



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

ES

ISSN 2314-9094

Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

2019



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

| Informe | Europeo sobre | Drogas

Tendencias y novedades

2019

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 alemán, búlgaro, checo, croata, danés, eslovaco, esloveno, español, estonio, finés, francés, griego, húngaro, inglés, italiano, letón, lituano, neerlandés, polaco, portugués, rumano, 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, 2019

Print	ISBN 978-92-9497-419-8	ISSN 1977-9879	doi:10.2810/295940	TD-AT-19-001-ES-C
PDF	ISBN 978-92-9497-392-4	ISSN 2314-9094	doi:10.2810/268687	TD-AT-19-001-ES-N

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2019
Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

Citación recomendada: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2019), *Informe Europeo sobre Drogas 2019: 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 | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

Índice

5	Prefacio
9	Nota introductoria y reconocimientos
11	COMENTARIO La situación de las drogas en Europa en 2019
21	CAPÍTULO 1 Oferta de drogas y mercado
43	CAPÍTULO 2 Prevalencia y tendencias del consumo de drogas
65	CAPÍTULO 3 Daños relacionados con las drogas y respuestas
89	ANEXO Cuadros de datos nacionales

Prefacio

Nos complace presentar el Informe Europeo sobre Drogas 2019: Tendencias y novedades, la publicación insignia del EMCDDA. El presente informe ofrece un análisis de los últimos datos sobre la situación en materia de drogas y de las respuestas a esta situación en toda la Unión Europea, Noruega y Turquía. Va acompañado de otros recursos de información online, entre los que se incluye nuestro Boletín Estadístico, que contienen datos de origen. El paquete del Informe también se complementa con 30 Resúmenes por país en los que se presenta la situación actual en todos los países que participan en la red de información sobre drogas de la UE.

PAQUETE DEL INFORME EUROPEO SOBRE DROGAS 2019

Elementos interrelacionados que permiten acceder a los datos y análisis disponibles sobre el problema de las drogas en Europa y a nivel nacional



El objetivo del EMCDDA es contribuir a una Europa más sana y segura. Para ello, ofrecemos las mejores pruebas disponibles para apoyar el desarrollo de políticas y acciones de lucha contra la droga fundamentadas y concretas. Nuestro informe insignia ofrece a las partes interesadas una adecuada visión de conjunto de la situación en materia de drogas, necesaria para dar respuestas eficaces a los problemas actuales. Además, ofrece un análisis de las nuevas amenazas, lo que nos permite prepararnos para los futuros desafíos que surgirán en este ámbito complejo y en rápida evolución.

El informe de este año llega en un momento crítico para la reflexión sobre los avances en la política en materia de drogas, especialmente dado el debate internacional sobre el seguimiento adecuado de la sesión especial de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas en 2016. El año que viene se publicará la evaluación final de la estrategia actual de la UE sobre las drogas (2013-2020). En este período, Europa ha experimentado cambios drásticos en los retos que plantea el ámbito de las drogas, incluida la aparición de más sustancias no controladas. También hemos observado cambios significativos en el mercado de drogas y el consumo; y entendemos mejor qué constituye una intervención eficaz. El mercado dominado por las sustancias vegetales importadas a Europa se ha convertido en un mercado en el que las drogas sintéticas y la producción dentro de Europa han cobrado mayor importancia. La globalización y los avances tecnológicos han reconfigurado las cuestiones estratégicas que los responsables políticos europeos deben considerar. Estamos orgullosos de la reputación internacional

que tiene el EMCDDA de ir al compás de estos cambios y de facilitar la información necesaria para respaldar la cooperación y la coordinación que prevé la estrategia de la UE sobre las drogas.

La Unión Europea y sus Estados miembros se han comprometido a alcanzar los objetivos adoptados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. Muchos aspectos de estos objetivos están relacionados directa e indirectamente con problemas de drogas. Por ejemplo, la producción y el tráfico de drogas pueden causar grandes daños al entorno físico, a las estructuras institucionales y a la calidad de vida de los ciudadanos de los países afectados. Los objetivos 3.3 y 3.5 se centran en poner fin a las epidemias de enfermedades infecciosas y en mejorar la prevención y el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de drogas. En este contexto, Europa se ha comprometido a cumplir el objetivo de eliminar la hepatitis vírica entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la próxima década. El virus de la hepatitis C es muy frecuente entre esta población, pero los recientes avances de los medicamentos disponibles para tratar la infección han hecho que podamos pensar en lograr la eliminación del virus. Esta es la razón por la que, en el Informe Europeo sobre Drogas de este año, se hace especial hincapié en la necesidad de incrementar las medidas de prevención, las pruebas de diagnóstico y tratamiento, todo ello fundamental para alcanzar este importante objetivo de salud pública.

