre estudiantes facilita considerablemente la comprensión de las conductas de riesgo de la juventud actual y de las posibles tendencias futuras. En 2015, el Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD) realizó la sexta ronda de recogida de datos desde su creación en 1995. Esta última encuesta reunió datos comparables sobre el consumo de sustancias entre estudiantes de 15 a 16 años de 35 países europeos, incluidos 23 Estados miembros de la UE y Noruega. Entre los estudiantes de estos 24 países, de media, el 18 % declaró haber consumido cannabis al menos una vez (prevalencia a lo largo de la vida); los niveles más altos se registraron en la República Checa (37 %) y Francia (31 %), y el 8 % reconoció que había consumido en el último mes. El consumo de drogas ilegales diferentes al cannabis (MDMA/éxtasis, anfetamina, cocaína, metanfetamina y alucinógenos) fue mucho más bajo, con una prevalencia total a lo largo de la vida del 5 %.

La encuesta también preguntaba por el consumo de otras sustancias, como productos inhalados, medicamentos y nuevas sustancias psicoactivas. Entre los encuestados de la UE y Noruega, la prevalencia media a lo largo de la vida del consumo de inhalantes fue del 8 % (cifras comprendidas entre el 3 % de Bélgica (Flandes) y el 25 % de Croacia). En promedio, el 6 % de los estudiantes (entre el 2 % de Rumanía y el 17 % de Polonia) notificó el consumo a lo largo de la vida de sedantes o tranquilizantes sin prescripción

facultativa y un promedio del 4 % (entre el 1 % de Bélgica (Flandes) y el 10 % de Estonia y Polonia) declaró que había consumido alguna vez nuevas sustancias psicoactivas (gráfico 2.1). Entre los consumidores de nuevas sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses (3,2 % de los encuestados), las mezclas de hierba para fumar fueron el tipo de sustancia más consumida (notificada por el 2,6 % de todos los encuestados), mientras que el consumo de polvo, cristales o comprimidos, líquidos u otras formas de nuevas sustancias psicoactivas fue menos frecuente.

Entre los 22 países con datos suficientes para su análisis, el consumo de cannabis a lo largo de la vida alcanzó un máximo en 2003, tras lo cual descendió ligeramente en la encuesta de 2007 (gráfico 2.2). Desde entonces, la prevalencia se ha mantenido relativamente estable. El consumo de inhalantes a lo largo de la vida disminuyó entre 2011 (10 %) y 2015 (8 %), si bien la tendencia a largo plazo entre 1995 y 2015 se ha mantenido relativamente estable (gráfico 2.2). En cuanto a los sedantes y tranquilizantes, el consumo a lo largo de la vida descendió ligeramente entre 1995 y 2015, con una prevalencia sistemáticamente mayor en las chicas que en los chicos durante este periodo. No se dispone de datos sobre las tendencias de consumo de nuevas sustancias psicoactivas del ESPAD, ya que las preguntas sobre el consumo de estas drogas se incluyeron por primera vez en 2015.

### Más de 92 millones de adultos han probado drogas ilegales

Se estima que poco más de una cuarta parte de la población de 15 a 64 años de la UE, más de 92 millones de personas, han probado drogas ilegales en algún momento de su vida. Según los informes, la experiencia de consumo de drogas es más habitual en hombres (56,0 millones) que en mujeres (36,3 millones). La droga que más se prueba es el cannabis (53,5 millones de hombres y 34,3 millones de mujeres), seguido muy de lejos por la cocaína (11,8 millones de hombres y 5,2 millones de mujeres), la MDMA (9,0 millones de hombres y 4,5 millones de mujeres) y la anfetamina (8,0 millones de hombres y 4,0 millones de mujeres). Los niveles de consumo de cannabis a lo largo de la vida difieren considerablemente entre países, oscilando entre alrededor del 41 % de los adultos en Francia y menos del 5 % en Malta.

El consumo de drogas en el último año constituye una buena indicación del consumo reciente y se concentra principalmente en los adultos jóvenes. Se estima que 18,9 millones de adultos jóvenes (de entre 15 y 34 años) ha consumido drogas en el último año y el número de hombres duplica al de mujeres.

### Consumo de cannabis: estable en general, pero variable en cada país

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 87,6 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años), es decir, el 26,3 % de este grupo de edad, han consumido cannabis en algún momento de su vida. De ellos, se calcula que 17,2 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) (el 14,1 % de este grupo de edad) consumieron cannabis en el último año, de ellos 9,8 millones entre 15 y 24 años (17,4 %). Entre los jóvenes de 15 a 34 años, las tasas de prevalencia durante el último año oscilan entre el 3,5 % en Hungría y el 21,5 % en Francia. Entre los que consumieron esta droga durante el último año, la relación de hombres y mujeres fue de dos a uno.

Los resultados de la encuesta más reciente revelan que en la mayoría de los países el consumo de cannabis se ha mantenido estable o ha crecido en los adultos jóvenes durante el último año. De los países que han realizado encuestas desde 2015 y han notificado intervalos de confianza, ocho notificaron estimaciones más altas, nueve se mantuvieron estables y dos notificaron estimaciones más bajas que en las anteriores encuestas comparables.

## CONSUMIDORES DE CANNABIS QUE INICIAN TRATAMIENTO



#### Características

16% 84%



16 Edad media en el momento del primer consumo

25 Edad media al iniciar tratamiento por primera vez

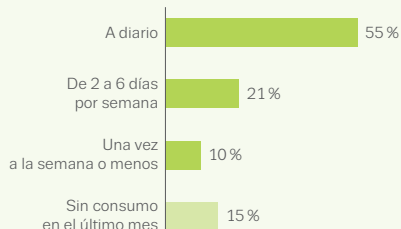
83 000 Consumidores que inician tratamiento por primera vez



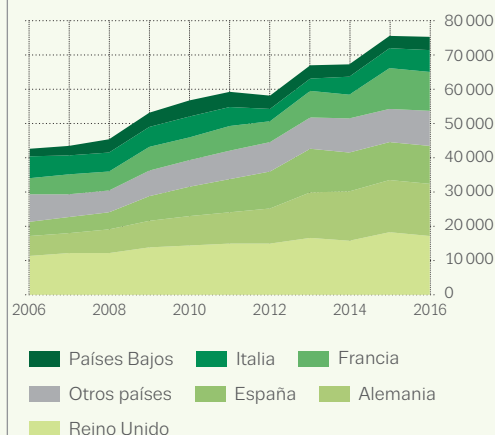
57 000 Consumidores que inician tratamiento tratados previamente

#### Frecuencia de consumo en el último mes

Consumo medio 5,5 días por semana



#### Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez

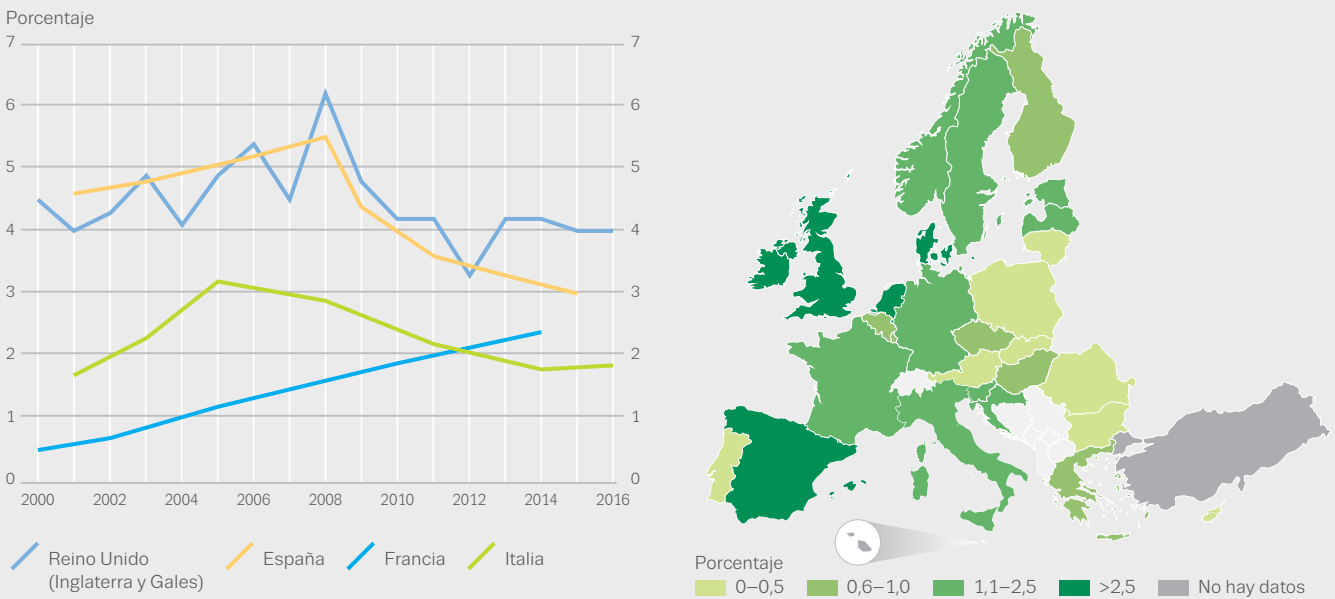


Nota: Aparte de las tendencias, los datos se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo el cannabis la droga principal. Las tendencias de consumidores que inician tratamiento por primera vez se basan en datos de 25 países. En el gráfico de tendencias solo se incluyen los países con datos de al menos 9 de los 11 años. Los valores no disponibles se interpolan de los años contiguos. Debido a los cambios en el flujo de datos a escala nacional, los datos de Italia recopilados desde 2014 no son comparables con los de años anteriores.



GRÁFICO 2.4

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



que iniciaron tratamiento por primera vez en 2016 declararon que habían consumido la droga a diario en el último mes. Sin embargo, la proporción de consumidores diarios varía enormemente entre países, desde el 10 % o menos en Letonia, Hungría y Rumanía hasta el 60 % o más en España, Francia, los Países Bajos y Turquía.

**Consumo de cocaína: estable en general, pero con signos de aumento**

La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa, con mayor prevalencia en los países del sur y el oeste. Entre los consumidores habituales, puede hacerse una clara distinción entre los consumidores más integrados en la sociedad, que suelen inhalar polvo de cocaína (clorhidrato de cocaína), y los consumidores marginados, que se administran cocaína por vía parenteral o fuman crack, a menudo junto con opioides. En muchos conjuntos de datos, no es posible distinguir entre las dos formas de cocaína (polvo o crack) y el término consumo de cocaína engloba ambas formas.

Se estima que 17,0 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años) (el 5,1 % de este grupo de edad) han consumido cocaína en algún momento de su vida. Entre ellos hay unos 2,3 millones de adultos jóvenes de 15 a 34 años (el 1,9 % de este grupo de edad) que han consumido la droga durante el último año.

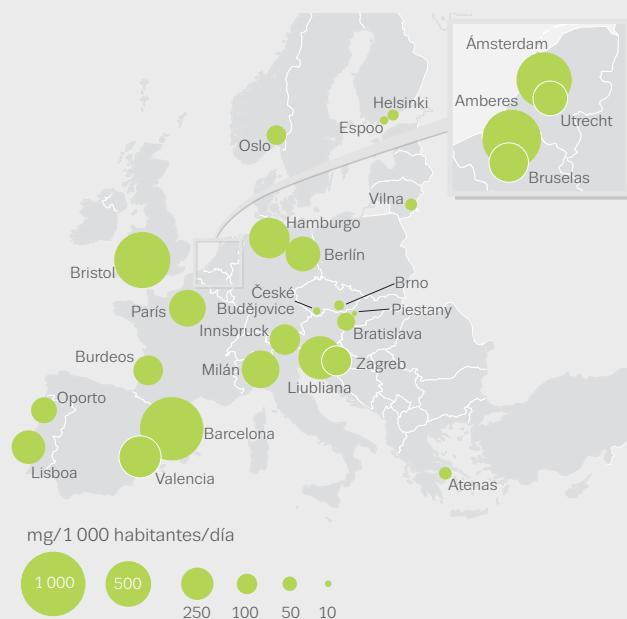
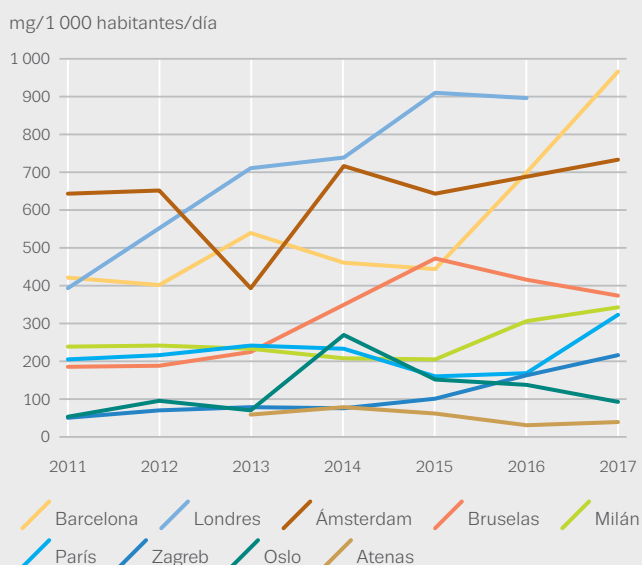
Solo Dinamarca, Irlanda, España, los Países Bajos y el Reino Unido han notificado una prevalencia del consumo de

cocaína el último año entre los adultos jóvenes del 2,5 % o superior. En el conjunto de Europa, la reducción del consumo de cocaína notificada en años anteriores no se ha observado en los estudios más recientes. De los países que han realizado encuestas desde 2015 y han notificado intervalos de confianza, tres notificaron estimaciones más altas, 14 notificaron una tendencia estable y uno notificó 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 en el último año entre adultos jóvenes en un pequeño número de países y los nuevos datos confirman las tendencias existentes. España y el Reino Unido notificaron tendencias de aumento de la prevalencia hasta 2008, seguidas de su estabilización o descenso (gráfico 2.4). Aunque en Italia ha habido un descenso desde el máximo registrado en 2005, la encuesta más reciente indica que el nivel puede haberse estabilizado. Francia mostró una tendencia ascendente en 2014, cuando la prevalencia aumentó por primera vez por encima del 2 %.

## GRÁFICO 2.5

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



Nota: Cantidades diarias medias de benzoilecgonina en miligramos por 1 000 habitantes. Se tomaron muestras en determinadas ciudades europeas durante una semana de cada año entre 2011 y 2017.

Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

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. Este análisis aporta información sobre el consumo colectivo de sustancias puras en una comunidad y los resultados no son directamente comparables con las estimaciones de prevalencia de las encuestas poblacionales nacionales. Los resultados del análisis se presentan en cantidades normalizadas (cargas másicas) de residuos de drogas por cada 1 000 habitantes por día.

El análisis de 2017 reveló las mayores cargas másicas de benzoilecgonina, el metabolito principal de la cocaína, en ciudades de Bélgica, España, los Países Bajos y el Reino Unido, y niveles muy bajos en la mayoría de ciudades de países del este (véase el gráfico 2.5). De las 31 ciudades que disponen de datos sobre 2016 y 2017, 19 notificaron un aumento, seis un descenso y seis una situación estable. Muchas de las 13 ciudades con datos sobre 2011 y 2017 notificaron tendencias al alza.

### Consumidores de cocaína de alto riesgo: aumenta el número de los que solicitan tratamiento

Resulta difícil calcular la prevalencia del consumo de cocaína de alto riesgo entre adultos en Europa, ya que solo cuatro países tienen estimaciones recientes y se han utilizado definiciones y metodologías distintas. En España, el consumo de cocaína de alto riesgo en 2016/17 se cifró en un 0,43 % de la población de 14-18 años en una nueva encuesta basada en la frecuencia de consumo. En 2015, basándose en preguntas de evaluación del grado de dependencia, Alemania estimó que el 0,20 % de la población adulta consumía cocaína de alto riesgo. En 2015, Italia cifró en un 0,65 % la población adulta que necesitaba tratamiento por consumo de cocaína. En Portugal, un estudio con métodos estadísticos indirectos estimó que el consumo de cocaína de alto riesgo era del 0,98 % en la población adulta en 2015.

España, Italia y el Reino Unido concentran casi tres cuartas partes (73 %) de los pacientes que inician tratamiento especializado relacionado con la cocaína en Europa. En 2016, más de 67 000 pacientes que iniciaron tratamiento especializado y cerca de 30 000 pacientes nuevos citaron como droga principal la cocaína.

Tras un periodo de descenso, el número total de consumidores de cocaína que inician tratamiento por primera vez se incrementó en más de un 20 % entre 2014

y 2016. Aunque Italia y el Reino Unido son los responsables de gran parte de este aumento, casi todos los países notificaron aumentos durante el mismo periodo.



La mayoría de las personas que inician tratamiento especializado por problemas relacionados con el consumo de cocaína consumen principalmente polvo de cocaína (51 000 o 10 % de todos los consumidores de drogas en 2016). La mayoría de los consumidores de cocaína como droga principal solicitan tratamiento para el consumo de cocaína sola (31 % de todos los consumidores de polvo de cocaína) o en combinación con cannabis (26 %), alcohol (31 %) u otras sustancias (12 %). En general, se trata de un grupo bien integrado en la sociedad, que tiene condiciones de vida estables y un empleo fijo. Otro grupo, formado por consumidores más marginados, inicia tratamiento para el consumo de crack como droga principal (8 300 consumidores o 2 % del total en 2016); muchos de ellos pueden consumir heroína como droga secundaria. Italia y el Reino Unido han mostrado aumentos recientes del número de consumidores de crack.

En 2016, 53 000 pacientes que iniciaron tratamiento de drogodependencias especializado en Europa declararon que consumían cocaína en combinación con heroína u otros opioides. Esta cifra representa el 15 % de todos los consumidores que iniciaron tratamiento y dieron información sobre las drogas principal y secundaria que consumían.



## CONSUMIDORES DE COCAÍNA QUE INICIAN TRATAMIENTO

### Características

14%  86% 

23 Edad media en el momento del primer consumo

34 Edad media al iniciar tratamiento por primera vez

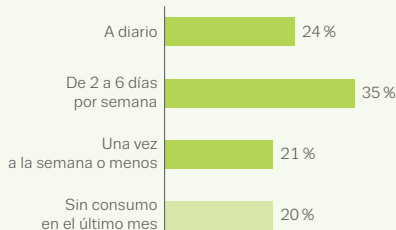
30 300 Consumidores que inician tratamiento por primera vez  
47%



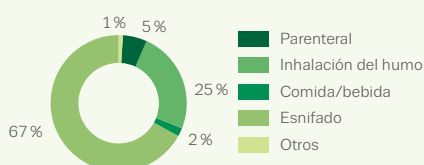
34 400 Consumidores que inician tratamiento tratados previamente  
53%

### Frecuencia de consumo en el último mes

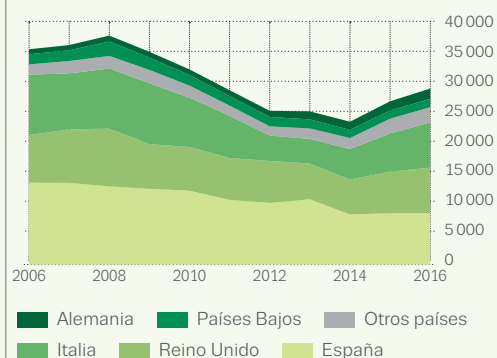
Consumo medio 4,1 días por semana



### Vía de administración



### Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez

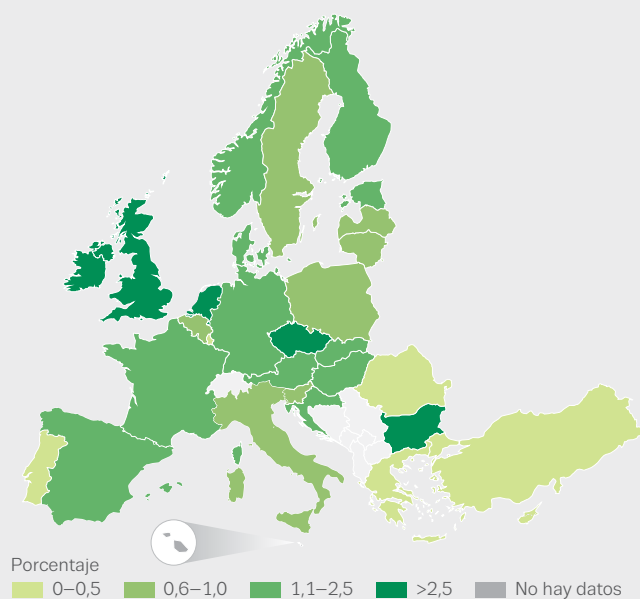
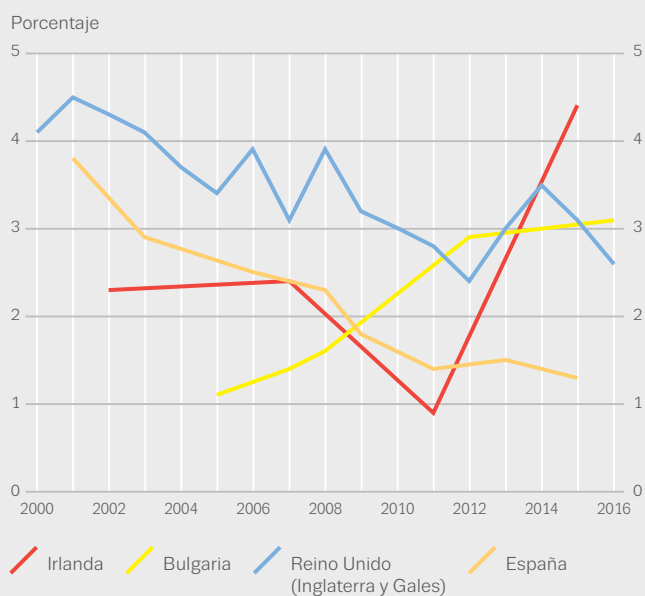


Nota: Aparte de las tendencias, los datos se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo la cocaína la droga principal. Las tendencias de consumidores que inician tratamiento por primera vez se basan en datos de 25 países. En el gráfico de tendencias solo se incluyen los países con datos de al menos 9 de los 11 años. Los valores no disponibles se interpolan de los años contiguos. Debido a los cambios en el flujo de datos a escala nacional, los datos de Italia recopilados desde 2014 no son comparables con los de años anteriores.