Por último, debemos expresar nuestro agradecimiento a nuestros homólogos de los puntos focales nacionales de la red Reitox, a los demás socios nacionales e internacionales y al Comité Científico del EMCDDA, sin cuyo apoyo este informe no habría sido posible. 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. Además, agradecemos la colaboración de aquellas redes especializadas que han enriquecido nuestro informe con datos de vanguardia e innovadores.

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 2017 (o al año más reciente disponible). El análisis de tendencias únicamente se basa en los países que facilitan información suficiente para describir los cambios durante el período especificado. 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 tanto 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 en las estimaciones de escala europea, en las que en ocasiones se hace uso de recursos de extrapolación.

El período de referencia para todos los gráficos, análisis y datos incluidos en el presente informe es la situación de las drogas hasta finales de 2018. Por tanto, todas las agrupaciones, agregados y etiquetas reflejan la situación existente en 2018 por lo que se refiere a la composición de la Unión Europea y los países que participan en los ejercicios de presentación de informes del EMCDDA. Debido al tiempo necesario para compilar y presentar datos, muchos de los conjuntos de datos anuales incluidos aquí pertenecen al año de referencia de enero a diciembre de 2017.

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

- los jefes de los puntos focales nacionales de la red Reitox y su personal;
- los servicios y expertos de cada Estado miembro encargados de recabar los datos básicos para la elaboración del informe;
- los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del EMCDDA;
- el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea (en particular, su Grupo Horizontal sobre Drogas) y la Comisión Europea;
- el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y Europol;
- el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Oficina regional para Europa de la OMS, Interpol, la Organización Mundial de Aduanas, el proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD), el Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE), la European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus), la red European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE), la red Trans-European Drug Information (TEDI), y el grupo de la encuesta European Web Survey on Drugs;
- 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 la [página web del EMCDDA](#).

Comentario

**El Informe Europeo sobre Drogas de 2019
presenta una visión panorámica
de la situación de las drogas en Europa**

La situación de las drogas en Europa en 2019

El último análisis del EMCDDA sobre el fenómeno de las drogas en Europa revela la existencia de un mercado resiliente, reflejo de los acontecimientos que se están produciendo en el mundo. Los continuos problemas relativos a la salud y seguridad que presentan las drogas ilegales, tanto las ya consolidadas como las de más reciente aparición, crean un complicado contexto normativo donde formular y aplicar respuestas eficaces. El Informe Europeo sobre Drogas de 2019 presenta una visión panorámica de la situación de las drogas en Europa, basada en los últimos datos disponibles. En esta sección introductoria, se ofrece un breve comentario analítico de algunos problemas importantes que figuran en la agenda europea de la política sobre drogas.

Opioides: hay que seguir trabajando para abordar un problema cambiante

Hubo un tiempo en que el problema de las drogas en Europa se caracterizaba por el consumo de heroína por vía parenteral. Hoy en día, la cifra de personas que solicitan por primera vez tratamiento por consumo de heroína es baja en comparación con los patrones históricos, las tasas de consumo por vía parenteral han caído, y la cifra anual de nuevos casos de VIH atribuidos al consumo de drogas por vía parenteral se ha reducido alrededor de un 40 % en los diez últimos años. Estas son buenas noticias. Cabe aplaudir a los países europeos por introducir las medidas pragmáticas de tratamiento y reducción de daños que han contribuido a este éxito. Por el contrario, el problema de los opioides ha seguido creciendo en el resto del mundo y ha provocado una escalada de los costes para la salud pública tanto en Norteamérica como en algunos países limítrofes con la Unión Europea. No obstante, pese a las mejoras observadas en Europa, el consumo de opioides sigue siendo un factor importante de los costes sanitarios y sociales imputables al consumo de drogas en este continente, e incluso puede que la amenaza que supone esta clase de drogas esté creciendo.

El análisis de las respuestas disponibles a los problemas relacionados con los opioides indica que algunos países (sobre todo en las zonas orientales de Europa) siguen careciendo de sistemas de tratamiento y medidas de reducción de daños eficaces. También se observan indicios de que la situación se ha deteriorado en algunos países que históricamente han ofrecido una buena

cobertura de servicios. Por otra parte, existe una cohorte envejecida y cada vez más vulnerable de consumidores de larga duración de opioides cuyas necesidades no dejan de crecer. Así lo reflejan las muertes por sobredosis, cuyas víctimas presentan actualmente una media de edad de 39 años, al igual que la elevada prevalencia de problemas de salud físicos y psicológicos en este grupo. Además, en los cinco últimos años ha aumentado la cifra total de muertes relacionadas con las drogas, observándose incrementos en todos los grupos de edades por encima de los 30 años. Los indicadores de la oferta muestran síntomas de que esta amenaza puede estar creciendo. La cantidad de heroína incautada ha aumentado, y esta droga sigue teniendo una pureza relativamente alta y un precio relativamente bajo, lo que indica un alto grado de disponibilidad en muchas partes de Europa. En los últimos tiempos, también se han detectado laboratorios de heroína en algunos Estados miembros de la UE, lo que representa una novedad preocupante.

La lucha contra las hepatitis víricas

A escala internacional, Europa se ha comprometido con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La lucha contra las hepatitis víricas se inscribe en este marco regulador global. En el ámbito de la Unión Europea, este hecho tiene especial importancia para los consumidores de drogas por vía parenteral, ya que no solo son quienes soportan la mayor parte de la carga de la enfermedad, sino también quienes están en mayor riesgo de contagio. Por tanto, la capacidad de hacer frente al impacto sanitario de las hepatitis víricas hasta 2030 dependerá de que se incrementen las medidas de prevención y el acceso de este grupo a pruebas de diagnóstico y tratamientos para las hepatitis B y C.

Diecisiete Estados miembros de la UE y Noruega cuentan ya con estrategias contra la hepatitis, y crece el número de países que ofrecen acceso sin restricciones a medicamentos antivíricos de acción directa, más eficaces y mejor tolerados. No obstante, sigue habiendo trabajo por hacer. La analítica del VHC es clave para acceder a un tratamiento eficaz de la hepatitis y ayuda a prevenir el contagio. Los servicios comunitarios para drogodependientes pueden desempeñar un papel importante en este sentido. Sin embargo, muchos países carecen de políticas de diagnóstico eficaces y de procedimientos adecuados de derivación de pacientes. También puede haber profesionales reacios a tratar a los consumidores de drogas, y no siempre se reconocen los beneficios que esta inversión en atención sanitaria reporta, tanto para las personas afectadas como para el conjunto de la comunidad. El EMCDDA está trabajando en el

desarrollo de herramientas para facilitar la implantación de tratamientos contra las hepatitis víricas en centros de tratamiento de drogodependencias, como por ejemplo una lista de comprobación para detectar barreras para la actualización de las pruebas de diagnóstico y los tratamientos del VHC, un cuestionario de conocimientos para el personal de servicio, y estudios de casos ilustrativos que demuestran que los procedimientos innovadores de diagnóstico en la comunidad pueden realizar una valiosa contribución a la respuesta a esta enfermedad.

Los opioides sintéticos han cobrado importancia

La epidemia de opioides que actualmente sufren Estados Unidos y Canadá se explica por el consumo de opioides sintéticos, en particular los derivados del fentanilo. Esto no ocurre en Europa, pero es motivo de preocupación. El Sistema de alerta temprana de la UE para la vigilancia de nuevas sustancias psicoactivas ha recibido informes sobre unos cincuenta nuevos opioides sintéticos. Muchas de estas sustancias se han relacionado con fallecimientos e intoxicaciones severas. Algunas, como el carfentanilo, son sumamente potentes, por lo que son susceptibles de tráfico en cantidades muy pequeñas, que son difíciles de detectar pero pueden equivaler a muchos miles de dosis. Además, los opioides sintéticos que suelen utilizarse como medicamentos parecen tener una importancia cada vez mayor en el problema de las drogas en muchas partes de Europa, como ocurre con los fármacos utilizados como tratamientos de sustitución y calmantes para el dolor. Una de cada cinco personas que se someten a tratamiento por un problema relacionado con el consumo de opioides declara que su principal droga problemática no es la heroína, sino los opioides sintéticos, y estas drogas se detectan cada vez con mayor frecuencia en los casos de sobredosis. Pese a esta amenaza, la capacidad actual para detectar e informar de la disponibilidad, uso y consecuencias de los opioides sintéticos sigue siendo limitada. Por tanto, mejorar la sensibilidad de los recursos de información en este ámbito debe considerarse una necesidad prioritaria.