## GRÁFICO 2.6

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



### MDMA: aparente estabilización del consumo

La MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina) se consume en forma de comprimidos (con frecuencia denominada éxtasis) y también en forma de cristal y polvo; los comprimidos se suelen tragar, pero la droga en forma de cristal y polvo puede tomarse por vía oral o esnifarse.

Se estima que 13,5 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años) (el 4,1 % de este grupo de edad) ha consumido MDMA o éxtasis en algún momento de su vida. Las cifras de consumo más reciente, en el grupo de edad que refiere los niveles de consumo más altos, señalan que 2,2 millones de jóvenes adultos (de 15 a 34 años) consumieron MDMA en el último año (1,8 % de este grupo de edad), oscilando las estimaciones nacionales entre el 0,2 % en Portugal y Rumanía y el 7,4 % en los Países Bajos.

Hasta hace poco, en muchos países la prevalencia de la MDMA había ido decayendo desde los niveles máximos alcanzados a mediados de los 2000. Sin embargo, en los últimos años las fuentes de vigilancia indican una estabilización o un aumento del consumo en algunos países. Entre los países que han realizado nuevas encuestas desde 2015 y han notificado intervalos de confianza, cinco notificaron estimaciones más altas que en la anterior encuesta comparable, doce notificaron estimaciones estables y uno notificó estimaciones más bajas.

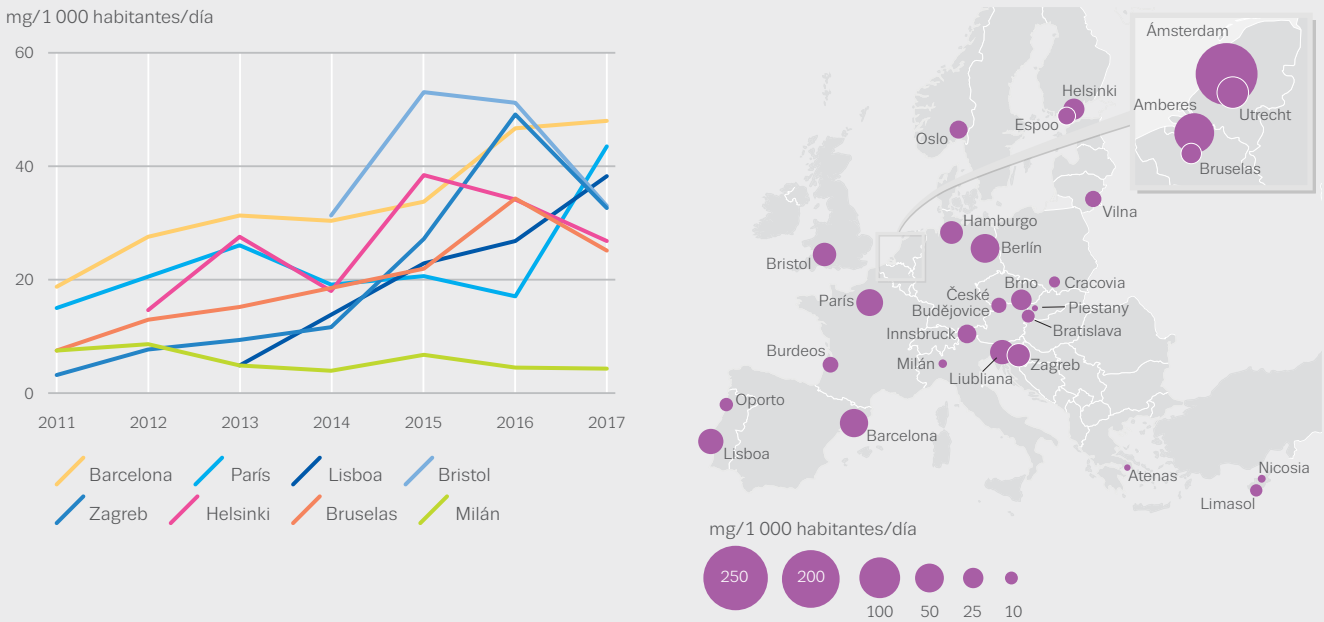
En los casos en los que existen datos para realizar un análisis estadístico de las tendencias del consumo de MDMA entre jóvenes adultos en el último año, los datos más





GRÁFICO 2.7

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. Se tomaron muestras en determinadas ciudades europeas durante una semana de cada año entre 2011 y 2017.  
Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

recientes son indicio de cambios (gráfico 2.6). En el Reino Unido, tras una tendencia descendente, el aumento perceptible entre 2012 y 2014 se ha invertido en los datos más recientes. En España, se mantiene a la baja la tendencia a largo plazo, pese a que los valores recientes son estables. Los datos más recientes muestran que la prevalencia ha aumentado notablemente en Irlanda desde 2011 y que en Bulgaria continúa la tendencia al alza. Los datos de la encuesta de 2016 de los Países Bajos confirman los altos niveles notificados en las dos encuestas anuales anteriores.

Un análisis de varias ciudades realizado en 2017 reveló que las cargas máxicas más altas de MDMA en las aguas residuales se encontraron en ciudades de Bélgica, los Países Bajos y Alemania (véase el gráfico 2.7). De las 33 ciudades que disponen de datos para 2016 y 2017, 11 notificaron un aumento, 7 una situación estable y 15 un descenso. Respecto a las tendencias a largo plazo, en la mayoría de las ciudades con datos de 2011 y de 2017 (12 ciudades), las

cargas de MDMA en las aguas residuales fueron mayores en 2017 que en 2011. Sin embargo, los bruscos aumentos observados durante el periodo de 2011-2016 parecen haberse estabilizado en 2017 en la mayoría de las ciudades.

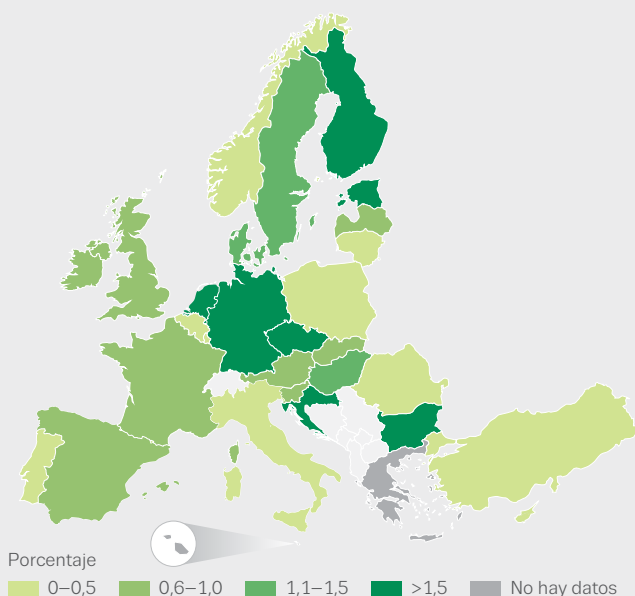
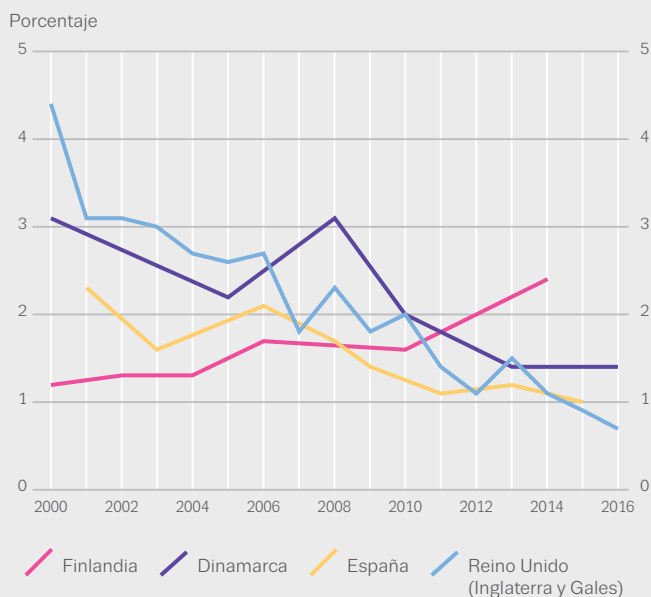
La MDMA suele consumirse con otras sustancias, como el alcohol. Los datos actuales indican que en algunos países con mayor prevalencia, el consumo de MDMA ya no es minoritario ni se trata de una droga subcultural limitada a fiestas y discotecas, sino que la consume una amplia variedad de jóvenes en todo 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 2016, menos del 1% (alrededor de 1 000 casos) de los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez en Europa refirieron consumo de MDMA, principalmente en España, Francia, el Reino Unido y Turquía.

**Las fuentes de vigilancia indican una estabilización o un aumento del consumo de MDMA**

## GRÁFICO 2.8

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



### Anfetaminas: consumo variable, pero tendencias estables

En Europa se consumen anfetaminas y metanfetaminas, dos estimulantes estrechamente relacionados, aunque es mucho mayor el consumo de las primeras. 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 no es posible distinguir entre estas dos sustancias; en tales casos, se utiliza el término genérico de anfetaminas.

Ambas drogas pueden tomarse por vía oral o nasal; además, el consumo por vía parenteral constituye una parte importante del problema de las drogas en algunos países. La metanfetamina también puede consumirse por inhalación del humo, pero esta vía de administración no suele notificarse en Europa.

Se estima que 11,9 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años) (el 3,6 % de este grupo de edad) han consumido anfetaminas en algún momento de su vida. Las cifras de consumo más reciente, en el grupo de edad que refiere los niveles de consumo más altos, señalan que 1,2 millones (1,0 %) de jóvenes adultos (de 15 a 34 años) consumieron anfetaminas en el último año, oscilando las estimaciones nacionales de prevalencia más recientes entre menos del 0,1 % en Portugal y el 3,6 % en los Países Bajos. Los datos disponibles indican que desde aproximadamente el año 2000, la mayoría de los países europeos han experimentado una situación relativamente estable en el consumo de

anfetaminas. De los países que han realizado nuevas encuestas desde 2015 y han notificado intervalos de confianza, dos notificaron estimaciones más altas, 13 informaron de una tendencia estable y dos notificaron estimaciones más bajas que en las anteriores encuestas comparables.

Solo puede realizarse un análisis estadístico de las tendencias de la prevalencia del consumo de anfetaminas durante el último año entre adultos jóvenes en un pequeño número de países. Dinamarca, España y el Reino Unido muestran tendencias a largo plazo decrecientes (gráfico 2.8). En cambio, la prevalencia del consumo de anfetaminas en adultos jóvenes creció en Finlandia entre 2000 y 2014.

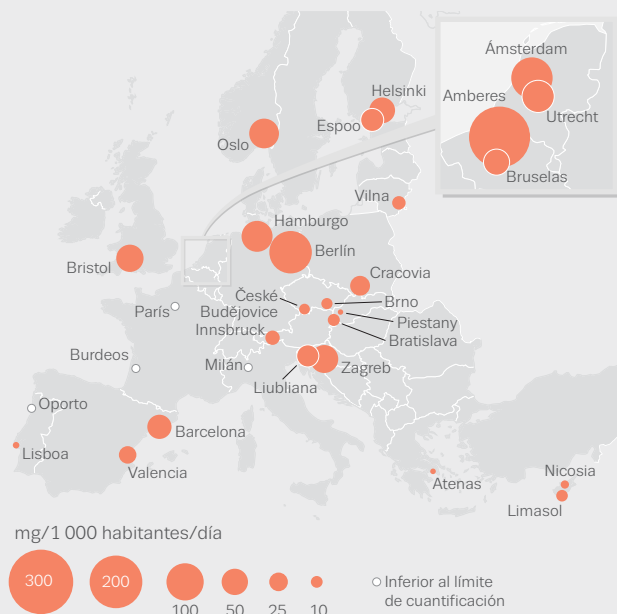
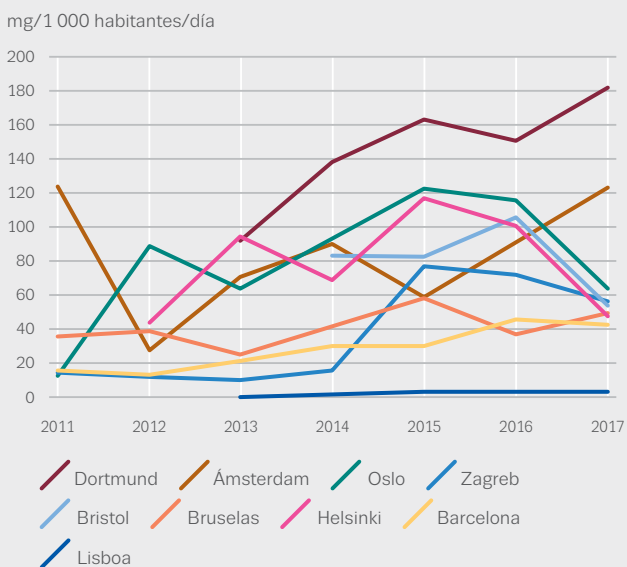
El análisis de las aguas residuales municipales realizado en 2017 detectó que las cargas máxicas de anfetaminas variaron considerablemente en toda Europa y los niveles más elevados se notificaron en ciudades del norte y el este de Europa (véase el gráfico 2.9). En las ciudades del sur de Europa se detectaron niveles mucho más bajos.

De las 33 ciudades que disponen de datos para 2016 y 2017, 9 notificaron un aumento, 11 una situación estable y 13 un descenso. En general, los datos de 2011 a 2017 mostraron una imagen diversa, pero con tendencias relativamente estables para la anfetamina en la mayoría de las ciudades.

El consumo de metanfetamina, generalmente bajo e históricamente restringido a la República Checa y a Eslovaquia, parece darse también en Chipre, el este de Alemania, España y el norte de Europa (véase el gráfico 2.10).

GRÁFICO 2.9

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

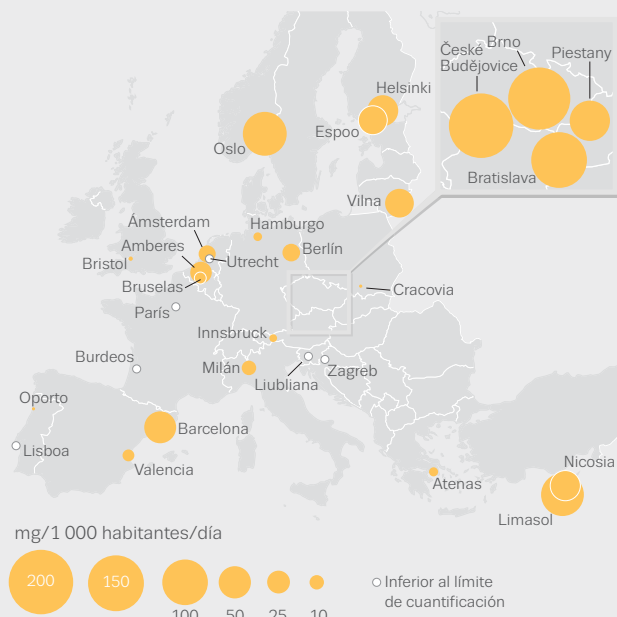
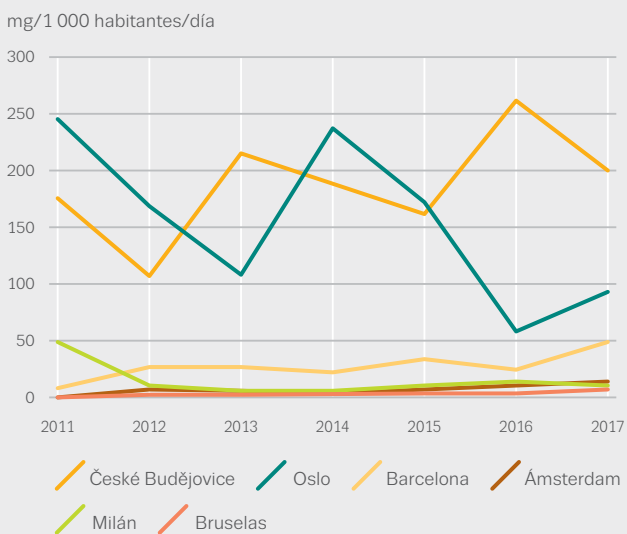


Nota: Cantidades diarias medias de anfetamina en miligramos por 1 000 habitantes. Se tomaron muestras en determinadas ciudades europeas durante una semana de cada año entre 2011 y 2017.

Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

GRÁFICO 2.10

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



Nota: Cantidades diarias medias de metanfetamina en miligramos por 1 000 habitantes. Se tomaron muestras en determinadas ciudades europeas durante una semana de cada año entre 2011 y 2017.

Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

De las 34 ciudades que disponen de datos sobre 2016 y 2017, 12 notificaron un aumento, diez una situación estable y 12 un descenso.

### Consumidores de anfetaminas de alto riesgo: la demanda de tratamiento sigue siendo alta

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. Se dispone de estimaciones recientes del consumo de anfetamina de alto riesgo en Noruega, donde el consumo se estima en el 0,33 % (11 200 adultos) (en 2013), y en Alemania, donde se estima en el 0,19 % (102 000 adultos) en 2015. Los consumidores de anfetaminas probablemente constituyen la mayoría de los 2 230 consumidores de estimulantes de alto riesgo (0,18 %) estimados notificados por Letonia en 2016, desde los 6 540 (0,46 %) notificados en 2010. 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 cerca del 0,50 % en 2016 (es decir, unos 34 300 consumidores). Esto representa un incremento respecto a los 20 900 consumidores de 2007, aunque en los últimos años las cifras se han mantenido

relativamente estables. La estimación para Chipre era del 0,02 % o de 105 consumidores en 2016.

Unos 35 000 consumidores que iniciaron tratamiento de drogodependencia especializado en Europa en 2016 citaron las anfetaminas como droga principal, de los cuales unos 15 000 recibían tratamiento por primera vez. Los consumidores de anfetamina como droga principal representan más del 15 % de los pacientes que inician tratamiento por primera vez en Alemania, Letonia, 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 90 % de los 9 200 consumidores de esta droga en tratamiento especializado en Europa.

## CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS QUE INICIAN TRATAMIENTO



### Características

27% 73%



20 Edad media en el momento del primer consumo

29 Edad media al iniciar tratamiento por primera vez

15 500

Consumidores que inician tratamiento por primera vez

43%



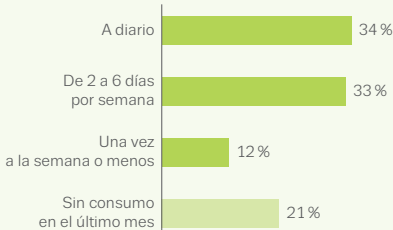
19 900

Consumidores que inician tratamiento tratados previamente

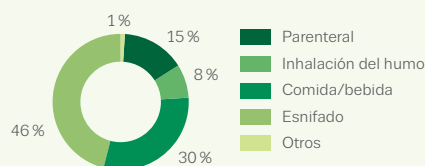
57%

### Frecuencia de consumo en el último mes

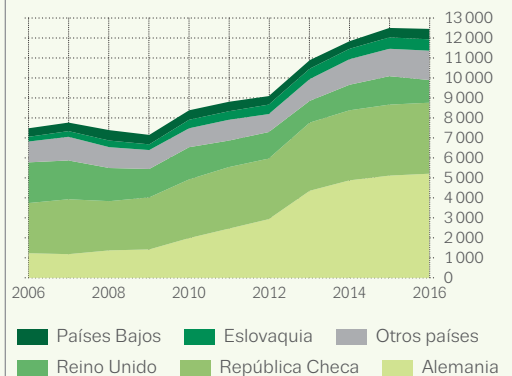
Consumo medio 4,4 días por semana



### Vía de administración



### Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Nota: Aparte de las tendencias, los datos se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo las anfetaminas la droga principal.

Las tendencias de consumidores que inician tratamiento por primera vez se basan en datos de 25 países. En el gráfico de tendencias solo se incluyen los países con datos de al menos 9 de los 11 años. Los valores no disponibles se interpolan de los años contiguos.

### Ketamina, GHB y alucinógenos: el consumo sigue siendo bajo

En Europa se utilizan otras sustancias con propiedades alucinógenas, anestésicas, disociativas o sedantes, como LSD (dietilamida del ácido lisérgico), hongos alucinógenos, ketamina y GHB (gamma-hidroxibutirato).

El consumo recreativo de ketamina y de GHB (incluido su precursor GBL, gamma-butilolactona) se ha notificado entre subgrupos de consumidores de drogas en Europa durante las dos últimas décadas. Las estimaciones nacionales de prevalencia del consumo de GHB y ketamina, cuando las hay, en la población adulta y en la población escolar se mantienen bajas. En su encuesta de 2016, Noruega notificó una prevalencia del consumo de GHB durante el último año del 0,1 % en adultos (de 16 a 64 años). En 2016, las estimaciones de prevalencia del consumo de ketamina durante el último año en adultos jóvenes (de 15 a 34 años) fueron del 0,1 % en la República Checa y Rumanía y del 0,8 % en el Reino Unido.