**A escala internacional,
Europa se ha comprometido
con la Agenda 2030
para el Desarrollo Sostenible**

El valor de las fuentes de datos toxicológicos y forenses

Las muertes por sobredosis raramente tienen que ver con el consumo de una única sustancia. Los patrones modernos de consumo de drogas son muy dinámicos, con la aparición de un número creciente de drogas en el mercado, y los consumidores utilizan normalmente (a sabiendas o no) varias sustancias distintas. Esto significa que, sin buenos datos forenses y toxicológicos, es posible que se pasen por alto nuevas amenazas sanitarias. Por tanto, existe el riesgo de que no se aprecie la influencia de nuevas y potentes sustancias psicoactivas, como los derivados del fentanilo, en las muertes por sobredosis, sobre todo si se consumen al mismo tiempo que drogas más conocidas como la heroína. Algunos Estados miembros de la UE, especialmente en el norte de Europa, han invertido en mejorar la disponibilidad y sensibilidad de los datos toxicológicos y, gracias a ello, ahora conocen mejor las tendencias de las drogas y las amenazas para la salud. Por ejemplo, Suecia ha introducido reconocimientos médicos exhaustivos y ha incrementado la sensibilidad de las pruebas de diagnóstico, con lo que se ha duplicado el número de casos de fentanilo detectados entre las muestras examinadas en fallecimientos relacionados con las drogas. No obstante, un reciente estudio del EMCDDA revela que no todos los laboratorios tienen capacidad para detectar las sustancias menos comunes. Para la investigación forense y toxicológica, disponer de patrones de referencia es esencial, pero muchos laboratorios a menudo no disponen de las nuevas sustancias psicoactivas. Además, la falta de directrices de toxicología forense para las investigaciones de muertes relacionadas con las drogas es un obstáculo para mejorar la vigilancia y la práctica profesional en este ámbito. Con carácter más general, dado que es probable que las drogas sintéticas de todo tipo sigan creciendo en importancia, será necesario aumentar la inversión en fuentes de datos toxicológicos y forenses.

Herramientas de vigilancia innovadoras para obtener información de tendencias emergentes

El Informe Europeo sobre Drogas de este año se basa en una serie de fuentes de datos más recientes y específicas. Estos indicadores «de vanguardia» no son representativos de la población en general y tienen otras limitaciones, pero proporcionan datos útiles, oportunos y complementarios que ofrecen información valiosa sobre el consumo de drogas en Europa (véase el gráfico 1). Por ejemplo, el análisis de las aguas residuales proporciona una fotografía de los volúmenes de drogas que se consumen en distintas ciudades de Europa. Una de las ventajas de esta fuente de

GRÁFICO 1

Nuevos indicadores complementarios de las fuentes de datos existentes



datos es que se puede comunicar la información rápidamente y, de este modo, puede servir como alerta temprana de cambios en el consumo de drogas. Así queda de manifiesto con los nuevos datos de 2018, recientemente publicados por el grupo SCORE y el EMCDDA, que apuntan a una mayor difusión geográfica y un incremento general del consumo de todas las clases de drogas estimulantes de consumo común.

Otra nueva fuente de datos incluida en el informe de este año es la European Web Survey on Drugs (encuesta europea sobre drogas vía web). A partir de una muestra de consumidores de drogas seleccionados a través de internet, los resultados de esta encuesta ofrecen información sobre patrones de uso y compras de drogas ilegales de consumo común. También se revisa aquí la información obtenida de los servicios de análisis de estupefacientes, que permiten a los consumidores solicitar un análisis de sus drogas para saber lo que contienen, con el fin de obtener información sobre el consumo de drogas en determinados entornos de ocio.

Los datos de las urgencias hospitalarias relativos a daños agudos causados por las drogas nos permiten conocer mejor las repercusiones que tiene el consumo de drogas para la salud pública en Europa. Las admisiones en determinados hospitales de dieciocho países europeos por toxicidad aguda relacionada con las drogas son observadas por la European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus). Las conclusiones del estudio de este año

reflejan que las drogas responsables de las admisiones en urgencias pueden variar geográficamente en Europa. Por ejemplo, gran número de urgencias están asociadas al consumo de drogas estimulantes, pero en el norte y el este de Europa son más frecuentes las admisiones por consumo de anfetamina, mientras que el estimulante que predomina en los países meridionales y occidentales es la cocaína.

También se ha demostrado la importancia que pueden tener los estimulantes en el consumo de drogas por vía parenteral en un nuevo estudio piloto que analiza los residuos de drogas extraídos de las jeringuillas usadas recogidas en puntos de intercambio de agujas de cinco ciudades europeas. Las sustancias más comúnmente detectadas en todos estos puntos menos uno eran estimulantes. La mitad de las jeringuillas analizadas contenían trazas de dos o más drogas, y la combinación más frecuente era una mezcla de estimulante y opioide. Estas nuevas fuentes de información nos ofrecen la oportunidad de corroborar y complementar las fuentes de datos existentes, así como conocer mejor las formas de consumo menos observadas.

El mercado europeo de cocaína sigue creciendo

Los datos actuales sobre la cocaína revelan que tanto el número de incautaciones como las cantidades incautadas registran máximos históricos. La cocaína entra en Europa por numerosas vías y medios, pero destaca el crecimiento del tráfico de gran volumen en grandes puertos, por medio de contenedores. Se estima que la cocaína que se vende al por menor ha alcanzado el mayor grado de pureza en diez años, lo que también es indicativo de la creciente disponibilidad de esta droga. Se aprecia una reorganización de la cadena de tráfico de cocaína y de los actores implicados en los niveles intermedios y al por menor, con la aparición de estructuras organizativas fragmentadas, menos definidas y más horizontales. La entrada de pequeños grupos en el mercado ha sido posible gracias a tecnologías de la información como el encriptado, los mercados de la internet oscura, las redes sociales de comercio y las criptomonedas. El emprendimiento en el competitivo mercado de la cocaína se hace patente en estrategias de distribución innovadoras como los servicios telefónicos exclusivos para esta droga. Estos nuevos métodos parecen ser reflejo, en cierta medida, de las perturbaciones observadas en otras áreas facilitadas por el uso habitual de los teléfonos inteligentes —una posible «uberización» del comercio de cocaína—, un mercado competitivo en el que los vendedores compiten por ofrecer servicios adicionales, como opciones de entrega rápida y flexible.

Cocaína: perjuicios para la salud más evidentes

Es especialmente difícil estimar la prevalencia del consumo problemático de cocaína, ya que esta droga es menos visible en los indicadores establecidos, que tienden a centrarse más en los problemas relacionados con los opioides. No obstante, hay indicios de que la creciente disponibilidad de cocaína está generando mayores costes sanitarios. Desde 2014, el número de consumidores que inician tratamiento por problemas con la cocaína, aunque sigue siendo relativamente bajo, ha aumentado más de un 35 %, con incrementos en dos tercios de los países. En algunos países, la cocaína se asocia al incremento reciente de las muertes relacionadas con las drogas. Esta droga se detecta a menudo, junto a los opioides, en las muertes por sobredosis ocurridas en aquellas partes de Europa donde es el estimulante predominante. Además, puede que se pase por alto la influencia de la cocaína en las muertes vinculadas a enfermedades cardiovasculares. Cuando se dispone de datos, estos indican un incremento general de las admisiones en urgencias relacionadas con el consumo de cocaína, la sustancia ilegal más detectada en el estudio Euro-DEN, que abarca dieciocho países. También se detectó cocaína al menos en una cuarta parte de las jeringuillas analizadas en tres de las cinco ciudades participantes en un estudio piloto sobre la utilidad del análisis de residuos en las jeringuillas para cartografiar patrones de consumo de drogas por vía parenteral. Los nuevos datos disponibles también indican que se puede estar extendiendo el consumo de *crack*, un tipo de cocaína que se fuma y que está particularmente asociado al consumo problemático. Desde 2014, ha aumentado el número de pacientes de *crack* en Bélgica, Francia, Irlanda, Italia y Portugal, así como en el Reino Unido, el país europeo más relacionado con el consumo de esta droga.