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 durante el último año de menos del 1 % para ambas sustancias en 2016 o en la encuesta más reciente, con la excepción del consumo de hongos alucinógenos en los Países Bajos (1,9 %), Finlandia (1,9 %) y la República Checa (3,1 %), y del consumo de LSD en Finlandia (1,3 %) y la República Checa (1,4 %).

### Uso de nuevas sustancias psicoactivas: consumo de alto riesgo en poblaciones marginadas

Una serie de países han incluido nuevas sustancias psicoactivas en sus encuestas de población generales, aunque las divergencias existentes en los métodos y las preguntas limitan la comparabilidad de los resultados. Desde 2011, 13 países europeos han notificado estimaciones nacionales de consumo de nuevas sustancias psicoactivas (sin incluir la ketamina ni el GHB). En los adultos jóvenes (de 15 a 34 años), la prevalencia del consumo de estas sustancias durante el último año osciló entre el 0,2 % de Italia y Noruega y el 1,7 % de Rumanía. Se dispone de datos de la encuesta del Reino Unido (Inglaterra y Gales) sobre el consumo de mefedrona. En la encuesta más reciente (2016/17), el consumo de mefedrona en el año anterior entre adultos de 16 a 34 años se estimó en el 0,3 %, cifra que supone un descenso respecto al 1,1 % de 2014/15. En las encuestas más recientes, el consumo en el último año de cannabinoides sintéticos entre los jóvenes de

15 a 34 años osciló entre el 0,2 % de España y el 1,5 % de Letonia.

Aunque los niveles de consumo de nuevas sustancias psicoactivas en Europa son bajos en general, un estudio del EMCDDA de 2016 reveló su consumo por consumidores de drogas de alto riesgo en más de dos tercios de los países. En concreto, el consumo de catinonas sintéticas por consumidores de opioides y estimulantes por vía parenteral se ha relacionado con problemas sociales y de salud. Además, el consumo de cannabinoides sintéticos para fumar entre los grupos marginados, sobre todo personas sin hogar y reclusos, es un problema que se ha identificado en muchos países europeos.

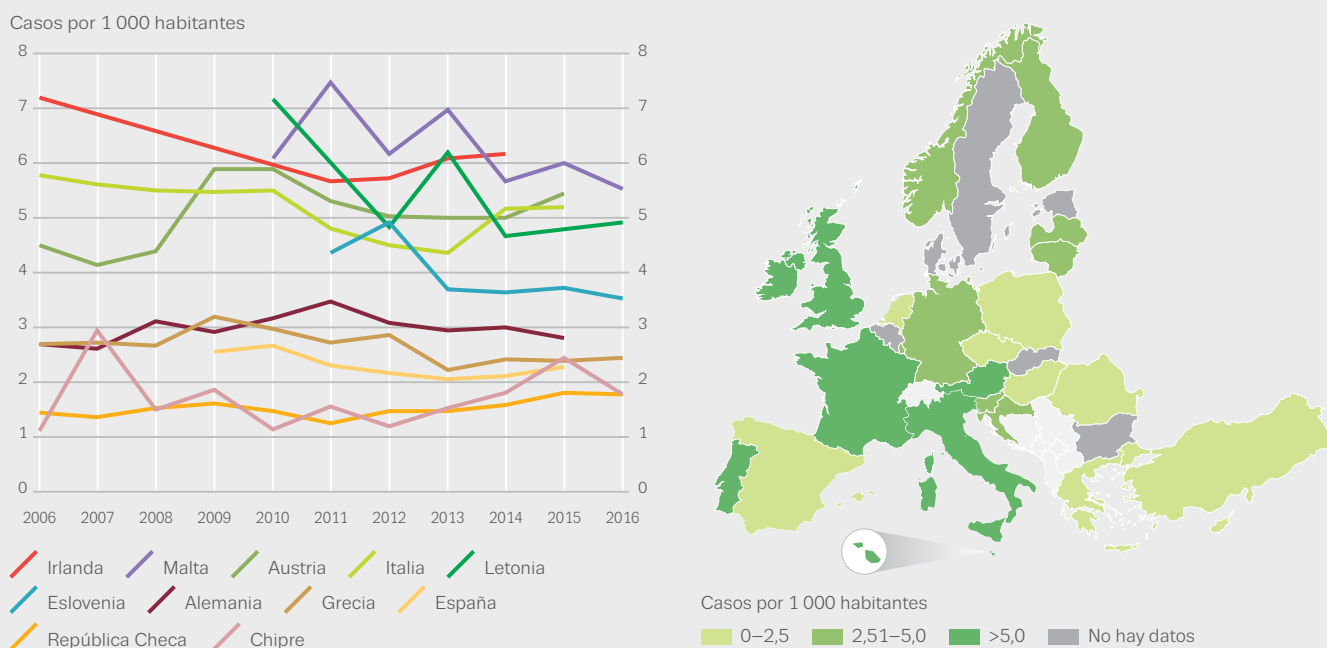
En general, son pocas las personas que en la actualidad inician tratamiento en Europa por problemas relacionados con el consumo de nuevas sustancias psicoactivas, aunque algunos países muestran un consumo significativo de estas sustancias. Según los datos más recientes, el consumo de cannabinoides sintéticos fue el motivo principal para iniciar tratamiento de la drogodependencia especializado en el 17 % de los consumidores de Turquía y el 7 % de Hungría; el 0,3 % de los consumidores que iniciaron tratamiento en el Reino Unido refirieron problemas relacionados con el consumo de catinonas sintéticas como droga principal.

En el Reino Unido, el consumo de cannabinoides sintéticos en la población reclusa es especialmente preocupante. Según una encuesta realizada en 2016 en centros penitenciarios del Reino Unido, el 33 % de los 625 reclusos declaró haber consumido «Spice» en el último mes; en cambio, el 14 % declaró haber consumido cannabis en el último mes.



## GRÁFICO 2.11

Estimaciones nacionales de la tasa de prevalencia anual del consumo de opioides de alto riesgo: tendencias seleccionadas y datos más recientes



### Consumo de opioides de alto riesgo: sigue predominando la heroína

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.

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 y una segunda que afectó a otros países, especialmente los de la parte central y oriental entre mediados y finales de la década de los 90. En los últimos años, se han detectado grupos de consumidores de opioides de alto riesgo de más edad, que probablemente hayan estado en contacto con servicios de tratamiento de sustitución.

La prevalencia del consumo de opioides de alto riesgo entre adultos (de 15 a 64 años) se estima en el 0,4 % de la población de la UE, lo que supone 1,3 millones de consumidores en 2016. A escala nacional, las estimaciones de prevalencia de este tipo de consumo varían entre menos de 1 y más de 8 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad. Los cinco países más poblados de la Unión Europea, que representan el 62 % de su población, concentran las tres cuartas partes (76 %) de su cifra estimada de consumidores de opioides de alto riesgo (Alemania, España, Francia, Italia, Reino Unido). De los 11 países con estimaciones periódicas del consumo de

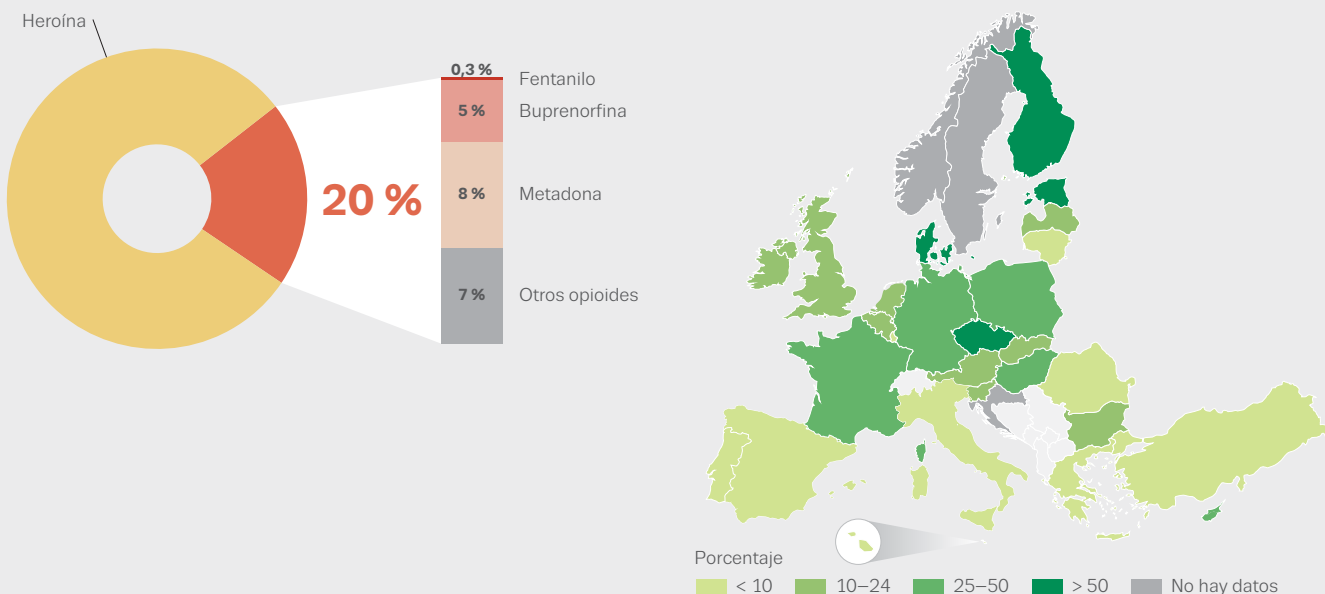
opioide de alto riesgo entre 2006 y 2016, España e Italia muestran un descenso estadísticamente significativo, en tanto que la República Checa muestra un aumento estadísticamente significativo (gráfico 2.11).

En 2016, 177 000 consumidores, o el 37 % del total de los que iniciaron tratamiento de la drogodependencia en Europa, refirieron el consumo de opioides como el principal motivo para iniciar tratamiento especializado. De ellos, 35 000 recibían tratamiento por primera vez. De ellos, los consumidores de heroína como droga principal representaron el 82 %.

Según los datos de tendencias disponibles, el número de consumidores de heroína que iniciaron tratamiento por primera vez se redujo a menos de la mitad desde el máximo registrado en 2007 hasta su punto más bajo en 2013, antes de estabilizarse en los últimos años.

GRÁFICO 2.12

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



Opioides sintéticos: diversidad de sustancias en Europa

Aunque la heroína es el opioide ilegal más consumido, diversas fuentes indican un aumento creciente del uso indebido de opioides sintéticos legales (como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo). Los pacientes que se

sometieron a tratamiento informaron de que estos opioides eran la metadona, la buprenorfina, el fentanilo, la codeína, la morfina, el tramadol y la oxycodona usadas de forma incorrecta. En algunos países, los opioides distintos de la heroína son los opioides más consumidos entre los pacientes que inician tratamiento especializado. En 2016, 18 países europeos notificaron que más del 10 % de los

CONSUMIDORES DE HEROÍNA QUE INICIAN TRATAMIENTO

Características

20% 80%

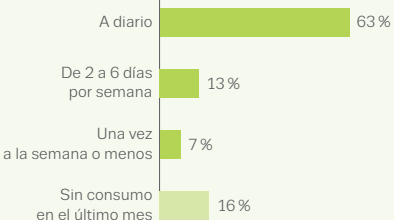


23 Edad media en el momento del primer consumo  
34 Edad media al iniciar tratamiento por primera vez

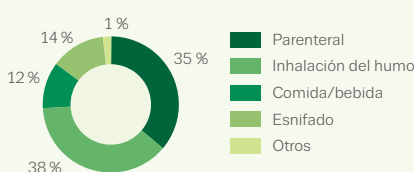
28 200 Consumidores que inician tratamiento por primera vez  
117 200 Consumidores que inician tratamiento tratados previamente  
19% 81%

Frecuencia de consumo en el último mes

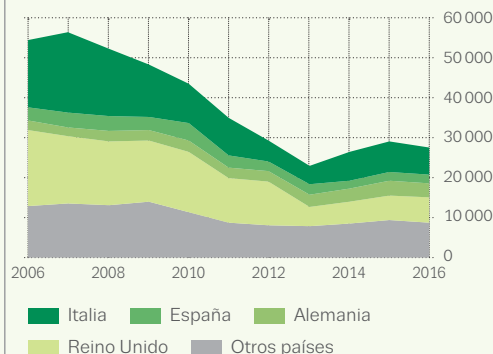
Consumo medio 6 días por semana



Vía de administración



Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez

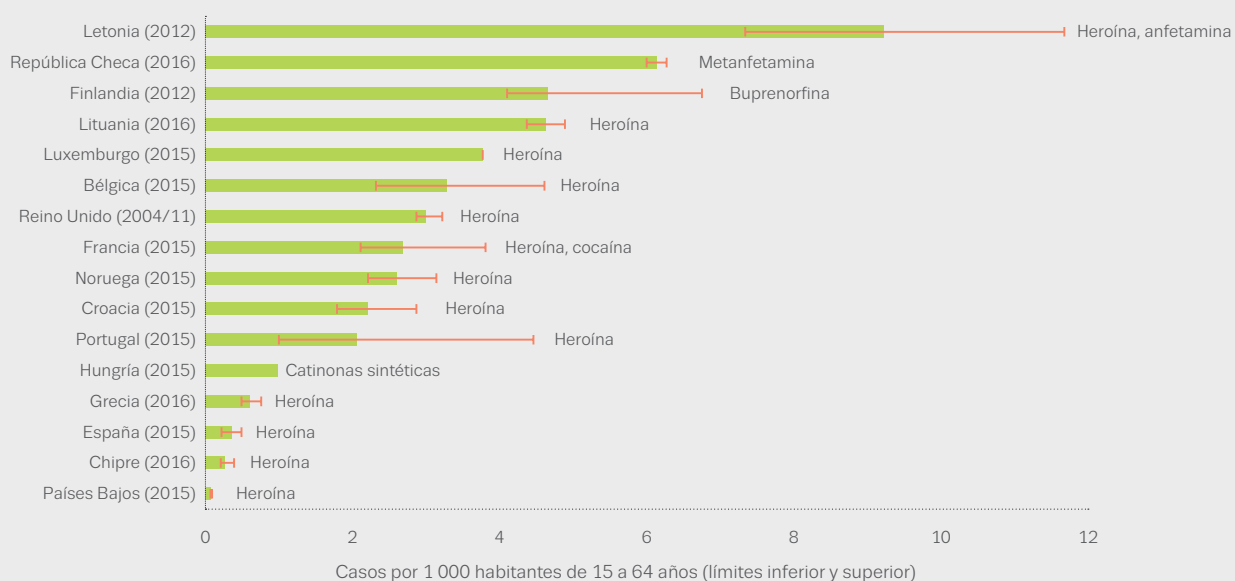


Nota: Aparte de las tendencias, los datos se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo la heroína la droga principal. Los datos de Alemania corresponden a los consumidores que iniciaron tratamiento siendo los «opioides» la droga principal. Las tendencias de consumidores que inician tratamiento por primera vez se basan en datos de 25 países. En el gráfico de tendencias solo se incluyen los países con datos de al menos 9 de los 11 años. Los valores no disponibles se interpolan de los años contiguos. Debido a los cambios en el flujo de datos a escala nacional, los datos de Italia recopilados desde 2014 no son comparables con los de años anteriores.



## GRÁFICO 2.13

## Consumo de drogas por vía parenteral: estimaciones de la prevalencia más recientes y principal droga administrada



consumidores de opioides que iniciaron un tratamiento especializado presentaba problemas relacionados principalmente con opioides distintos de la heroína (gráfico 2.12). En Estonia, la mayoría de quienes iniciaron tratamiento por un opioide como droga principal tomaban fentanilo, mientras que el opioide más citado como droga principal en Finlandia fue la buprenorfina. Se ha descrito un consumo abusivo de buprenorfina en alrededor del 30 % de los consumidores de opioides de la República Checa y un consumo abusivo de metadona en el 22 % de los consumidores de opioides de Dinamarca. En Chipre y Polonia, entre el 20 % y el 30 % de los consumidores de opioides inician tratamiento por problemas relacionados con el consumo de otros opioides, como la oxycodona (Chipre) y «kompot», heroína elaborada con paja de adormidera (Polonia). Además, los consumidores que inician tratamiento por problemas relacionados con nuevas sustancias psicoactivas con efectos similares a los de los opioides pueden estar englobados bajo el epígrafe general de opioides.

### Consumo de drogas por vía parenteral: continúa el descenso entre quienes inician tratamiento

El consumo de drogas por vía parenteral suele asociarse a los opioides, aunque en algunos países afecta a estimulantes como las anfetaminas o a la cocaína.

Solo 16 países cuentan con estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral desde 2011; las cifras van desde menos de uno hasta nueve casos por 1.000 habitantes de 15 a 64 años de edad. En la mayoría de estos países, es posible identificar con claridad la principal droga administrada por vía parenteral, aunque en algunos otros hay dos drogas con un nivel de consumo parecido. Los opioides representan la principal droga consumida por vía parenteral en la mayoría (14) de los países (véase el gráfico 2.13). En 13 de ellos se menciona la heroína y en Finlandia, la buprenorfina. En cuatro países, la principal droga consumida por vía parenteral es del grupo de los estimulantes, en concreto, catinonas sintéticas (Hungría), cocaína (Francia), anfetamina (Letonia) y metanfetamina (República Checa).

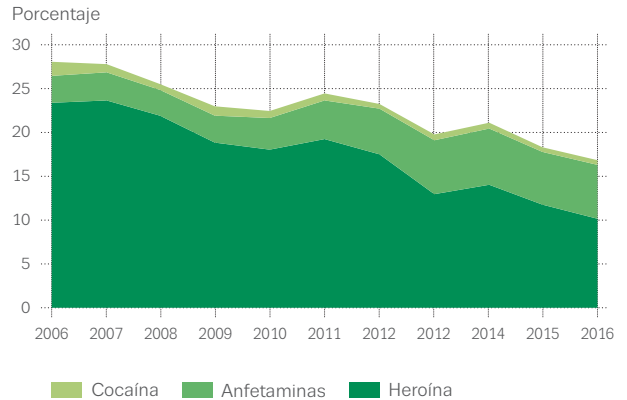


GRÁFICO 2.14

Entre los consumidores que iniciaron tratamiento especializado por primera vez en 2016 y que indican la heroína como droga principal, el 27 % señaló la vía parenteral como principal vía de administración, con una reducción respecto al 43 % de 2006. En este grupo, los niveles de administración varían según los países, del 8 % en España al 90 % o más en Letonia, Lituania y Rumanía. El 1 % de los consumidores de cocaína que inician tratamiento por primera vez y el 47 % de los consumidores de anfetamina como droga principal que también lo hacen refieren la vía parenteral como principal vía de administración. Sin embargo, la perspectiva general de las anfetaminas está determinada en gran medida por la República Checa, que representa el 87 % de los nuevos consumidores de anfetaminas que se administran la droga por vía parenteral en Europa. Si entre los consumidores que inician tratamiento por primera vez en Europa tomamos las tres principales drogas administradas por vía parenteral, el uso con carácter preferente de esta vía se redujo del 28 % en 2006 al 17 % en 2016 (gráfico 2.14).

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 y los que iniciaron tratamiento por drogas en determinados países, y entre los consumidores que intercambian agujas en Hungría. En un estudio reciente del EMCDDA, diez países notificaron la administración por vía parenteral de catinonas sintéticas (con frecuencia junto a otros estimulantes y GHB) en entornos de fiestas de sexo entre grupos reducidos de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

Consumo parenteral entre las personas que inician tratamiento por primera vez y consumen heroína, cocaína o anfetaminas como droga principal: porcentaje que refiere la vía parenteral como principal vía de administración



Nota: Las tendencias se basan en los 21 países con datos de al menos 9 de los 11 años.



**La administración por vía parenteral de catinonas sintéticas continúa notificándose en determinadas poblaciones**

## MÁS INFORMACIÓN

### Publicaciones del EMCDDA

#### 2018

Country Drug Reports 2018.

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

Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

#### 2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

#### 2016

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

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communications.

#### 2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

#### 2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

#### 2013

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.

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

### Publicaciones conjuntas del EMCDDA y ESPAD

#### 2016

ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

Todas las publicaciones están disponibles en [www.emcdda.europa.eu/publications](http://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

El consumo de drogas ilegales es un factor reconocido que contribuye a la carga de morbimortalidad global. Existen problemas de salud crónicos y agudos asociados al consumo de drogas ilegales, agravados por varios factores, como las propiedades de las sustancias, la vía de administración, la vulnerabilidad individual y el contexto social en el que se realiza el consumo. Entre los problemas crónicos se encuentran la dependencia y la aparición de enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas, pero hay también daños agudos, siendo la sobredosis el más documentado. Aunque es relativamente raro, el consumo de opioides aún es responsable de gran parte de la morbimortalidad asociada al consumo de drogas. El consumo de drogas por vía parenteral aumenta los riesgos. En comparación, aunque los problemas de salud relacionados con el cannabis son claramente menores, la alta prevalencia de su consumo puede tener implicaciones para la salud pública. La variación en el contenido y la pureza de las sustancias actualmente disponibles para los consumidores aumenta los posibles daños y supone un desafío para las respuestas en materia de drogas.

La elaboración y la aplicación de respuestas eficaces, basadas en la evidencia, a los problemas relacionados con las drogas constituyen aspectos centrales de las políticas europeas en la materia y conllevan una serie de medidas. Los métodos de prevención e intervención temprana pretenden evitar el consumo de drogas y los problemas asociados, mientras que el tratamiento, 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 a los problemas relacionados, especialmente el contagio de enfermedades infecciosas y las muertes por sobredosis.

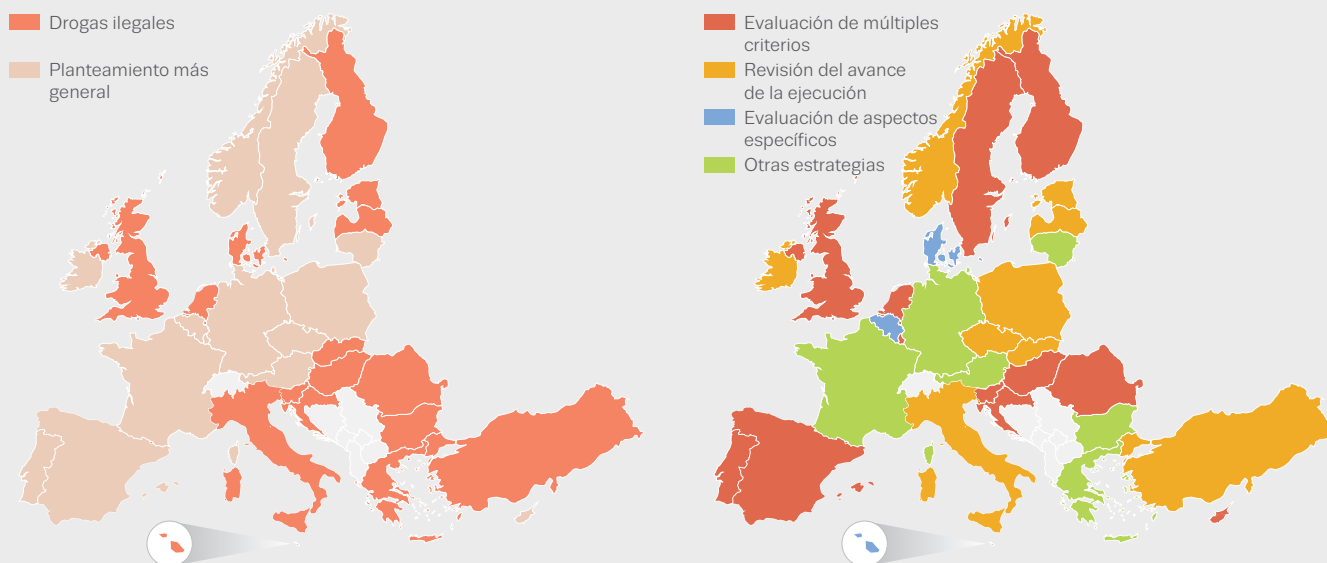
## Vigilancia de los daños relacionados con las drogas y las respuestas aplicadas

El EMCDDA recibe información sobre las respuestas sanitarias y sociales al consumo de drogas, en particular sobre las estrategias y el gasto público en materia de drogas, de los puntos focales nacionales de la red Reitox y de grupos de trabajo de expertos. Cuenta también con evaluaciones de expertos para disponer de información complementaria sobre la disponibilidad de intervenciones para las que no se dispone de la evidencia necesaria. En este capítulo se tienen en cuenta asimismo distintas revisiones de las pruebas científicas disponibles sobre la eficacia de las intervenciones de salud pública. Puede encontrarse información de apoyo en página web del EMCDDA, en [Health and social responses to drug problems: a European GUIDE](#) (Respuestas sanitarias y sociales a los problemas de las drogas: una Guía Europea), en documentación en línea relacionada, y en el [Best practice portal](#) (Portal de buenas prácticas).

Las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas y la morbimortalidad asociada a su consumo son

## GRÁFICO 3.1

Foco de atención de los documentos de estrategia nacional en materia de drogas (izquierda) y métodos de planteamiento de la evaluación (derecha) en 2017



Nota: Las estrategias con un planteamiento más general pueden incluir, por ejemplo, las drogas legales y otras toxicomanías. Mientras que el Reino Unido cuenta con una estrategia referida a las drogas ilegales, Gales e Irlanda del Norte cuentan con documentos de estrategia general que incluyen el consumo de alcohol.

los principales daños en la salud objeto de vigilancia sistemática por el EMCDDA. Esta vigilancia se complementa con datos más limitados sobre las admisiones en hospitales por daños agudos relacionados con las drogas y con los datos del Sistema de alerta temprana de la UE, que monitoriza los daños asociados a las nuevas sustancias psicoactivas. A través de internet se puede obtener más información en [Key epidemiological indicators](#) (Principales indicadores epidemiológicos), el [Statistical Bulletin](#) (Boletín estadístico) y [Action on new drugs](#) (Acción contra las nuevas sustancias psicoactivas).

### Estrategias en materia de drogas: enfoque ampliado

Casi la mitad de los 30 países monitorizados por el EMCDDA han incorporado a sus estrategias nacionales en materia de drogas diferentes problemas relacionados con combinaciones de sustancias y conductas adictivas, además de las drogas ilegales. Estas herramientas de planificación son utilizadas por las administraciones para elaborar su abordaje y planificar respuestas específicas a las diferentes dimensiones sanitarias, sociales y de seguridad de los problemas de las drogas. Mientras que en Dinamarca la política nacional sobre drogas se plasma en una serie de documentos estratégicos, disposiciones legales y medidas concretas, el resto de países cuentan con un documento de estrategia nacional en la materia. En 16 países la estrategia se centra principalmente en las drogas ilegales. En los otros 14 países, el enfoque

adoptado es más amplio y se da más importancia a otras sustancias y conductas adictivas (véase gráfico 3.1). Ahora bien, en el Reino Unido las administraciones de Gales e Irlanda del Norte con competencias transferidas cuentan con sendos documentos de estrategia general. Así pues, si se tienen en cuenta los dos tipos de documentos, el número total de estrategias generales en materia de lucha contra las drogas ilegales asciende a 16. Los documentos con un planteamiento general abordan principalmente la lucha contra las drogas ilegales y se observan diferencias en la manera de afrontar otras sustancias y toxicomanías. Todos los documentos abordan el alcohol, diez tienen en cuenta el tabaco, nueve se ocupan de los medicamentos, tres incluyen el dopaje en el deporte (por ejemplo, las sustancias destinadas a mejorar el rendimiento) y ocho abordan las conductas adictivas (como los juegos de azar). Sea cual sea el enfoque, todas las estrategias nacionales en la materia respaldan el planteamiento equilibrado de la política sobre drogas propuesto en la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020) y en su Plan de acción (2017-2020), que hacen hincapié tanto en la reducción de la demanda como en la reducción de la oferta.

Todos los países europeos evalúan sus estrategias nacionales sobre drogas, aunque utilizan para ello enfoques muy diversos. Generalmente el objetivo de estas evaluaciones es determinar el grado de ejecución efectiva de la estrategia y conocer los cambios producidos en el panorama de la droga a lo largo del tiempo. En 2017 se notificó la realización reciente de 12 evaluaciones multifactoriales, de nueve

exámenes de los progresos alcanzados en la ejecución y de tres evaluaciones sobre temas específicos, si bien seis países utilizaron otros métodos, tales como la combinación de indicadores de evaluación y proyectos de investigación (véase gráfico 3.1). La tendencia al uso de estrategias más generales se está reflejando gradualmente en el uso de evaluaciones con un enfoque más amplio. Actualmente, Francia, Luxemburgo, Suecia y Noruega han publicado evaluaciones de estrategias más generales. El planteamiento de estrategias ampliadas brinda la posibilidad de lograr un enfoque de salud pública más integrado, pero también plantea desafíos en cuanto a coordinación, vigilancia y evaluación.

### Prevenición basada en la evidencia: apoyo para su implantación

La prevención del consumo de drogas y de los problemas relacionados entre los jóvenes es un objetivo fundamental en las estrategias nacionales sobre drogas y engloba un amplio abanico de enfoques. La prevención ambiental y universal se dirige a toda la población, la prevención selectiva a grupos vulnerables que pueden correr un mayor riesgo de presentar problemas de consumo de drogas, y la prevención específica se centra en personas en situación de riesgo.

En los últimos años ha crecido el interés por la implantación de programas de prevención basados en datos empíricos en Europa, respaldado por la creación de registros, iniciativas de formación y normas de calidad. En 2018, se crearon o se estaban desarrollando registros en más de un tercio de los 30 países del EMCDDA. Los registros disponen de criterios de entrada y de valoración de la eficacia de los programas. El registro europeo Xchange ofrece enlaces con los registros nacionales y contiene unos 20 programas de prevención de drogas basados en manuales que se han evaluado rigurosamente y cuyos resultados se han valorado. También describe la experiencia de los profesionales con su implantación centrada en los problemas que afrontaron, como las barreras organizativas y culturales a la implantación (reclutamiento, plazos, problemas de adaptación), y la forma en que los superaron.

La formación profesional es vital para la introducción eficaz de estrategias de prevención. Sin embargo, las oportunidades de

formación formal en prevención son limitadas. Recientemente se ha adaptado al contexto europeo una nueva iniciativa, el Currículo de Prevención Universal, basada en datos internacionales contrastados, con un currículo universitario de nueve semanas y un curso de formación intensivo de 3-5 días (UPC-Adapt) para responsables de la toma de decisiones y líderes de opinión regionales y locales. En 2018 se va a implantar la versión abreviada en un tercio de los Estados miembros de la UE.

### Prevenición ambiental: programas centrados en entornos de ocio nocturno

La aplicación de estrategias de prevención ambiental en entornos de ocio nocturno ha aumentado en varios países, sobre todo en el norte de Europa. La mayoría de las estrategias ambientales se centran en el alcohol, pero los factores de riesgo (contextuales) comunes al problema del consumo de alcohol y de otras drogas pueden hacer que estas estrategias sean útiles también para la prevención del consumo de otras sustancias. Sin embargo, su implantación sigue siendo limitada. Una estrategia de interés son los programas multidisciplinares de colaboración en entornos de ocio nocturno, que combinan formación de los camareros, controles de entrada, supervisión y movilización de la comunidad. Hay algunos datos que indican que esta estrategia podría ser eficaz para reducir los daños relacionados con el consumo de alcohol y de drogas. Un ejemplo, el proyecto STAD de Suecia, se está implantando en otros seis países de la UE. No obstante, en 2016, solo dos países (Finlandia y el Reino Unido) notificaron una amplia disponibilidad de intervenciones multidisciplinares.

### M-health: mayor acceso a las intervenciones

Cada vez es mayor la variedad de intervenciones en materia de drogas disponibles a través de internet, por ejemplo, mediante apps de salud para smartphones (m-health). Las intervenciones basadas en internet y m-health pueden ampliar el alcance y la cobertura geográfica de los programas de prevención y tratamiento para personas que, de otra forma, no podrían acceder a servicios especializados. Las intervenciones a las que se accede a través de smartphones pueden variar desde herramientas de aprendizaje electrónico para profesionales de las drogodependencias, programas de prevención de drogodependencias y reducción de daños y difusión digital en plataformas sociales hasta la vigilancia del paciente, la supervisión y la prestación de tratamiento.

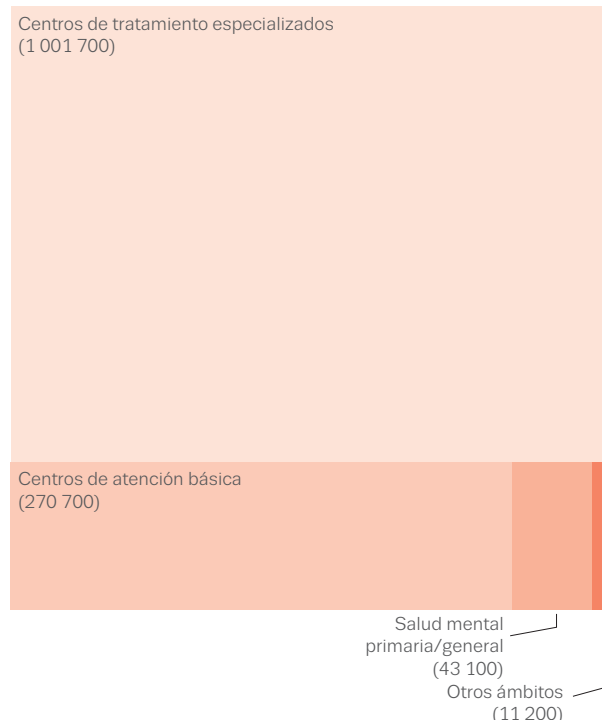
En un reciente estudio del EMCDDA se identificaron más de 60 aplicaciones (o «apps») de m-health relacionadas con las drogas disponibles en las tiendas de aplicaciones en

**La formación profesional  
es vital para la introducción  
eficaz de estrategias  
de prevención**

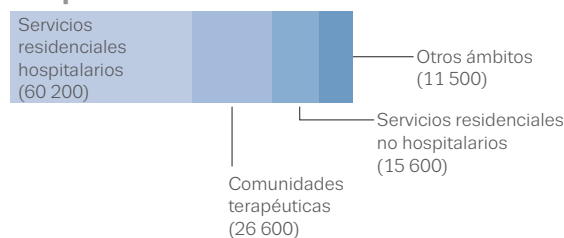
## GRÁFICO 3.2

Número de consumidores que recibieron tratamiento de drogodependencia en Europa en 2016, por ámbitos

## Ambulatorio



## Hospitalario



## Centros penitenciarios



especializados. La importancia respectiva de la prestación ambulatoria y la hospitalaria en los sistemas de tratamiento nacionales varía enormemente de unos países a otros.

### Tratamiento de la drogodependencia: vías de acceso y trayectoria de los pacientes

Aproximadamente 1,3 millones de personas recibieron tratamiento por consumo de drogas ilegales en la UE en

internet, casi la mitad de las cuales procedían de Europa. La mayoría de las apps proporcionaban información relacionada con las drogas, además de alguna forma de intervención. Las intervenciones europeas de m-health se centraban principalmente en promover la reducción de daños entre los asiduos a las fiestas y los jóvenes. Las técnicas utilizadas en las aplicaciones comprendían métodos de intervención terapéutica basados en internet, tales como diarios de consumo, consejo personalizado sobre objetivos establecidos por el propio consumidor para reducir el consumo de drogas e interacción con profesionales del tratamiento, por ejemplo, mediante mensajes anónimos. Algunas aplicaciones también utilizan técnicas de prevención eficaces, como métodos de normalización social, y la reducción de ideas erróneas en relación con el consumo de drogas en el círculo de amistades. La falta de normas de calidad para aplicaciones de M-health en el campo de las drogas, así como la preocupación por la protección de datos y la escasez de datos contrastados, representan desafíos para el futuro desarrollo en este ámbito. No obstante, es probable que las aplicaciones de M-health se conviertan en importantes herramientas de intervención en materia de drogas para consumidores y profesionales en toda Europa.

### Tratamiento de la drogodependencia: servicios comunitarios

El tratamiento de la drogadicción es la principal intervención para las personas que sufren problemas de consumo de drogas, incluida la dependencia, y uno de los principales objetivos políticos es garantizar un buen acceso a unos servicios adecuados.

La mayoría de los tratamientos de drogodependencia de Europa se prestan en régimen ambulatorio, siendo los centros de tratamiento especializados los principales recursos en términos del número de consumidores tratados (gráfico 3.2). Los centros de atención básica son los segundos utilizados, seguidos de los centros de atención primaria y los centros de salud mental. Entre ellos se incluyen las consultas de médicos de familia, que prescriben el tratamiento de sustitución de opioides en algunos países de gran tamaño, como Alemania y Francia. En el resto de países, como Eslovenia, los centros de salud mental ambulatorios son importantes en la prestación del tratamiento.

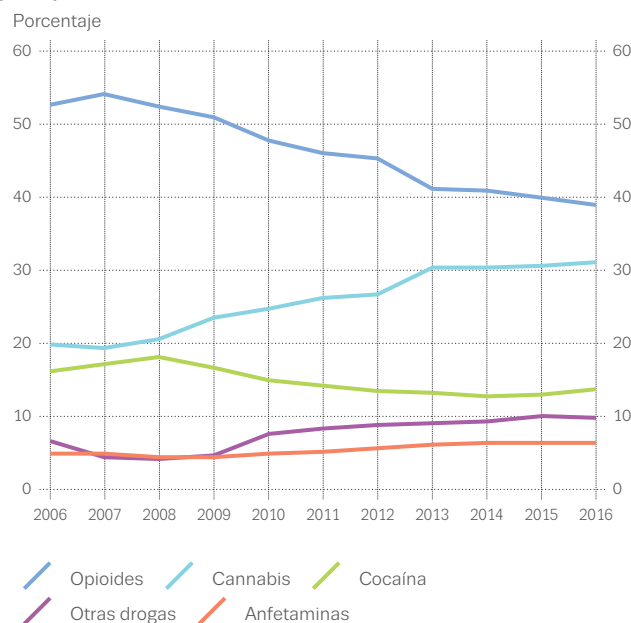
Una proporción más pequeña del tratamiento de la drogodependencia en Europa se presta en ámbitos hospitalarios, sobre todo, centros hospitalarios (por ejemplo, hospitales psiquiátricos), pero también en comunidades terapéuticas y centros de tratamiento residenciales

**La mayor parte de los tratamientos de la drogodependencia en Europa se presta en entornos ambulatorios**



### GRÁFICO 3.3

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



2016 (1,5 millones incluyendo Noruega y Turquía). La asistencia por propia iniciativa sigue siendo la principal vía de acceso de los consumidores a los servicios de tratamiento especializado en drogodependencias. En 2016, casi la mitad (48 %) de las personas que iniciaron tratamiento especializado por drogas en Europa lo hicieron siguiendo esta vía, que incluye también la asistencia por recomendación de familiares o amigos. Cerca de una cuarta parte (26 %) de los consumidores fueron remitidos por servicios sanitarios, educativos y sociales, incluidos otros centros de tratamiento de la drogodependencia, mientras que el 16 % fueron derivados por la administración de justicia. En algunos países se aplican sistemas de exclusión del sistema penal de los delincuentes relacionados con las drogas y de inclusión de los mismos en programas de tratamiento de la drogodependencia. Para ello puede ser necesaria una resolución judicial que imponga el tratamiento o la suspensión de la condena a cambio de tratamiento; en algunos países cabe tal resolución también en fases previas del proceso penal.

Las prácticas de derivación para tratamiento varían enormemente, tanto por país como por la principal droga consumida. La administración de justicia desempeña un papel especialmente importante en la derivación de los usuarios de cannabis para tratamiento. En general, en Europa, el 26 % de los consumidores de cannabis son derivados para tratamiento por la administración de justicia. Sin embargo, la proporción varía considerablemente entre los países. En 2016, entre los países con más de 100 nuevos pacientes en tratamiento por consumo de cannabis, la proporción derivada por los tribunales, los funcionarios de libertad condicional o la policía osciló entre el 2 % en los Países Bajos y más del 80 % en Hungría y Rumanía.

La trayectoria de los pacientes durante los tratamientos por drogas se suele caracterizar por la pluralidad de servicios prestados, por la reiteración del inicio del tratamiento y por la variabilidad de la duración de este. Los consumidores de opioides representan el grupo más numeroso, de los que se someten a tratamiento y absorben la mayor cantidad de los recursos terapéuticos disponibles, principalmente en forma de tratamiento de sustitución. Los resultados de un análisis de datos de tratamientos especializados muestran ese patrón en nueve países europeos en 2016. De los 370 000 consumidores que iniciaron tratamiento en estos países durante ese año, algo menos del 20 % lo hacían por primera vez en su vida; el 27 % volvía a recibirlo tras haberlo recibido un año antes y más de la mitad llevaba más de un año en tratamiento continuado. De estos últimos, la mayor parte eran hombres de poco menos de 40 años, llevaban en tratamiento más de tres años y presentaban problemas relacionados con el consumo de opioides, en particular heroína.

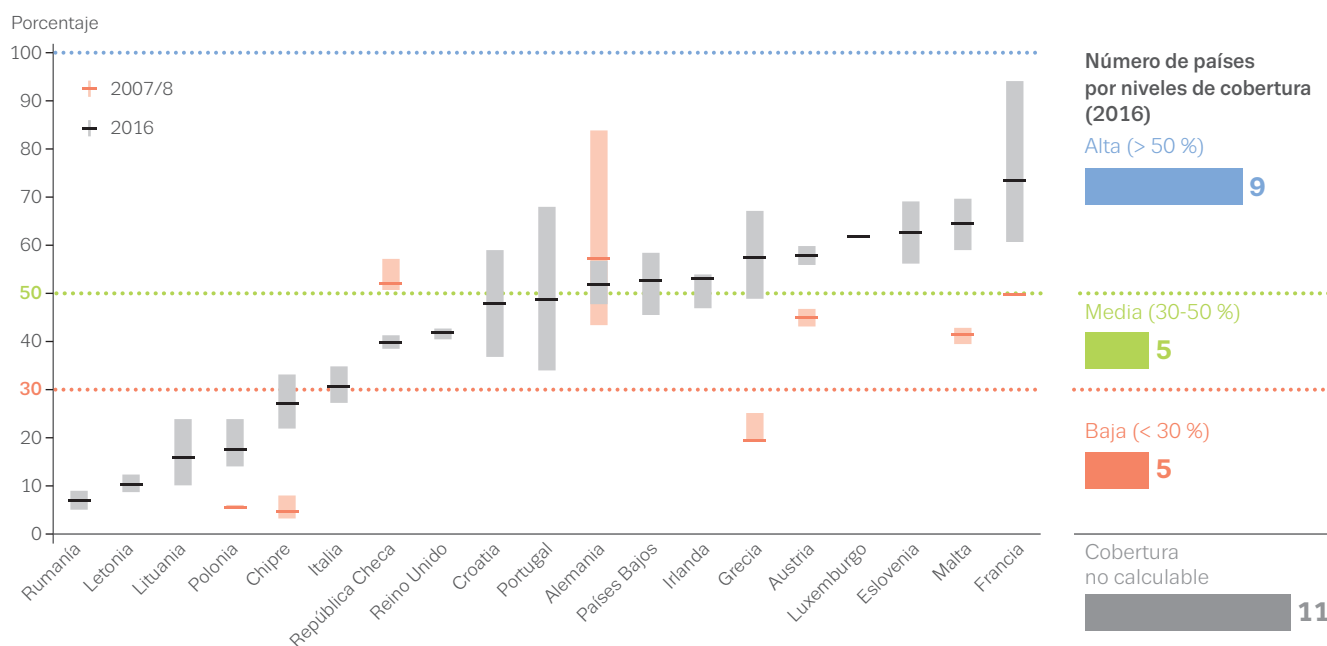
#### Tratamiento de sustitución de opioides: variaciones de la prestación entre países

El tratamiento de sustitución, normalmente combinado con intervenciones psicosociales, es la modalidad terapéutica más frecuente en caso de dependencia de opioides en Europa. Se trata de un enfoque respaldado por la evidencia científica disponible, que muestra resultados positivos en cuanto a la continuidad del tratamiento, el consumo de opioides ilegales, las conductas de riesgo, los daños relacionados con las drogas y la mortalidad. Los consumidores de cannabis y de cocaína son el segundo y el tercer grupo más numeroso que acuden por primera vez a servicios de tratamiento (gráfico 3.3). La principal modalidad de tratamiento en estos casos son las intervenciones psicosociales.