Los datos de que se dispone para determinar qué servicios son eficaces para los consumidores de cocaína son relativamente poco fiables, y actualmente hay pocos programas destinados específicamente a los consumidores de esta droga en Europa. Esta situación está comenzando a cambiar y algunos países están poniendo en marcha intervenciones de reducción de daños más especializadas. En general, no obstante, y puesto que las necesidades en este ámbito parecen ir en aumento, hacen falta inversiones urgentes para desarrollar y evaluar intervenciones de todo tipo, pero especialmente modelos de tratamiento eficaces, si se quiere disponer de servicios más capaces de interactuar adecuadamente con este grupo de pacientes.

RESUMEN: ESTIMACIONES DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA UNIÓN EUROPEA

Cannabis



Adultos (15-64)

Consumo en el último año **24,7 millones**
7,4 %



Consumo a lo largo de la vida **91,2 millones**
27,4 %



Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año **17,5 millones**
14,4 %



Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Más bajo 3,5 % Más alto 21,8 %

Cocaína



Adultos (15-64)

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



Consumo a lo largo de la vida **18 millones**
5,4 %



Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año **2,6 millones**
2,1 %



Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Más bajo 0,2 % Más alto 4,7 %

MDMA



Adultos (15-64)

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



Consumo a lo largo de la vida **13,7 millones**
4,1 %



Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año **2,1 millones**
1,7 %



Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Más bajo 0,2 % Más alto 7,1 %

Anfetaminas



Adultos (15-64)

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



Consumo a lo largo de la vida **12,4 millones**
3,7 %



Adultos jóvenes (15-34)

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



Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Más bajo 0 % Más alto 3,9 %

Opioides



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

654 000 consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en 2017

Solicitudes de tratamiento de la drogodependencia

Droga principal en el **35 %** de las solicitudes de tratamiento por drogodependencias en la Unión Europea



Sobredosis mortales

85 % Se detectaron opioides en el 85 % de las muertes por sobredosis



El papel internacional de Europa en la producción de drogas sintéticas

La producción de drogas sintéticas en Europa, aunque difícil de controlar, parece estar creciendo, diversificándose y volviéndose más innovadora. Esta expansión se aprecia en virtud de los datos recientes que documentan el incremento de las incautaciones de productos químicos precursores. El Informe sobre los mercados de drogas europeos del EMCDDA y Europol, que se publicará a finales de 2019, recogerá un análisis en profundidad de estas circunstancias. La detección de laboratorios de producción y vertederos de residuos, así como la potencia y variedad de las drogas sintéticas disponibles en el mercado europeo son inquietudes esenciales en este ámbito.

Ahora también hay cada vez más indicios de la importancia de Europa en el mercado mundial de drogas sintéticas, como las considerables incautaciones de diversas sustancias en las fronteras de la UE, el hecho de que actualmente se incauta en Turquía más MDMA que en toda la Unión Europea y la detección en Europa de instalaciones de producción de metanfetamina y otras drogas sintéticas destinadas a la exportación. La infraestructura que permite mover mercancías rápidamente entre países se utiliza cada vez más para facilitar el tráfico de drogas controladas, nuevas sustancias psicoactivas, precursores y otros productos químicos esenciales para la producción de drogas en la Unión Europea. Esta misma infraestructura se utiliza a veces para el tráfico de drogas sintéticas —sobre todo MDMA, pero también otras sustancias— con países terceros.

La producción de drogas sintéticas también parece estar impulsando la propagación del consumo de metanfetamina a otros países de la Unión Europea. En términos globales, la metanfetamina es la droga sintética que presenta el desafío más importante. En Europa, el consumo de metanfetamina ha estado concentrado en un reducido número de países cuyos problemas vienen de antiguo. Así sigue ocurriendo en gran medida en la actualidad, pero pese a la disponibilidad generalizada de otros estimulantes, el análisis de las aguas residuales indica que esta droga comienza a extenderse a otros países. Las detecciones de laboratorios también apuntan a una cierta intensificación de la producción, y de que se produce para mercados de países terceros.