Se estima que 628 000 consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en la UE en 2016 (636 000 si incluimos a Noruega). La tendencia muestra un ascenso global hasta 2010 y luego un descenso del 10 % hasta 2016. Entre 2010 y 2016 se observó un descenso en 12 países, registrándose las cifras más elevadas de descenso (de más del 25 %) en España, los Países Bajos y Portugal. Esta tendencia puede deberse a factores relacionados con la demanda o con la oferta, como la disminución de la población de más edad, la reducción del número de consumidores crónicos de opioides o los cambios en los objetivos del tratamiento registrados en algunos países. Otros países han seguido ampliando la oferta, en una búsqueda por mejorar la cobertura del tratamiento: 16

## GRÁFICO 3.4

**Cobertura del tratamiento de sustitución de opioides (porcentaje de consumidores de opioides de alto riesgo estimados que se beneficiaron de esta intervención) en 2016 o en el último año disponible y en 2007/8**



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

países notificaron aumentos en el número de personas que recibían tratamiento de sustitución entre 2010 y 2016, entre ellos Letonia (173 %), Rumanía (167 %) y Grecia (57 %).

Una comparación con estimaciones recientes del número de consumidores de opioides de alto riesgo en Europa revela que la mitad recibe tratamiento de sustitución, si bien hay diferencias entre los países (gráfico 3.4). Entre los países que disponen de datos desde 2007 o 2008 para establecer comparaciones, mostraron en general, un aumento de la cobertura. Sin embargo, los niveles de prestación siguen siendo bajos en algunos países.

La metadona es el medicamento de sustitución prescrito con mayor frecuencia, ya que se administra a casi dos tercios (63 %) de los consumidores tratados en Europa. El 35 % de los consumidores reciben medicamentos a base de buprenorfina, el principal fármaco de sustitución en ocho países (gráfico 3.5). Se prescriben con mucha menos frecuencia otras sustancias, como la diacetilmorfina (heroína) o la morfina de liberación lenta, con el 2 % de los pacientes en Europa. La mayoría de los consumidores que reciben tratamiento de sustitución en Europa tienen más de 35 años y llevan más de dos años en tratamiento. Hay opciones de tratamiento alternativas para los consumidores de opioides en todos los países europeos. En los trece países para los que se dispone de datos, entre el 3 % y el 28 % de los consumidores de opioides sometidos a tratamiento recibe intervenciones que no incluyen sustitución del opioide.

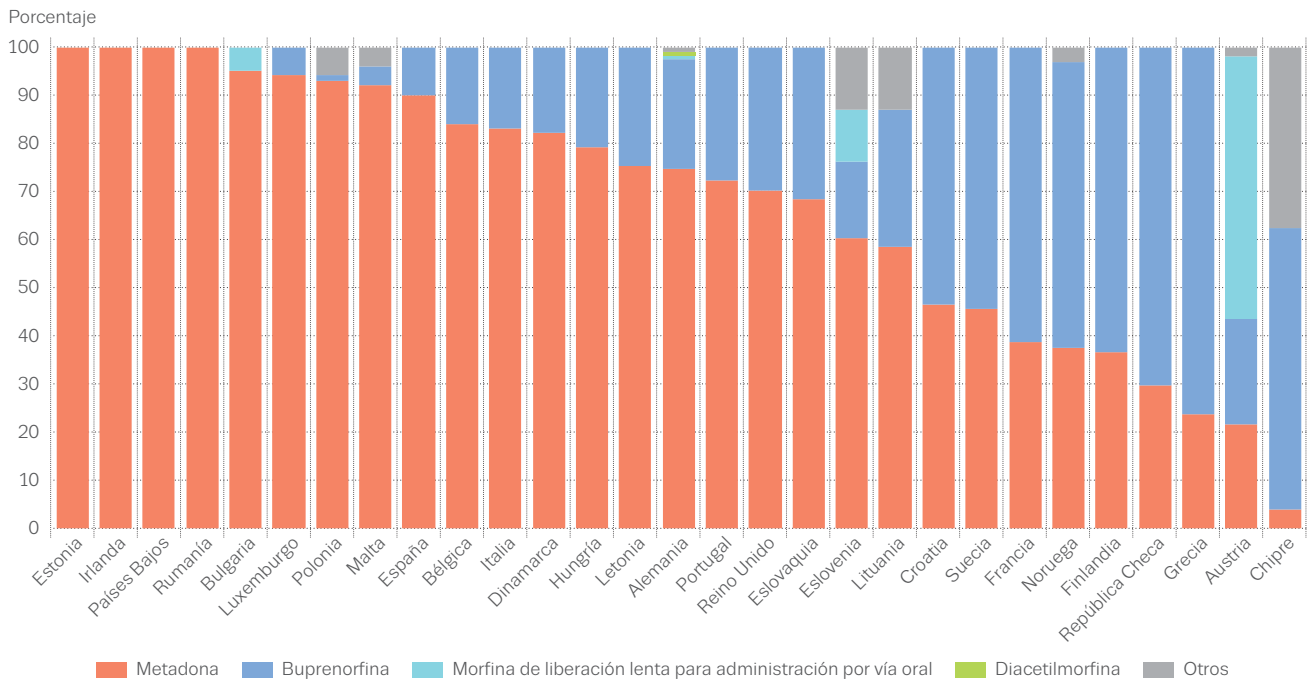
### Resultados del tratamiento: utilidad de las normas de calidad

Es importante monitorizar los resultados de los tratamientos para mejorar las trayectorias que siguen los consumidores y adaptar los servicios para responder mejor a las necesidades existentes. Sin embargo, la falta de acuerdo sobre los objetivos del tratamiento y la medición adecuada de los mismos dificulta el seguimiento de los resultados. Una revisión reciente del EMCDDA puso de relieve la amplia variabilidad de los resultados medidos, identificándose ocho dominios diferentes: «consumo de drogas», «delincuencia», «salud», «resultados relacionados con el tratamiento», «función social», «daños», «mortalidad» y «estimaciones económicas».

El uso de normas de calidad es otra forma de garantizar la correcta implantación de las intervenciones y las actividades recomendadas contenidas en las directrices. Aunque, en general, las normas de implantación se aplican a escala local, también existen normas internacionales y se utilizan para obtener consenso sobre los principios generales de las intervenciones. Por ejemplo, las normas de calidad mínimas europeas sobre la reducción de la demanda de drogas adoptadas por el Consejo de la UE establecen los principios generales que se implantan a escala nacional de distintas formas.

### GRÁFICO 3.5

Proporción de consumidores que recibieron diferentes tipos de medicamentos de sustitución de opioides prescritos en los países europeos



Nota: Los datos del Reino Unido engloban Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte.

### PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN DE OPIÁCEOS

#### Población

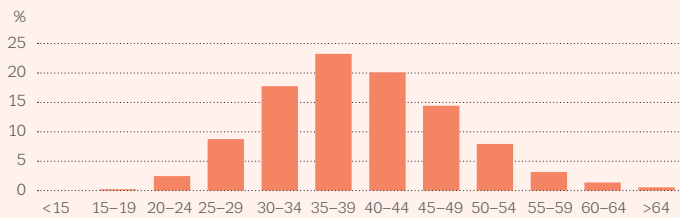
628 000 UE

636 000 UE + Noruega

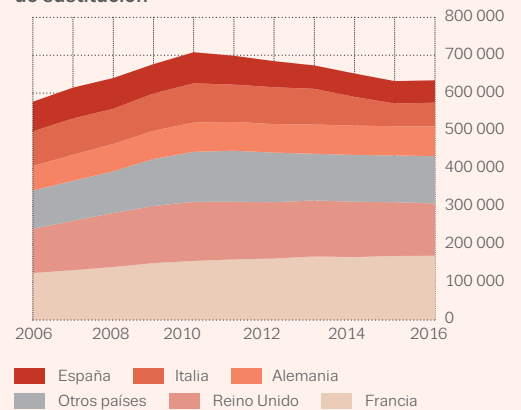
26% 74%



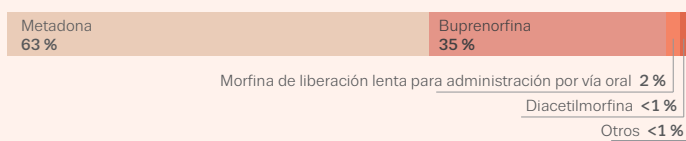
#### Distribución por edades



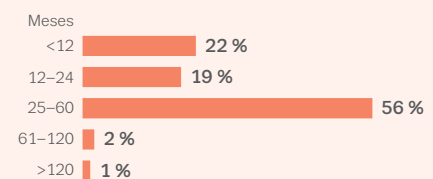
#### Tendencias del número en tratamiento de sustitución



#### Tipo de medicación



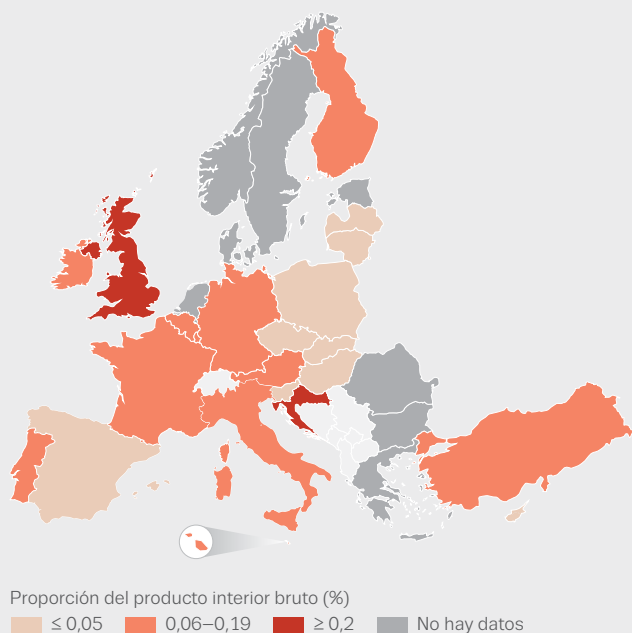
#### Duración del tratamiento



Nota: En el gráfico de tendencias solo se incluyen los países con datos de al menos 8 de los 11 años. Los valores no disponibles se interpolan de los años contiguos.

## GRÁFICO 3.6

Estimaciones más recientes del gasto público en materia de drogas (% del PIB)



### Respuesta a los problemas relacionados con las drogas: gastos y costes

El conocimiento del coste de las actuaciones en materia de drogas es importante tanto para el desarrollo de políticas como para su evaluación. Sin embargo, la información disponible sobre el gasto público en materia de drogas en Europa, tanto a escala local como nacional, sigue siendo escasa y heterogénea. En el último decenio, 22 países han facilitado estimaciones completas del gasto público en materia de drogas (gráfico 3.6). Las estimaciones varían entre el 0,01 % y el 0,5 % del producto interior bruto (PIB), y aproximadamente la mitad de las estimaciones se encuentran entre el 0,05 % y el 0,2 % del PIB.

El gasto destinado a iniciativas para reducir la demanda, expresado como porcentaje del presupuesto general en materia de drogas, varía considerablemente de un país a otro, oscilando entre el 21 % y el 75 % del gasto público en materia de drogas, según las estimaciones facilitadas al EMCDDA durante los últimos diez años. Los costes del tratamiento y otros costes de orden sanitario representan una gran parte del gasto estimado en intervenciones para reducir la demanda. Aunque las diferencias nacionales se explican en parte por la diversidad de políticas y prestaciones, junto con las diferencias en los problemas de drogas y la organización de los servicios públicos, las

diferentes metodologías usadas en la estimación también influyen enormemente en los resultados.

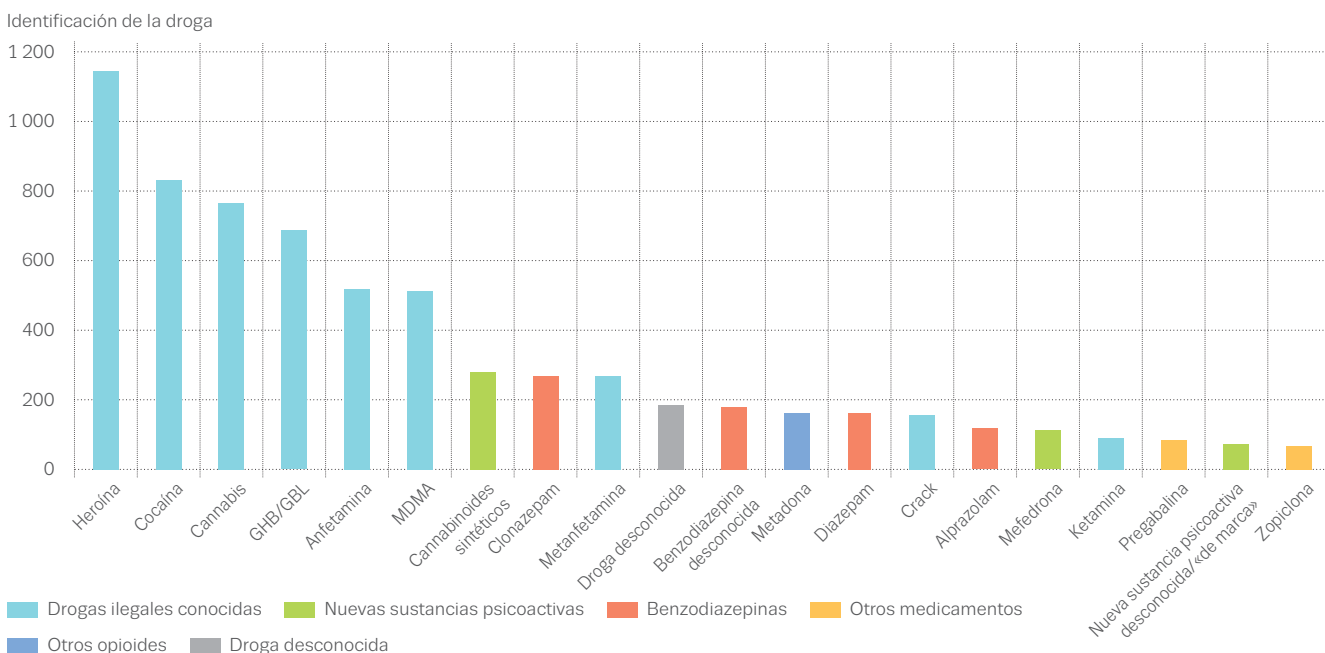
### Daños agudos relacionados con las drogas: predominio de la heroína y la cocaína

Los datos sobre urgencias hospitalarias pueden dar una idea de los daños agudos derivados de las drogas y ampliar nuestros conocimientos sobre la repercusión que tiene el consumo de drogas para la salud pública en Europa. Solo un pequeño número de países hace un seguimiento de las urgencias agudas relacionadas con las drogas a escala nacional. Entre ellos, Lituania y el Reino Unido notificaron un aumento de las urgencias relacionadas con la heroína. Por el contrario, la República Checa y Dinamarca comunicaron tendencias a la baja. En España, la cocaína estuvo implicada en casi la mitad de las urgencias relacionadas con las drogas notificadas en 2015 y, tras un descenso, esta proporción se está estabilizando. Al mismo tiempo, la proporción de urgencias derivadas del cannabis ha seguido aumentando. Eslovenia también notifica una tendencia ascendente en 2016 en el número de urgencias relacionadas con la cocaína, las anfetaminas y el GHB. En 2016, las regiones centinela de los Países Bajos notificaron 272 urgencias relacionadas con la 4-fluoroanfetamina (4-FA), un nuevo estimulante del sistema nervioso central. La mayoría de estos casos se observaron en puestos de socorro en entornos de ocio nocturno, mientras que casi un tercio de las peticiones de ambulancias relacionadas con las drogas tuvieron que ver con el consumo de GHB.

La European Drug Emergency Network (Euro-DEN Plus) supervisa las admisiones en urgencias por toxicidad aguda relacionada con las drogas en 19 hospitales (centinela) de 13 países europeos. En 2016, el proyecto registró 4 874 admisiones de personas con una edad media de 32 años, la mayoría de las cuales eran hombres (77 %). Casi tres cuartas partes de los casos fueron trasladados al hospital en ambulancia. La mayoría (78 %) recibió el alta hospitalaria en menos de 12 horas. Una pequeña minoría (6 %) ingresó en unidades de cuidados intensivos o en psiquiatría (4 %). Se registraron 22 muertes, 13 de ellas relacionadas con opioides.

## GRÁFICO 3.7

Las 20 drogas más citadas en admisiones en urgencias de hospitales centinela en 2016



Nota: Resultados de 4 874 admisiones en urgencias de 19 hospitales centinela en 13 países europeos. Fuente: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN plus).

De media, se detectaron cerca de 1,5 drogas por admisión (7 423 en total). Las drogas más frecuentes fueron heroína, cocaína, cannabis, GHB/GBL, anfetamina y MDMA (gráfico 3.7). Una quinta parte (21 %) de las admisiones se debió al uso abusivo de medicamentos de venta con o sin receta (principalmente opioides y benzodiazepinas); en el 7 % de los casos intervinieron nuevas sustancias psicoactivas (en comparación con el 9 % en 2015 y el 6 % en 2014). El número de admisiones en urgencias relacionadas con las catinonas sintéticas disminuyó notablemente, de 400 en 2014 a 160 en 2016, mientras que las admisiones relacionadas con los cannabinoides sintéticos se incrementaron de 28 a 282 en ese mismo periodo. El aumento de las admisiones relacionadas con los cannabinoides sintéticos se debe principalmente a los centros de Londres y Polonia.

Las diferencias en las drogas que intervienen en las admisiones en urgencias entre centros pueden reflejar variaciones en el área de influencia de cada hospital y en las pautas de consumo locales. Por ejemplo, las admisiones relacionadas con la heroína fueron las más frecuentes en Dublín (Irlanda) y Oslo (Noruega), mientras que en Londres (Reino Unido) lo fueron las relacionadas con el GHB/GBL, la cocaína y la MDMA.

## Nuevas sustancias: alta potencia y daños

Las nuevas sustancias psicoactivas, incluidos los opioides sintéticos, los cannabinoides sintéticos y las catinonas sintéticas, están causando diversos daños graves en Europa y representan un desafío para la política sobre drogas. Los opioides sintéticos y los cannabinoides sintéticos son dos grupos de sustancias especialmente preocupantes.

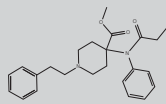
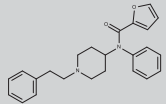
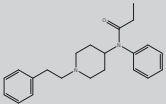
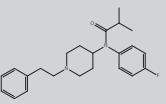
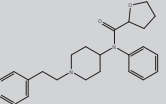
Pese a su escasa presencia en el mercado de drogas europeo, los nuevos opioides plantean una grave amenaza para las personas y la salud pública. Son especialmente preocupantes los derivados del fentanilo, que constituyen la mayoría de los nuevos opioides monitorizados por el EMCDDA. Estas sustancias son especialmente potentes, y una cantidad mínima puede provocar una intoxicación potencialmente mortal a causa de una depresión respiratoria grave inmediata. Por ello son sumamente peligrosos, sobre todo para los consumidores confiados que creen que están

adquiriendo heroína u otros fármacos o analgésicos ilegales. En tales circunstancias, puede ser preciso considerar la disponibilidad del antídoto naloxona. Además de los riesgos agudos de sobredosis, los derivados del fentanilo entrañan riesgo de uso indebido y de dependencia, lo que podría agravar los problemas sociales y de salud pública asociados frecuentemente al consumo de opioides de alto riesgo.

### Investigaciones conjuntas y evaluación del riesgo

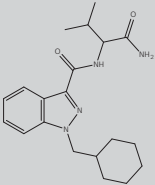
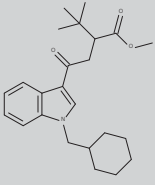
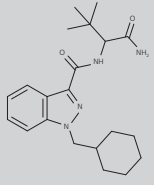
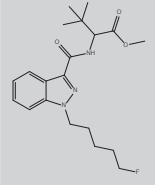
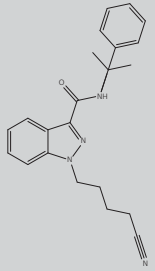
Después de las dos investigaciones conjuntas sobre el acrilioilfentanilo y el furanilfentanilo realizadas por el EMCDDA y Europol en 2016, se investigaron otros cinco derivados del fentanilo en 2017 tras la notificación de varias muertes al Sistema de alerta temprana de la UE. Las sustancias (4-fluoroisobutilfentanilo, tetrahydrofuranilfentanilo, carfentanilo, metoxiacetilfentanilo, ciclopropilfentanilo) estuvieron implicadas en más de 160 muertes, muchas de las cuales se atribuyeron directamente a ellas. En total, cinco de estas siete sustancias también fueron objeto de una evaluación formal del riesgo por el EMCDDA en 2017 (cuadro 1); las otras dos sustancias se evaluarán en 2018. Hasta la fecha, el acrilioilfentanilo y el furanilfentanilo se han sometido a medidas de control en la UE debido a los riesgos que suponen para la salud pública en Europa.

**Cuadro 1. Principales resultados de la evaluación del riesgo de cinco derivados del fentanilo**

Nombre común	Carfentanilo	Furanilfentanilo	Acrilioilfentanilo	4F-IBF (4-fluoroisobutilo- fentanilo)	THF-F (tetrahydro- furanilfentanilo)
Estructura química					
Notificación formal al Sistema de alerta temprana de la UE	12 de febrero de 2013	3 de noviembre de 2015	7 de julio de 2016	26 de agosto de 2016	23 de diciembre de 2016
Número de muertes	61	23	47	20	14
Número de países en los que se produjeron muertes relacionadas	8	6	3	2	1
Número de incautaciones por los cuerpos y fuerzas de seguridad	801	143	162	24	53
Número de países en los que se ha incautado (UE, Turquía y Noruega)	7	14	5	4	1

También durante 2017 se investigaron cuatro cannabinoides sintéticos, lo que dio lugar a evaluaciones del riesgo (cuadro 2). Las sustancias (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) estuvieron implicadas en más de 80 muertes. Fueron evaluadas después del MDMB-CHMICA, que fue objeto de la primera evaluación del riesgo de un cannabinoide sintético por el EMCDDA. Las causas de la toxicidad grave de estas sustancias son su elevada potencia y las malas prácticas de fabricación. Hay pruebas de que los productores hacen estimaciones de las cantidades de sustancia necesarias al fabricar las «mezclas de hierba para fumar». Asimismo, es posible que con las técnicas de fabricación rudimentarias empleadas no se distribuya la sustancia de manera homogénea en el producto. Como resultado, puede ser que algunos productos contengan cantidades tóxicas de la sustancia, lo que se traduce en un mayor riesgo de intoxicación grave.

**Cuadro 2. Principales resultados de la evaluación del riesgo de cinco cannabinoides sintéticos**

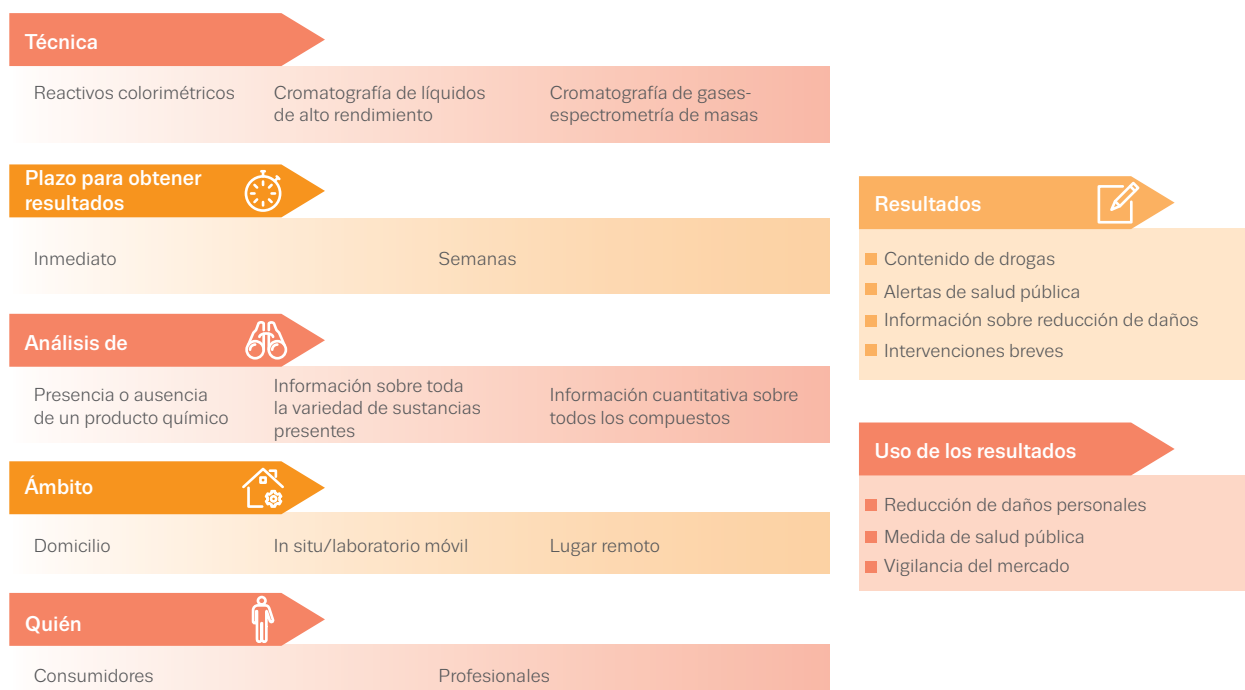
Nombre común	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Estructura química					
Notificación formal al Sistema de alerta temprana de la UE	10 de abril de 2014	12 de septiembre de 2014	24 de septiembre de 2014	8 de enero de 2015	4 de marzo de 2016
Número de muertes	31	29	13	28	11
Número de países en los que se produjeron muertes relacionadas	6	6	3	2	2
Número de incautaciones por los cuerpos y fuerzas de seguridad	6 422	> 3 600	3 794	1 986	2 461
Número de países en los que se ha incautado (UE, Turquía y Noruega)	26	25	19	27	12

**Los nuevos opioides plantean una grave amenaza para las personas y la salud pública**



## GRÁFICO 3.8

## Ejemplos de técnicas de control de drogas y aplicación



### Servicios de control de drogas: disponibilidad en Europa

Los servicios de control de drogas permiten a los consumidores solicitar un análisis de sus drogas para obtener información sobre el contenido de la muestra. Los objetivos de los servicios de control de drogas van desde la reducción del daño, proporcionando para ello asesoramiento e información a los consumidores, hasta la vigilancia de las tendencias actuales y emergentes del consumo de drogas. En algunos países, los servicios de control de drogas forman parte integral de los sistemas nacionales de alerta temprana y, en especial, facilitan la identificación y la vigilancia de nuevas sustancias psicoactivas.

Los servicios de control de drogas están disponibles en diez países de la UE. Existen varias diferencias en estos servicios, como la localización, los métodos, la tardanza de los resultados, el modo en que se comunican los resultados y su finalidad (gráfico 3.8). Los análisis pueden efectuarse en laboratorios fijos o móviles, por ejemplo, en festivales de música y discotecas. Los métodos utilizados varían desde kits de autoanálisis que muestran la presencia o ausencia de una droga o un adulterante concreto, hasta equipos sofisticados capaces de identificar y cuantificar numerosas sustancias. El tiempo necesario para obtener los resultados también es variable, desde unos segundos hasta unos días.

La comunicación de los resultados es importante para los servicios de control de drogas, y junto con los resultados se

ofrece normalmente asesoramiento o intervenciones breves. Los métodos de comunicación utilizados comprenden alertas de salud pública y para los consumidores, grupos informativos en discotecas, publicación de los resultados en internet o entrega directa de los resultados a cada persona.

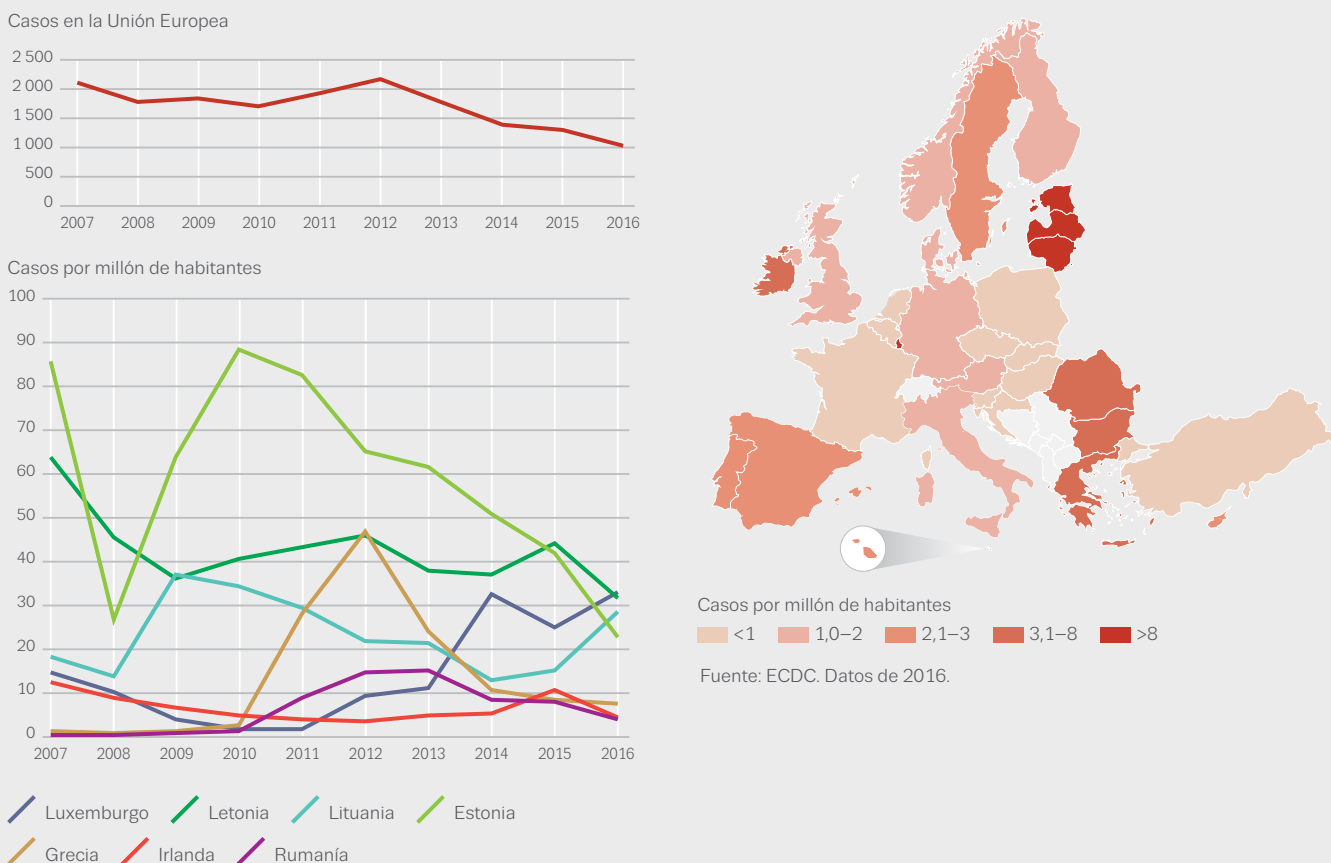
### Daños crónicos relacionados con el consumo: descenso del VIH y persistencia del diagnóstico tardío

Los consumidores de drogas, en particular por vía parenteral, corren riesgo de contraer enfermedades infecciosas al compartir los materiales para su consumo o mantener relaciones sexuales sin protección. Las conductas de riesgo relativas a 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). En 2016, se notificaron en la UE 1 027 diagnósticos nuevos de VIH en personas infectadas por consumo de drogas por vía parenteral (gráfico 3.9), lo que supone el 5 % de todos los diagnósticos de VIH en los que se conoce la vía de transmisión. Se trata de un porcentaje que se ha mantenido bajo y estable en la última década. Las nuevas infecciones de VIH entre las personas que consumen drogas por vía parenteral han descendido en la mayor parte de los países europeos, registrándose un descenso general del 51 % de 2007 a 2016. Sin embargo, la administración de drogas por vía



GRÁFICO 3.9

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



parenteral continúa desempeñando un papel esencial en la transmisión de infecciones en algunos países: en 2016, según los datos comunicados al Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), más de una cuarta parte de los nuevos diagnósticos de VIH fueron atribuidos al consumo de drogas por vía parenteral en Lituania (47 %), Luxemburgo (29 %) y Letonia (27 %). En Rumanía y en Grecia, aunque la cifra de nuevas infecciones por el VIH atribuidas al consumo de drogas por vía parenteral siguió disminuyendo en 2016, se mantiene por encima de los valores notificados antes de los brotes en 2012.

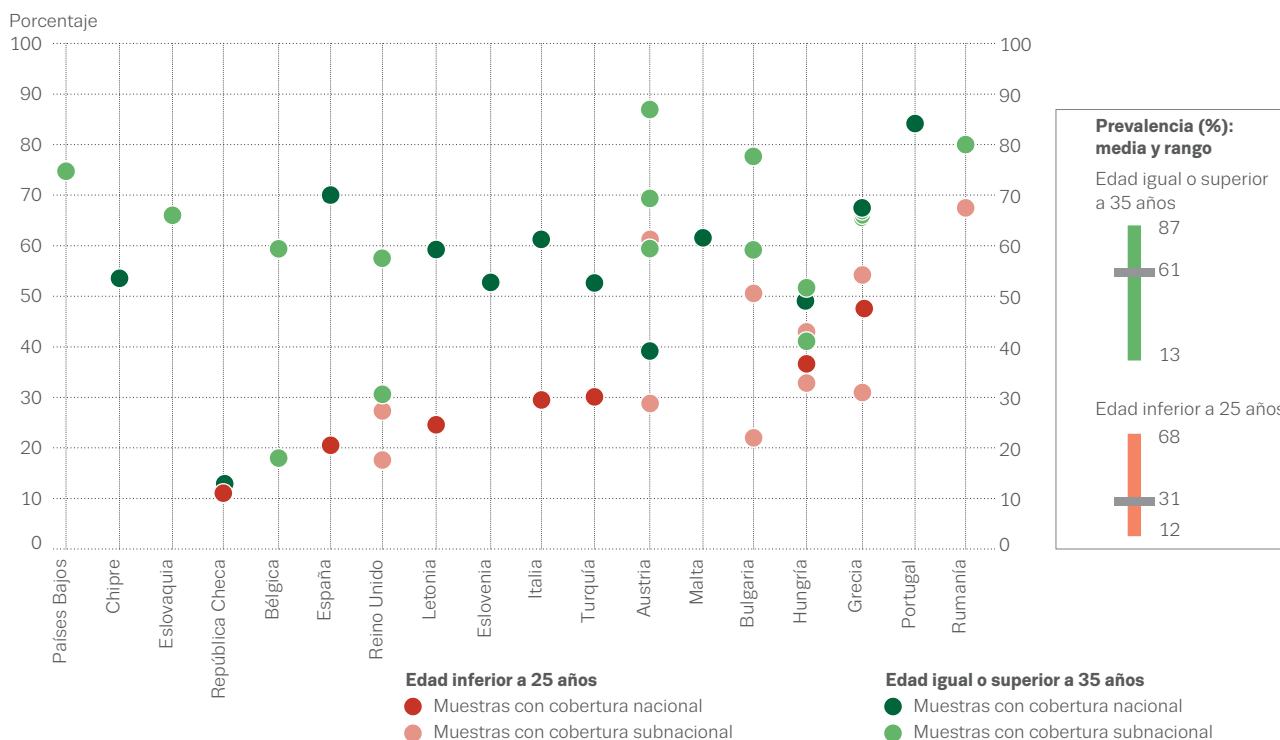
La mayoría de los países notificaron descensos de estos diagnósticos entre 2015 y 2016, incluidos Irlanda y el Reino Unido, que habían registrado aumentos en 2015. En ambos países, esto se relacionó en parte con brotes localizados. El brote notificado en Luxemburgo en 2014 ha persistido hasta 2016, y el aumento del consumo de estimulantes por vía parenteral, junto con el alto grado de marginación de los consumidores, contribuye a este brote. Lituania comunicó un fuerte aumento de las nuevas infecciones por el VIH en los consumidores de drogas por vía parenteral, que casi se duplicaron de 44 a 83 casos en 2016. Además, se ha vinculado a un mayor riesgo de transmisión el consumo de estimulantes por vía parenteral en contextos sexuales (de

prácticas de sexo y drogas) entre grupos reducidos de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

En 2016, el 13 % de los casos nuevos de SIDA notificados en la UE en los que se conoce la vía de transmisión se atribuyeron al consumo de drogas por vía parenteral. Las 422 notificaciones de estos casos representan menos de una cuarta parte del número notificado hace una década.

## GRÁFICO 3.10

Prevalencia de la infección por la hepatitis C entre las personas que consumen drogas por vía parenteral, por edad, de 2015 a 2016



Nota: No se presentan muestras menores de 10. El orden de los países sigue los datos de los menores de 25 años.

Cuando hubo datos disponibles, la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH atribuidos al consumo de drogas por vía parenteral en la Unión Europea en 2016 se diagnosticaron tarde, es decir, cuando el virus ya había comenzado a dañar el sistema inmunitario. En Grecia y Rumanía, alrededor de 2 de cada 3 nuevos casos se diagnosticaron tarde. El diagnóstico tardío del VIH se asocia a retrasos en el comienzo del tratamiento antirretrovírico y a una mayor morbimortalidad. La política de «prueba y tratamiento» del VIH, conforme a la cual el tratamiento antirretrovírico comienza inmediatamente después del diagnóstico, consigue reducir la transmisión del VIH y reviste especial importancia en el caso de grupos con conductas de mayor riesgo, como los consumidores de drogas por vía parenteral. El diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento antirretrovírico proporcionan a las personas infectadas una esperanza de vida normal.

### Prevalencia del virus de la hepatitis C: diferencias entre países

Las hepatitis víricas, 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. Por cada 100 personas con infección por VHC, de 75 a 80 desarrollarán una infección crónica. Este dato tiene

importantes consecuencias a largo plazo, ya que la infección crónica por el VHC, que a menudo empeora por el consumo excesivo de alcohol, provocará más muertes y casos de hepatopatías graves, como cirrosis y cáncer, entre los consumidores de edad más avanzada de drogas de alto riesgo.

En 2015-2016, la prevalencia de anticuerpos del VHC, indicativos de infección presente o pasada, en las muestras nacionales de consumidores de drogas por vía parenteral varió entre el 15 % y el 82 %, aunque seis de los 13 países que disponían de datos nacionales notificaron niveles superiores al 50 %. Entre los países que disponían de datos de tendencias nacionales durante el periodo 2010-16, se observó una disminución de la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral en cuatro países, mientras que en otros dos se apreció un aumento.

El VHC tiene una mayor prevalencia entre las personas de edad avanzada que consumen drogas por vía parenteral que en sus homólogos más jóvenes, lo que pone de relieve la acumulación del riesgo a lo largo de los años y la elevada carga de la infección en los grupos de mayor edad (gráfico 3.10)

Entre los consumidores, es menos frecuente la infección causada por el virus de la hepatitis B (VHB) que la infección

por VHC. Sin embargo, la presencia del antígeno de superficie del VHB es indicio de una infección activa que puede ser aguda o crónica. Se estimó que en los siete países con datos nacionales, entre el 1,5 % y el 11 % de los consumidores de drogas por vía parenteral están actualmente infectados por el VHB.

El consumo de drogas por vía parenteral es un factor de riesgo de otras enfermedades infecciosas y en 2016 se notificaron brotes de hepatitis A relacionados con el consumo de drogas en Alemania y la República Checa. Se notificaron también brotes o casos aislados de botulismo por heridas entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Alemania, Noruega y el Reino Unido.

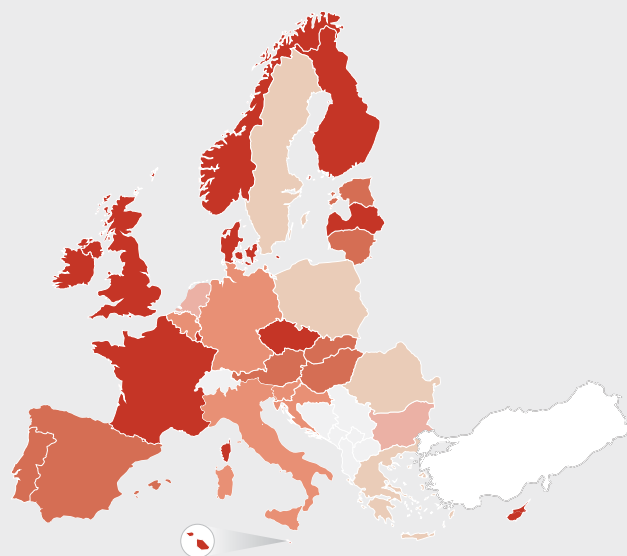
### Prevención de enfermedades infecciosas: medidas eficaces

Las medidas recomendadas para reducir las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas en las personas que consumen drogas por vía parenteral comprenden el tratamiento de sustitución de opioides, la distribución de equipos de inyección estériles, la vacunación, la realización de pruebas de detección de enfermedades infecciosas, el tratamiento de la hepatitis y del VIH, así como intervenciones de promoción de la salud centradas en prácticas más seguras de administración de inyecciones y en la reducción de conductas sexuales de riesgo.

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 son eficaces para reducir el contagio del VIH entre personas que consumen drogas por vía parenteral. De los 30 países monitorizados por el EMCDDA, todos, excepto Turquía, entregan jeringuillas gratuitas en puntos especializados. Sin embargo, existen diferencias considerables entre los países en la distribución geográfica de los puntos de reparto de jeringuillas (véase el gráfico 3.11). La cobertura de la población objetivo también varía entre unos países y otros (gráfico 3.12). Se dispone de información sobre el suministro de jeringuillas a través de programas especializados de 25 países, que juntos notificaron la distribución de 54 millones de unidades en el año más reciente del que se dispone de datos (2015/16). Este número supone una importante subestimación, ya que muchos países grandes, como Alemania, Italia y el Reino Unido, no notifican datos nacionales completos.