Cannabis: novedades de la droga más consolidada en Europa

El cannabis es una de las drogas que se conoce desde hace más tiempo en Europa. Es la droga ilegal más consumida: casi el 20 % de las personas de 15 a 24 años de edad declara haber consumido cannabis en el último año. Tanto internacionalmente como en Europa, el consumo de cannabis sigue siendo un tema de gran interés para los reguladores y los ciudadanos, a medida que aparecen noticias que suscitan un debate sobre cuál debería ser la respuesta de la sociedad a esta sustancia.

Se habla del valor terapéutico del cannabis, de los preparados de cannabis y de los medicamentos derivados de la planta del cannabis. Algunos países lo han legalizado, lo que ha provocado que se consideren los costes y beneficios de diferentes opciones de regulación y control. Se trata de un tema complejo. En Europa, se destinan considerables recursos policiales al control del cannabis: más de la mitad de los 1,2 millones de infracciones por consumo o posesión para consumo personal que se notificaron en 2017 tiene que ver con esta droga. El mercado del cannabis puede ser un factor causante de delincuencia juvenil y una importante fuente de ingresos para la delincuencia organizada. Además, cada vez conocemos mejor los riesgos que puede entrañar el consumo de cannabis para la salud, especialmente entre los jóvenes. El cannabis es ya la sustancia mencionada más a menudo como principal razón para buscar ayuda por los consumidores que recurren por primera vez a servicios especializados en el tratamiento de drogodependencias. Esto es preocupante, ya que, en los últimos años, el EMCDDA había observado que las tendencias del cannabis permanecían en general estables. Sin embargo, esto se ha puesto en duda por la aparición de nuevos datos en algunos países que observan un incremento del consumo entre las cohortes más jóvenes.

Para complicar todavía más las cosas, en los últimos años se han desarrollado nuevas formas de cannabis a raíz de los avances en las técnicas de cultivo, extracción y producción. Los tipos de plantas establecidos tanto en Europa como en Marruecos, donde tiene su origen buena parte de la resina de cannabis que se consume en Europa, han comenzado a ser sustituidos por plantas híbridas y de múltiples variedades que producen cannabis más potente. Un reciente estudio financiado por el EMCDDA demuestra que la potencia de la resina y la hoja del cannabis ha aumentado en los diez últimos años. La creación de mercados legales en aquellos países donde se ha legalizado el uso recreativo del cannabis también está promoviendo la innovación, con el desarrollo de nuevos productos comestibles, soluciones líquidas para vapear

y concentrados. Algunos de estos productos están llegando ya al mercado europeo, donde representan un nuevo desafío para la detección y el control de drogas.

En reconocimiento del actual dinamismo y complejidad de la esfera política del cannabis, el EMCDDA ha puesto en marcha una serie de publicaciones que analizan los datos existentes sobre esta materia, como por ejemplo un repaso a la evolución de la administración de cannabis con fines medicinales en la Unión Europea. La ausencia de una visión conceptual común sobre el cannabis medicinal hace difícil debatir sobre esta materia con conocimiento de causa. El tema se complica por la diversidad de productos disponibles, que pueden ir desde medicamentos elaborados con compuestos derivados de la planta del cannabis hasta preparados de cannabis en bruto.

Los productos de cannabis con bajo contenido en THC plantean problemas normativos

Otro ejemplo de lo rápida que está siendo la evolución del cannabis es la aparición en los dos últimos años de hierba y aceite de cannabis de baja potencia para su venta en tiendas de dietética o tiendas especializadas de algunos países de la UE. Estos productos se venden bajo la premisa de que tienen poco o ningún efecto intoxicante y, por tanto, no están controlados por las leyes antidroga. El cannabis contiene muchas sustancias químicas diferentes, pero los dos cannabinoides más conocidos son el tetrahidrocannabinol (THC) y el cannabidiol (CBD). El THC es la principal sustancia del cannabis responsable de sus efectos psicoactivos. Cada vez se comercializan más productos con CBD por sus presuntos efectos beneficiosos. En una reciente publicación del EMCDDA se analiza la compleja y creciente bibliografía sobre el uso medicinal del THC y el CBD. Los nuevos productos aseguran tener menos del 0,2 o 0,3 % de THC y se inscriben, en líneas generales, en dos categorías de productos: una dirigida a fumadores de cannabis y otra —en formulaciones como aceites y cremas— dirigida a personas interesadas en posibles usos medicinales. Algunos Estados miembros de la UE sancionan penalmente los productos bajos en THC, como los extractos de cannabis; otros los consideran medicamentos que no se pueden comercializar sin autorización; algunos los clasifican como productos que no entrañan riesgo para la salud pública y, por tanto, no necesitan licencia para comercializarse. Esta situación plantea problemas relativos a la regulación tanto en el ámbito de la UE como a escala nacional.