GRÁFICO 3.11

Disponibilidad geográfica de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas en la Unión Europea, Noruega y Turquía



Porcentaje de unidades territoriales con uno o más puntos de reparto  
 0 <20 20-39 40-59 60-79 >80

Nota: Basado en las unidades territoriales NUTS-3 de Eurostat. Los valores de España, Alemania e Italia se basan en estimaciones de expertos. Es posible que la disponibilidad geográfica no refleje la proporción de la población objetivo alcanzada por la intervención.

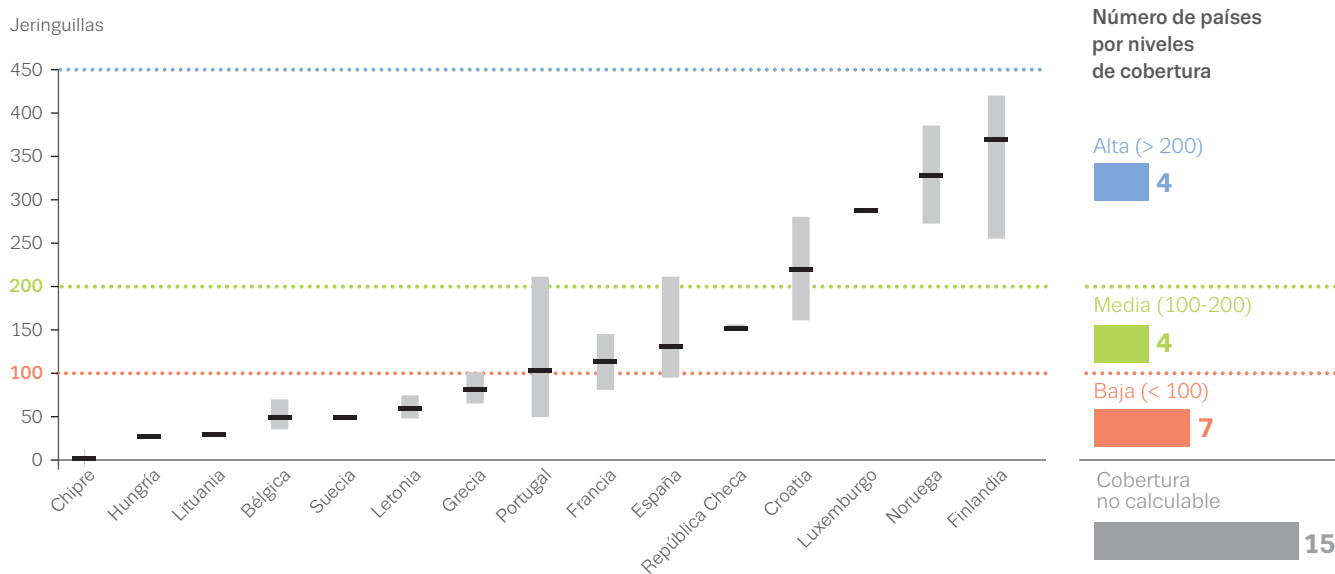
Los países europeos también notifican la distribución de otros materiales, además de jeringuillas y agujas, por parte de organismos especializados. Más de la mitad de los países comunican, por ejemplo, información escrita sobre el consumo más seguro y el uso de preservativos, toallitas desinfectantes y ácido cítrico. Ocho países notifican el suministro de papel de aluminio o pipas para permitir y promover la inhalación de drogas, en lugar de su consumo parenteral, mientras que en la República Checa se distribuyen cápsulas de gelatina para fomentar el consumo oral de metanfetamina (pervitina).

### Eliminación del VHC: acceso a pruebas y tratamiento

Las normas mínimas de calidad de la UE para las intervenciones de reducción de la demanda fomentan la realización voluntaria de pruebas de detección de infecciones transmitidas por la sangre en los órganos de la UE y promueven la orientación sobre conductas de riesgo y la asistencia para tratar las enfermedades. Sin embargo, el estigma y la marginación de los consumidores de drogas aún son un obstáculo para someterse a las pruebas y al tratamiento. Se necesitan métodos innovadores para superar estos desafíos, especialmente una mayor disponibilidad de asesoramiento y pruebas de detección por profesionales sanitarios cualificados. Además, el aumento

## GRÁFICO 3.12

**Cobertura de los programas especializados de intercambio de jeringuillas: número estimado de jeringuillas distribuidas por consumidor de drogas por vía parenteral**



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

de las pruebas de enfermedades infecciosas también debe acompañarse de medidas para garantizar la adecuada prestación de tratamiento para las infecciones.

Las directrices de expertos europeos recomiendan que se valore sin demora el tratamiento del VHC en las personas con un riesgo elevado de transmitir el virus, entre ellas, los consumidores activos de drogas por vía parenteral y los reclusos.

Los nuevos tratamientos orales sin interferón, más eficaces y mejor tolerados, con antivíricos de acción directa pueden lograr la curación en el 95 % de los casos. El acceso sin restricciones al tratamiento sigue siendo raro, debido al elevado coste de estos medicamentos. Hasta octubre de 2017, uno de cada dos países europeos había formulado su estrategia para la prevención y la asistencia de la hepatitis en un documento de política. Sin embargo, las directrices clínicas de nueve países incluían criterios que limitaban el acceso al tratamiento de la infección por el VHC a los consumidores de drogas (p. ej., que tenían que abstenerse de consumir drogas durante un periodo de 3 a 12 meses).

### Intervenciones en centros penitenciarios: la disponibilidad varía entre países

Los reclusos notifican tasas de consumo de drogas a lo largo de la vida más altas que la población general y pautas de consumo más peligrosas (incluida la administración por vía parenteral), lo que convierte a los centros penitenciarios en espacios fundamentales para las intervenciones

relacionadas con las drogas. Muchos reclusos tienen necesidades sanitarias complejas y un aspecto del reconocimiento médico a la entrada en prisión es la valoración del consumo y de los problemas derivados de este. El análisis de los datos de prevalencia del VIH y el VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral de 17 países europeos, que abarcan el periodo comprendido entre 2006 y 2017, reveló que la prevalencia de estas infecciones era significativamente mayor en las personas con antecedentes de privación de libertad en la mayoría de los países: 10 de 17 países en el caso del VIH y 14 de 17 en el caso del VHC.

Los centros penitenciarios de la mayoría de los países disponen de pruebas de detección de enfermedades infecciosas (VIH, VHB, VHC y tuberculosis), aunque en ocasiones su uso se limita al momento del ingreso en el centro o a las personas sintomáticas. La prestación de tratamiento para la hepatitis C solo se ha notificado en 11 países. Dieciséis países notificaron que han puesto en marcha programas de vacunación contra la hepatitis B. El suministro de equipos de inyección limpios es menos frecuente, ya que solo en cinco países existen programas de intercambio de jeringuillas en este entorno y únicamente en tres de ellos se ha puesto realmente en práctica esta intervención.

Dos principios fundamentales de las intervenciones sanitarias en los centros penitenciarios son la equivalencia con las intervenciones desarrolladas en la comunidad y su continuidad al recobrar la libertad. Es posible proporcionar tratamiento de sustitución de opioides en los centros

penitenciarios de 28 países, pero la cobertura es baja en la mayoría de los países. Las intervenciones ofrecidas a los reclusos comprenden desintoxicación, asesoramiento individual y en grupo, y tratamiento en comunidades terapéuticas y en salas hospitalarias especiales. En casi todos los países se prestan una o más de estas opciones terapéuticas. La mayor parte de los países europeos cuentan con modalidades de colaboración establecidas entre los servicios penitenciarios de salud y los organismos responsables de esos mismos servicios en la comunidad para facilitar la aplicación de programas terapéuticos y de educación de la salud en los propios centros y garantizar la continuidad de la asistencia al entrar en ellos y al recobrar la libertad. En todos los países se adoptan medidas de preparación al recobrar la libertad, incluida la reinserción social. Cinco países notificaron programas de prevención del riesgo de sobredosis, que es especialmente alto en el caso de consumidores de opioides por vía parenteral tras recuperar la libertad, que incluyen medidas de formación e información y el suministro de naloxona una vez liberados.

muestran tasas totales 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. Son comunes los problemas de salud, agravados por el cúmulo de condiciones y sus vínculos. Son frecuentes las enfermedades pulmonares y las hepatopatías crónicas, así como los problemas cardiovasculares, y el porcentaje de muertes causadas por ellas es mayor entre los consumidores crónicos y de más edad.

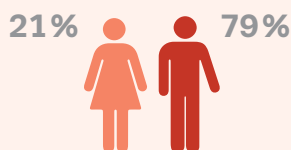
En Europa, la sobredosis continúa siendo la principal causa de muerte entre los consumidores de drogas de alto riesgo y más de tres cuartas partes de las víctimas son hombres (79 %). Es necesaria cierta precaución al interpretar los datos de sobredosis, en especial el total acumulado de la UE. Entre los motivos cabe destacar 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.

### Muertes por sobredosis: aumento entre los consumidores de drogas de alto riesgo

El consumo de drogas es una causa reconocida de mortalidad evitable entre los adultos europeos. Los estudios de cohortes de consumidores de drogas de alto riesgo

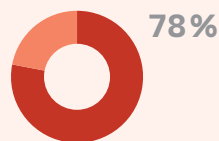
## MUERTES INDUCIDAS POR DROGAS

### Características

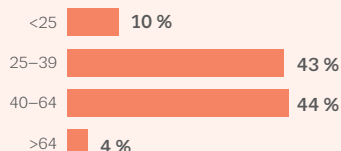


Edad media en el momento de la muerte **39** años

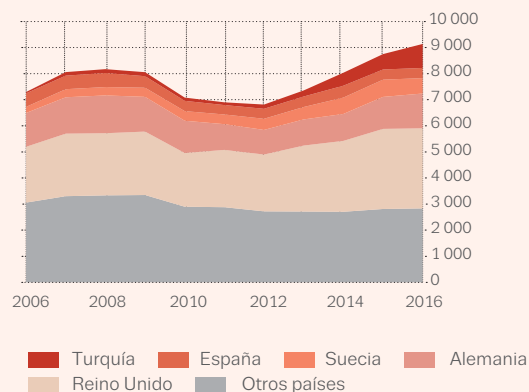
### Muertes con presencia de opioides



### Edad en el momento de la muerte



### Tendencias en las muertes por sobredosis



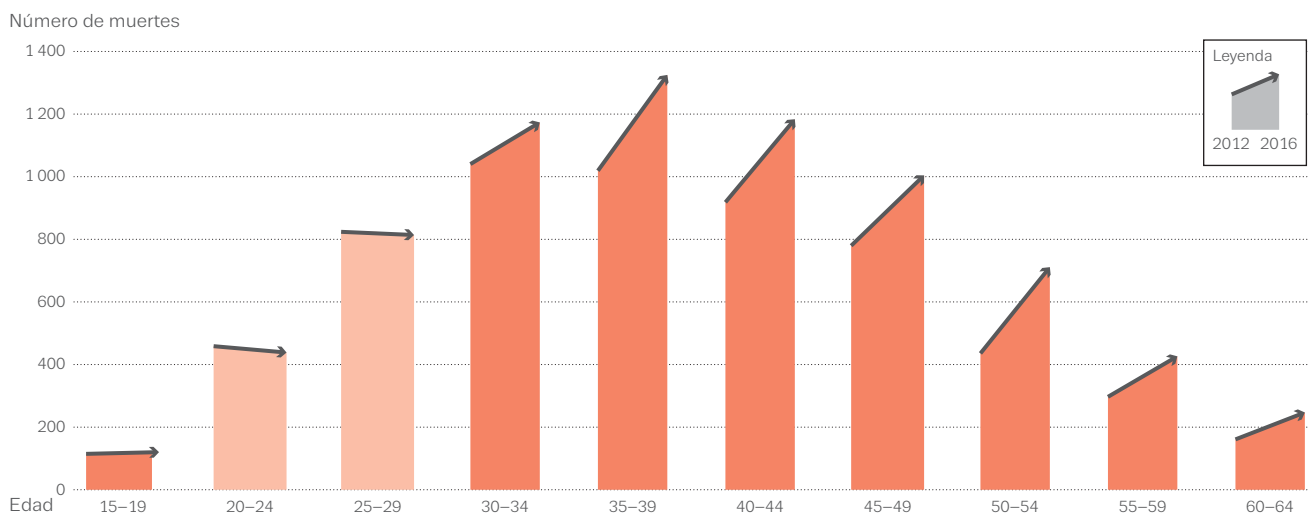
### Número de muertes



Nota: Datos de los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega (UE + 2).

## GRÁFICO 3.13

Número de muertes inducidas por drogas, por franjas de edad, notificadas en la Unión Europea en 2012 y en 2016 o el último año disponible



En 2016 se calcula que como mínimo se produjeron 7 929 muertes por sobredosis en la UE asociadas a una o más drogas ilegales. Esta cifra aumenta a 9 138 muertes si se incluyen los datos de Noruega y Turquía, lo cual representa un incremento del 4 % con respecto a la cifra revisada de 8 749 documentada en 2015; la situación en la UE es estable, en general, con respecto a la de 2015. Como en años anteriores, el Reino Unido (34 %) y Alemania (15 %) concentraron cerca de la mitad del total de Europa. Esto es debido en parte al tamaño de las poblaciones en situación de riesgo en estos países, pero también a la infranotificación en algunos países. De los países con sistemas de notificación relativamente sólidos que disponen de datos de 2016, se observaron aumentos del número de muertes por sobredosis en Estonia y Alemania. En los Países Bajos, aún no está claro si el importante aumento de las muertes por sobredosis notificadas (hasta el 91 % en comparación con 2014) representa un incremento real del número de muertes inducidas por drogas o se debe a otras causas, como cambios en el registro. En el Reino Unido se comunicó un aumento en 2015, observándose un 13 % más de muertes que en 2014 y un 21 % más que en 2013. Los datos provisionales indican que este aumento continúa en 2016. La aparente tendencia al alza en Suecia durante algunos años se invirtió en 2016. Turquía sigue notificando grandes

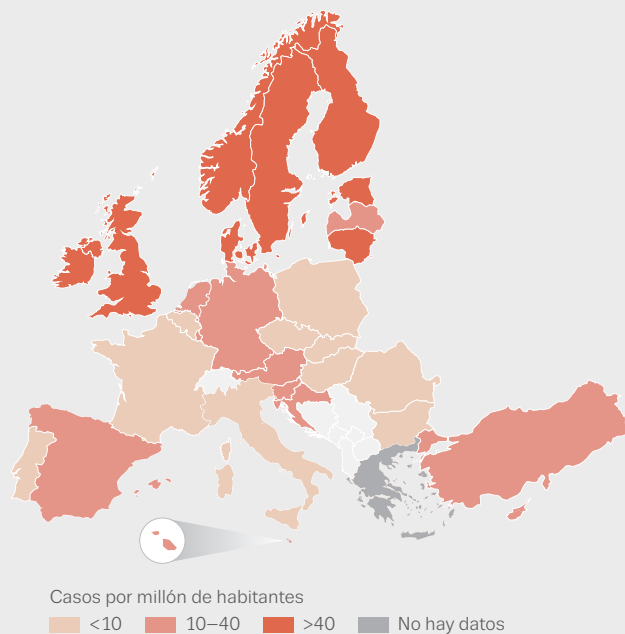
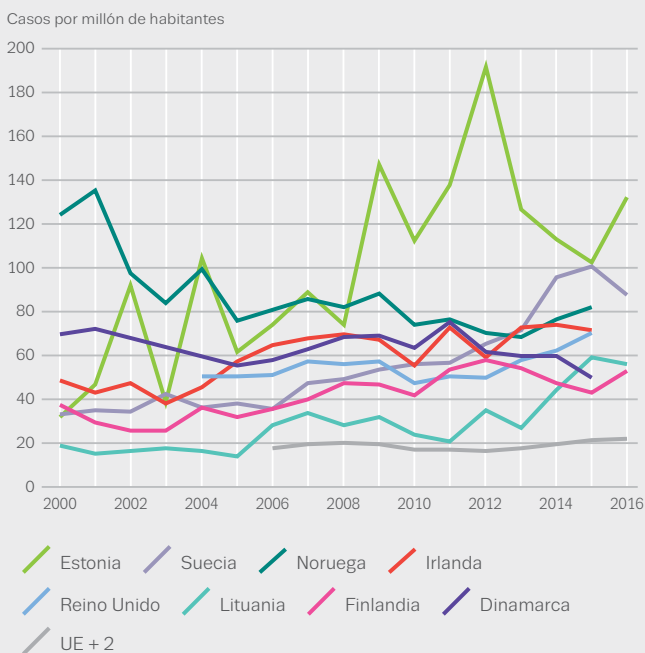
aumentos, ya que la cifra de 2016 casi duplicó la de 2014, pero esto parece depender en gran medida de las mejoras introducidas en la recogida y la notificación de los datos.

La tendencia creciente en el número notificado de muertes por sobredosis en los grupos de más edad refleja el envejecimiento de la población consumidora de opioides en Europa, que presenta el mayor riesgo de muerte por sobredosis. Entre 2012 y 2016, las muertes por sobredosis en la Unión Europea aumentaron en todas las categorías de edad mayores de 30 años (gráfico 3.13). Las muertes en los grupos de más de 50 años se incrementaron un 55 % en total, en comparación con un aumento del 25 % entre los grupos de 30-49 años. El número de muertes por sobredosis ocurridas en los grupos de menor edad se ha mantenido estable en general en la Unión Europea. El análisis de las sobredosis mortales comunicadas por Turquía en 2016 muestra un perfil más joven que el de la Unión Europea: una media de edad de 31 años (en comparación con 39 años) y un tercio de los casos en consumidores menores de 25 años.

**La sobredosis sigue siendo  
la principal causa de muerte  
entre los consumidores  
de drogas de alto riesgo**

GRÁFICO 3.14

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



Nota: Tendencias en los ocho países con los valores más altos notificados en 2016 o 2015 y tendencia general europea. UE + 2 designa los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega.

**Mortalidad inducida por drogas: tasas más altas en el norte de Europa**

En 2016, la tasa de mortalidad por sobredosis en Europa se estimó en 21,8 casos por un millón de habitantes de 15 a 64 años de edad. La tasa es casi cuatro veces más alta entre los hombres (34,7 casos por un millón de hombres) que entre las mujeres (8,9 casos por un millón de mujeres). La mortalidad por sobredosis alcanza su nivel máximo entre los hombres de 35 a 39 años, con 57,4 muertes por millón, y entre las mujeres de 40 a 44 años, con 12,4 muertes por millón. Sin embargo, la media de edad en el momento de la muerte es de 39 años en ambos sexos. Las tasas y tendencias de mortalidad nacionales varían considerablemente (gráfico 3.14) y muestran la influencia de factores como la prevalencia y las pautas de consumo, así como las prácticas nacionales de presentación de informes y de recogida y codificación de información sobre los casos de sobredosis, incluidos grados variables de infranotificación, en las bases de datos nacionales de mortalidad. Conforme a los últimos datos disponibles, se notificó una tasa de más de 40 muertes por un millón de habitantes en ocho países del norte de Europa, siendo las cifras más altas las correspondientes a Estonia (132 por millón), Suecia (88 por millón), Noruega (81 por millón), Reino Unido (70 por millón) e Irlanda (70 por millón) (gráfico 3.14).



### Sobredosis mortales: predominio de las muertes relacionadas con los opioides

La heroína o sus metabolitos aparecen en la mayoría de las sobredosis mortales notificadas en Europa, a menudo en combinación con otras sustancias. Según los datos más recientes, se ha registrado un aumento del número de muertes relacionadas con la heroína en Europa, sobre todo en el Reino Unido, donde la mayoría de las muertes por sobredosis (87 %) tuvieron que ver con algún tipo de opioide. En Inglaterra y Gales, se vinculó la heroína o la morfina en 1 177 muertes registradas en 2015, lo que representa un aumento del 18 % con respecto al año anterior y del 44 % con respecto a 2013. Las muertes relacionadas con la heroína o la morfina también aumentaron en Escocia (Reino Unido), con 473 muertes registradas en 2016, lo que supone un aumento del 37 % con respecto al año anterior. En Francia, la heroína estuvo implicada en el 30 % de las muertes por sobredosis en 2015, en comparación con el 15 % en 2012. En los informes toxicológicos también suelen aparecer otros opioides. Estas sustancias, en especial la metadona, pero también la buprenorfina (Finlandia), el fentanilo y sus derivados (principalmente en Estonia) y el tramadol, están relacionadas con una parte sustancial de las muertes por sobredosis en algunos países.

Los estimulantes como la cocaína, las anfetaminas, la MDMA y las catinonas están asociados a un menor número de muertes por sobredosis en Europa, aunque su importancia varía de unos países a otros. En el Reino Unido (Inglaterra y Gales) las muertes relacionadas con la cocaína

aumentaron de 169 en 2013 a 340 en 2015, aunque se cree que muchas de ellas se produjeron por sobredosis de heroína entre personas que también consumieron crack. En 2016, entre las muertes relacionadas con estimulantes en Turquía se registraron 100 casos asociados a la cocaína, 98 a las anfetaminas y 252 a la MDMA. En Turquía también se notificó un aumento importante del número de muertes relacionadas con cannabinoides sintéticos: de 137 en 2015 a 373 en 2016. En el Reino Unido, el número de muertes por nuevas sustancias psicoactivas sigue siendo relativamente bajo, pero ha aumentado desde 2010, sobre todo en Escocia.

### Sobredosis y muertes relacionadas con las drogas: intervenciones preventivas

La reducción de la morbimortalidad por sobredosis plantea un desafío considerable para la salud pública en Europa. Una respuesta de salud pública más amplia en este campo pretende reducir la vulnerabilidad entre los consumidores de drogas, sobre todo al eliminar barreras y mejorar la accesibilidad a los servicios, y capacitar a los consumidores para que asuman menos riesgos (gráfico 3.15). La evaluación del riesgo de sobredosis entre los consumidores de drogas y el refuerzo de su conocimiento de la sobredosis, sumados a la prestación de un tratamiento eficaz para la drogodependencia, ayuda a prevenir las sobredosis. Los periodos de alto riesgo, como la excarcelación o el alta o abandono del tratamiento, requieren una atención especial. Intervenciones como los centros de consumo

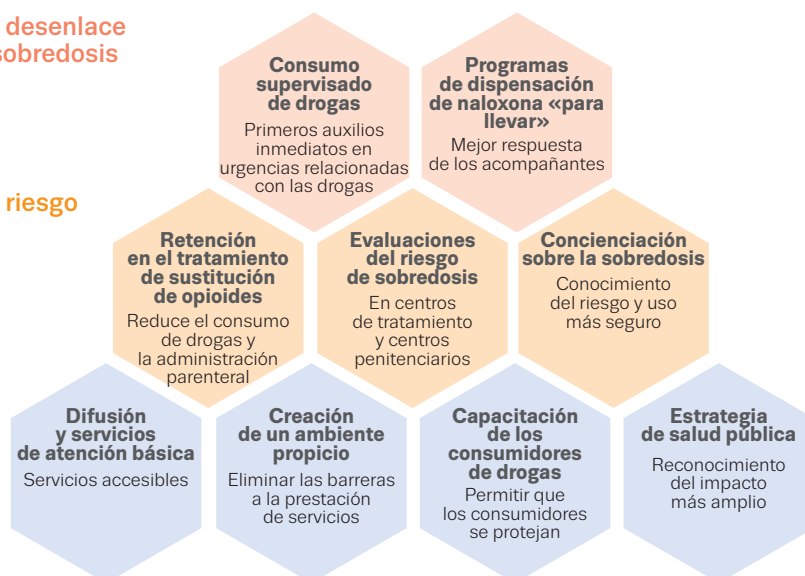
GRÁFICO 3.15

Principales estrategias para reducir las muertes relacionadas con los opioides

#### Reducción del desenlace mortal de las sobredosis

#### Reducción del riesgo de sobredosis

#### Reducción de la vulnerabilidad





supervisado de drogas y los programas de dispensación de naloxona «para llevar», son respuestas muy específicas dirigidas a mejorar las probabilidades de sobrevivir a una sobredosis.

Los centros de consumo supervisado de drogas son espacios en los que los consumidores pueden consumir drogas en condiciones higiénicas y más seguras. Esta intervención pretende prevenir las sobredosis y garantizar que se disponga de apoyo profesional en caso de producirse. Estos centros suelen ofrecer acceso a una amplia variedad de servicios médicos y sociales, así como la derivación para tratamiento de la drogodependencia, y son capaces de atraer a poblaciones de consumidores difíciles de alcanzar. Cada centro supervisa un gran número de consumos, que de otro modo habrían tenido lugar en las calles o en otras circunstancias de riesgo. Cada vez hay más pruebas de sus beneficios, entre ellos, la reducción de conductas de riesgo, de la mortalidad por sobredosis y de la transmisión de infecciones, así como un mayor acceso de los consumidores de drogas al tratamiento y otros servicios sanitarios y sociales. Al mismo tiempo, pueden ayudar a reducir el consumo de droga en lugares públicos y a mejorar los servicios públicos en zonas cercanas a los mercados de drogas urbanos. En la actualidad, ofrecen estos centros 56 ciudades en seis países de la UE y Noruega, con un total de 78. En Alemania, donde estos centros llevan en funcionamiento desde principios del decenio de 1990, se han revisado recientemente las normativas legales para que puedan supervisar tipos de consumo de menor riesgo, como el consumo de drogas para esnifar, fumar e inhalar. Además, dos de los 16 estados federados han comenzado a permitir su consumo por personas que reciben tratamiento de sustitución.

### Programas de dispensación de naloxona «para llevar»

La naloxona es un antagonista de los opioides que puede revertir la sobredosis de opioides. Se utiliza en los servicios de urgencias hospitalarios, por personal de ambulancia y por personal de otros servicios que habitualmente entran en

contacto con consumidores de drogas. En los últimos años han aumentado los programas de dispensación de naloxona «para llevar», que ponen este medicamento a disposición de los consumidores de opioides, sus parejas, compañeros y familiares, y les ofrecen formación para reconocer una sobredosis y responder a ella. En 2017, había en funcionamiento dieciséis programas de naloxona «para llevar» en diez países europeos. Una [revisión sistemática](#) de la eficacia de los programas de naloxona «para llevar» demostró que su dispensación junto con intervenciones educativas y formativas reduce la mortalidad asociada a las sobredosis. Tales intervenciones pueden resultar particularmente beneficiosas para poblaciones con un riesgo elevado de sobredosis, como los reclusos recién puestos en libertad. Los reclusos están incluidos en los programas de dispensación de naloxona «para llevar» en Estonia, Francia y el Reino Unido, y está previsto que en 2018 comience en Noruega un programa de dispensación de naloxona en centros penitenciarios.

La mayoría de los kits de naloxona suministrados por los servicios sanitarios y de drogodependencia contienen naloxona inyectable (0,4 o 1 mg/1 ml) genérica en ampollas o jeringuillas precargadas con el medicamento. En julio de 2017, se concedió en Francia una autorización de comercialización a una formulación nasal más concentrada del medicamento (0,9 mg/0,1 ml) que se había utilizado de manera experimental desde 2016, lo que facilitó su uso más generalizado. En noviembre de 2017, la Comisión Europea aprobó la comercialización de un aerosol nasal en la Unión Europea, Noruega, Islandia y Liechtenstein. El aerosol libera 1,8 mg de naloxona en 0,1 ml de solución.

**La reducción  
de la morbimortalidad  
por sobredosis plantea  
un desafío considerable  
para la salud pública**

## MÁS INFORMACIÓN

### Publicaciones del EMCDDA

#### 2018

Country Drug Reports 2018.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs (update).

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

#### 2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

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

Evaluating drug policy: A seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations, Manuals.

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

#### 2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe: update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

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

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

#### 2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

#### 2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

Treatment for cocaine dependence: reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

#### 2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

### Publicaciones conjuntas del EMCDDA y el ECDC

#### 2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

#### 2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

#### 2012

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

Todas las publicaciones están disponibles en [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)



# Anexo

**Datos nacionales para las estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas, incluidos el consumo problemático de opioides, el tratamiento de sustitución, el número total de tratamientos, 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 2018** del EMCDDA, en el que se ofrecen notas y metadatos. Se indican los años a los que se refieren los datos.**

## CUADRO A1

## OPIOIDES

País	Estimación del consumo problemático de opioides		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	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulgaria	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
República Checa	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Dinamarca	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Alemania	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Estonia	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irlanda	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Grecia	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
España	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Francia	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Croacia	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Italia	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Chipre	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Letonia	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Lituania	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luxemburgo	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Hungría	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
Países Bajos	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Austria	2015	5,3–5,6	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Polonia	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugal	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Rumanía	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Eslovenia	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Eslovaquia	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finlandia	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Suecia (*)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Reino Unido	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
Turquía	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	–
Noruega (†)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Unión Europea	–	–	<b>36,1 (167 443)</b>	<b>17,9 (31 520)</b>	<b>49,1 (130 977)</b>	<b>33,8 (46 440)</b>	<b>26,2 (6 709)</b>	<b>35,3 (37 608)</b>	<b>628 289</b>
UE, Turquía y Noruega	–	–	<b>36,8 (176 549)</b>	<b>19,2 (35 490)</b>	<b>49,5 (136 113)</b>	<b>33,3 (48 434)</b>	<b>24,9 (7 270)</b>	<b>35,2 (39 041)</b>	<b>635 843</b>

Los datos de consumidores que inician tratamiento son de 2016 o del año más reciente disponible: República Checa, 2014; Dinamarca, España, Países Bajos y Turquía, 2015.

Los datos de consumidores que reciben tratamiento de sustitución son de 2016 o del año más reciente disponible: Dinamarca, España, Hungría, Polonia y Finlandia, 2015; Países Bajos, 2014; Turquía, 2011. La cifra de Suecia no representa a todos los consumidores.

(\*) Los datos de los consumidores que inician tratamiento se refieren únicamente a la asistencia hospitalaria y a los centros ambulatorios especializados.

(†) El porcentaje de consumidores que inician tratamiento por problemas relacionados con los opioides es un valor mínimo que no da cuenta de los consumidores de opioides registrados como consumidores de varias drogas.

## CUADRO A2

## COCAÍNA

	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)	% (recuento)
Bélgica	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulgaria	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
República Checa	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dinamarca (1)	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Alemania (2)	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Estonia	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irlanda	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Grecia (2)	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
España	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Francia	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Croacia	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Italia	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Chipre	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Letonia	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituania	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luxemburgo	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Hungría (2)	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Países Bajos	2016	5,9	3,7	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Austria	2015	3,0	0,4	2	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Polonia	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Rumanía	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslovenia	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Eslovaquia	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finlandia	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Suecia (1,3)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Reino Unido (1,4)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Turquía	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Noruega (1)	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Unión Europea	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población escolar se extraen de la encuesta ESPAD de 2015, excepto las de Bélgica (2016; solo Flandes), España (2016), Alemania (2011), Italia (2016), Luxemburgo (2010; 15 años de edad), Suecia (2016) y el Reino Unido (2014; solo Inglaterra, 15 años de edad). Ante la incertidumbre acerca de los procedimientos de recopilación de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

Los datos de consumidores que inician tratamiento son de 2016 o del año más reciente: República Checa, 2014; Dinamarca, España, Países Bajos y Turquía, 2015.

(1) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 16-64, 16-34.

(2) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 18-64, 18-34.

(3) Los datos de los consumidores que inician tratamiento se refieren únicamente a la asistencia hospitalaria y a los centros ambulatorios especializados.

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

## CUADRO 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)	% (recuento)	
Bélgica	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)	
Bulgaria	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)	
República Checa	2016	3,0	1,7	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)	
Dinamarca (¹)	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)	
Alemania (²)	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)	
Estonia	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)	
Irlanda	2015	4,1	0,6	3	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)	
Grecia	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)	
España	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)	
Francia	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)	
Croacia	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–	
Italia	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)	
Chipre	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)	
Letonia	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)	
Lituania	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)	
Luxemburgo	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–	
Hungría (²)	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)	
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)	
Países Bajos	2016	5,3	3,6	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)	
Austria	2015	2,2	0,9	3	5,5 (203)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)	
Polonia	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)	
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–	
Rumanía	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Eslovenia	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)	
Eslovaquia	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)	
Finlandia	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)	
Suecia (¹,³)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–	
Reino Unido (¹,⁴)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)	
Turquía	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)	
Noruega (¹)	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–	
Unión Europea	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)	
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)	

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población escolar se extraen de la encuesta ESPAD de 2015, excepto las de Bélgica (2016; solo Flandes), España (2016), Alemania (2011), Italia (2016), Luxemburgo (2010; 15 años de edad), Suecia (2016) y el Reino Unido (2014; solo Inglaterra, 15 años de edad). Ante la incertidumbre acerca de los procedimientos de recopilación de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

Los datos de consumidores que inician tratamiento son de 2016 o del año más reciente: República Checa, 2014; Dinamarca, España, Países Bajos y Turquía, 2015. Los datos de Alemania, Suecia y Noruega hacen referencia a consumidores de «estimulantes distintos de la cocaína».

(¹) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 16-64, 16-34.

(²) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 18-64, 18-34.

(³) Los datos de los consumidores que inician tratamiento se refieren únicamente a la asistencia hospitalaria y a los centros ambulatorios especializados.

(⁴) Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Inglaterra y Gales solamente.

## CUADRO A4

## MDMA

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año		
	Año de la encuesta	Población general		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
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	
Bélgica	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulgaria	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
República Checa	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dinamarca (¹)	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Alemania (²)	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irlanda	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Grecia (²)	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
España	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Francia	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Croacia	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Italia	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Chipre	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Letonia	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Lituania	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luxemburgo	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Hungría (²)	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Países Bajos	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austria	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Polonia	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Rumanía	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Eslovenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Eslovaquia	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finlandia	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Suecia (¹)	2013	–	1,0	1	–	–	–
Reino Unido (¹-³)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Turquía	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Noruega (¹)	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Unión Europea	–	<b>4,1</b>	<b>1,8</b>	–	<b>0,3 (1 442)</b>	<b>0,5 (951)</b>	<b>0,2 (424)</b>
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	<b>0,3 (1 548)</b>	<b>0,6 (1 028)</b>	<b>0,2 (453)</b>

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población escolar se extraen de la encuesta ESPAD de 2015, excepto las de Bélgica (2016; solo Flandes), España (2016), Alemania (2011), Italia (2016), Luxemburgo (2010; 15 años de edad), Suecia (2016) y el Reino Unido (2014; solo Inglaterra, 15 años de edad). Ante la incertidumbre acerca de los procedimientos de recopilación de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

Los datos de consumidores que inician tratamiento son de 2016 o del año más reciente: República Checa, 2014; Dinamarca, España, Países Bajos y Turquía, 2015.

(¹) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 16-64, 16-34.

(²) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 18-64, 18-34.

(³) Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Inglaterra y Gales solamente.



## CUADRO A5

## CANNABIS

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año		
	Población general			Población escolar	Consumidores de cannabis como % de los consumidores que inician tratamiento		
	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
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	
Bélgica	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulgaria	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
República Checa	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dinamarca (1)	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Alemania (2)	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Estonia	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irlanda	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Grecia (2)	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
España	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Francia	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Croacia	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Italia	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Chipre	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Letonia	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Lituania	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luxemburgo	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Hungría (2)	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Países Bajos	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austria	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Polonia	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Rumanía	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Eslovenia	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Eslovaquia	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finlandia	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Suecia (1,3)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Reino Unido (1,4)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Turquía	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Noruega (1)	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Unión Europea	–	<b>26,3</b>	<b>14,1</b>	–	<b>32,1 (148 793)</b>	<b>46,3 (81 720)</b>	<b>20,9 (55 625)</b>
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	<b>31,5 (151 106)</b>	<b>45,1 (83 157)</b>	<b>20,5 (56 501)</b>

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población escolar se extraen de la encuesta ESPAD de 2015, excepto las de Bélgica (2016; solo Flandes), España (2016), Alemania (2011), Italia (2016), Luxemburgo (2010; 15 años de edad), Suecia (2016) y el Reino Unido (2014; solo Inglaterra, 15 años de edad). Ante la incertidumbre acerca de los procedimientos de recopilación de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

Los datos de consumidores que inician tratamiento son de 2016 o del año más reciente: República Checa, 2014; Dinamarca, España, Países Bajos y Turquía, 2015.

(1) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 16-64, 16-34.

(2) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 18-64, 18-34.

(3) Los datos de los consumidores que inician tratamiento se refieren únicamente a la asistencia hospitalaria y a los centros ambulatorios especializados.

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

## CUADRO A6

## OTROS INDICADORES

País	Muertes inducidas por drogas (edad 15-64)	Diagnósticos de VIH relacionados con los consumidores de drogas por vía parenteral (ECDC)	Estimación del consumo de drogas por vía parenteral		Jeringuillas 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	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulgaria	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
República Checa	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Dinamarca	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Alemania	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estonia	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irlanda (¹)	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Grecia	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
España (²)	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Francia (³)	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Croacia	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Italia	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Chipre	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Letonia	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Lituania	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luxemburgo	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Hungría	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Países Bajos	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Austria	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Polonia	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugal	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Rumanía (³)	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Eslovenia	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Eslovaquia	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finlandia	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Suecia	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Reino Unido (⁴)	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Turquía	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Noruega	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
Unión Europea	<b>22,4 (7 443)</b>	<b>2,0 (1 027)</b>	–	–	–
UE, Turquía y Noruega	<b>21,8 (8 500)</b>	<b>1,8 (1 043)</b>	–	–	–

Por cuestiones de codificación, cobertura e infranotificación se recomienda precaución al comparar las estadísticas sobre mortalidad inducida por drogas en algunos países.

(¹) Los datos sobre jeringuillas distribuidas a través de programas especializados corresponden a 2014.

(²) Los datos sobre jeringuillas distribuidas a través de programas especializados corresponden a 2015.

(³) Muertes inducidas por drogas: cobertura subnacional.

(⁴) Datos sobre distribución de jeringuillas en el Reino Unido: Inglaterra, sin datos; Escocia, 4 742 060 y Gales, 3 100 009 (de 2016 ambos); Irlanda del Norte, 309 570 (2015).

## CUADRO A7

## INCAUTACIONES

	Heroína		Cocaína		Anfetaminas		MDMA	
	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones
País	kg	recuento	kg	recuento	kg	recuento	comprimidos (kg)	recuento
Bélgica	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bulgaria	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
República Checa	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Dinamarca	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Alemania	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Estonia	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Irlanda	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Grecia	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
España	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Francia	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Croacia	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Italia	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Chipre	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Letonia	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Lituania	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luxemburgo	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Hungría	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Países Bajos	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Austria	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Polonia	9		449		961	–	149 921 (0,3)	–
Portugal	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Rumanía	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Eslovenia	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Eslovaquia	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finlandia	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Suecia	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Reino Unido	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turquía	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Noruega	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
<b>Unión Europea</b>	<b>4 275</b>	<b>37 548</b>	<b>70 883</b>	<b>97 520</b>	<b>6 221</b>	<b>43 405</b>	<b>5 305 409 (295)</b>	<b>24 383</b>
<b>UE, Turquía y Noruega</b>	<b>9 874</b>	<b>46 725</b>	<b>71 832</b>	<b>100 229</b>	<b>10 317</b>	<b>53 504</b>	<b>9 127 499 (306)</b>	<b>30 672</b>

En las anfetaminas se incluyen la anfetamina y la metanfetamina.  
 Todos los datos son de 2016 o del último año disponible.

## CUADRO 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	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulgaria	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
República Checa	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Dinamarca	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Alemania	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estonia	548	22	46	575	- (79)	28
Irlanda	-	192	-	1 049	- (-)	182
Grecia	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
España	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Francia	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Croacia	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Italia	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Chipre	2	20	171	753	311 (-)	37
Letonia	3	96	44	872	- (50)	22
Lituania	551	54	68	654	- (-)	0
Luxemburgo	1	173	21	875	359 (-)	16
Hungría	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Países Bajos	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Austria	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Polonia	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugal	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Rumanía	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Eslovenia	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Eslovaquia	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finlandia	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Suecia	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Reino Unido	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turquía	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Noruega	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Unión Europea	<b>424 186</b>	<b>316 546</b>	<b>123 947</b>	<b>420 092</b>	<b>3 268 037 (29 723)</b>	<b>22 049</b>
UE, Turquía y Noruega	<b>463 258</b>	<b>332 117</b>	<b>235 365</b>	<b>454 471</b>	<b>3 268 037 (29 771)</b>	<b>25 583</b>

Todos los datos son de 2016 o del último año disponible.





## Ponerse en contacto con la Unión Europea

### En persona

En la Unión Europea existen cientos de centros de información Europe Direct. Puede encontrar la dirección del centro más cercano en: [https://europa.eu/european-union/contact\\_es](https://europa.eu/european-union/contact_es)

### Por teléfono o por correo electrónico

Europe Direct es un servicio que responde a sus preguntas sobre la Unión Europea. Puede acceder a este servicio:

— marcando el número de teléfono gratuito: 00 800 6 7 8 9 10 11

(algunos operadores pueden cobrar por las llamadas);

— marcando el siguiente número de teléfono: +32 22999696; o

— por correo electrónico: [https://europa.eu/european-union/contact\\_es](https://europa.eu/european-union/contact_es)

## Buscar información sobre la Unión Europea

### En línea

Puede encontrar información sobre la Unión Europea en todas las lenguas oficiales de la Unión en el sitio web Europa: [https://europa.eu/european-union/index\\_es](https://europa.eu/european-union/index_es)

### Publicaciones de la Unión Europea

Puede descargar o solicitar publicaciones gratuitas y de pago de la Unión Europea en: <https://publications.europa.eu/es/publications>

Si desea obtener varios ejemplares de las publicaciones gratuitas, póngase en contacto con Europe Direct o su centro de información local ([https://europa.eu/european-union/contact\\_es](https://europa.eu/european-union/contact_es)).

### Derecho de la Unión y documentos conexos

Para acceder a la información jurídica de la Unión Europea, incluido todo el Derecho de la Unión desde 1952 en todas las versiones lingüísticas oficiales, puede consultar el sitio web EUR-Lex: <http://eur-lex.europa.eu>

### Datos abiertos de la Unión Europea

El portal de datos abiertos de la Unión Europea (<http://data.europa.eu/euodp/es>) permite acceder a conjuntos de datos de la Unión. Los datos pueden descargarse y reutilizarse gratuitamente con fines comerciales o no comerciales.

## Sobre este informe

El informe Tendencias y novedades presenta una visión de conjunto de alto nivel del fenómeno de la droga en Europa, que abarca desde los problemas de la oferta, el consumo y la salud pública hasta la política sobre drogas y las respuestas ofrecidas. Junto con el Informe Europeo sobre Drogas: Junto con el [Boletín Estadístico](#) en línea y los 30 [Resúmenes por país](#), conforma el conjunto del [Informe Europeo sobre Drogas 2018](#).

## 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 contrastada 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 un gran número de interesados, entre ellos los responsables de la adopción de políticas y sus asesores; profesionales e investigadores que trabajan en el campo de las drogas; y, de manera más general, los medios de comunicación y el público. Con sede en Lisboa, el EMCDDA es uno de los órganos descentralizados de la Unión Europea.