Utilizar la digitalización en beneficio de la salud

Los jóvenes son un importante grupo destinatario de numerosas intervenciones en materia de drogas. Es probable que sea el segmento de población que mejor conoce y que más dispuesto está a utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en muchos ámbitos de su vida. También es probable que sea el grupo más dispuesto a aceptar intervenciones de prevención de las drogas, tratamiento y reducción de daños por medio de esta tecnología. El Informe Europeo sobre Drogas de este año repasa algunas de las novedades en el ámbito de la salud asistida por dispositivos móviles o M-Health, que se aplica a una gran variedad de cuestiones, desde el acceso a los servicios hasta la formación de quienes trabajan en el ámbito de las drogas. Los avances en este campo utilizan recursos en línea y aplicaciones móviles, y algunos procedimientos innovadores recientes exploran cómo puede utilizarse la realidad virtual, por ejemplo, para el tratamiento de las drogodependencias y ayudar a los pacientes a resistir las invitaciones a consumir drogas o reducir la ansiedad. En este punto, procede realizar una advertencia importante, ya que estas nuevas aplicaciones no siempre van acompañadas de sólidas normas de calidad, normas de protección de datos y pruebas de evaluación. Como en todos los demás ámbitos de la atención de la salud, estos deben ser elementos esenciales para obtener los beneficios que prometen las nuevas tecnologías de intervención en materia de drogas.

Fortalecimiento del Sistema de alerta temprana y evaluación de riesgos de la UE sobre nuevas sustancias psicoactivas

En 2018, el Sistema de alerta temprana de la UE sobre nuevas sustancias psicoactivas recibió notificaciones de nuevas sustancias a razón de una por semana. Con un total de 55, el número de nuevas drogas detectadas en 2018 es parecido al de 2017, pero mucho menor que el de 2013 y 2014. Aunque esto puede indicar una disminución de la innovación en este ámbito, hay que señalar que buena parte de las sustancias que ya han sido notificadas sigue apareciendo en el mercado de drogas

Los jóvenes son un importante grupo destinatario de numerosas intervenciones en materia de drogas

europeo cada año, lo que indica que estas sustancias podrían ser persistentes en el mercado a lo largo del tiempo. También se aprecian cambios en el tipo de sustancias observadas, lo que podría indicar que las nuevas sustancias psicoactivas están cada vez más dirigidas a las personas con un consumo de drogas más prolongado y problemático. Por ejemplo, considerando que el Sistema de alerta temprana de la UE sobre nuevas sustancias psicoactivas continúa recibiendo informes sobre muy diversas sustancias, ahora aparecen más opioides sintéticos y benzodiazepinas.

La alerta temprana y la evaluación de riesgos son esenciales en la respuesta de Europa a los acontecimientos en el ámbito de las nuevas sustancias psicoactivas. En 2018, se revisó el sistema europeo para reforzar y acelerar la capacidad de detección, evaluación y respuesta de la UE a los riesgos sanitarios y sociales que presentan las nuevas drogas. De este modo, no solo se garantiza la una alerta temprana en Europa, sino que se puede agilizar la evaluación de riesgos y el control de sustancias a escala europea. Estos cambios también fortalecen la red que apoya al EMCDDA y a Europol en este trabajo, habiéndose formalizado ya convenios de colaboración entre el EMCDDA y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas (ECHA).



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, que se abastece tanto de la producción local como del tráfico de otras regiones. Sudamérica, Asia occidental y el Norte de África son importantes zonas de origen de las drogas ilegales que llegan a Europa, mientras China es un importante país de origen de nuevas sustancias psicoactivas. Hay además algunas drogas y precursores que transitan por Europa en su ruta a otros continentes. Europa es, asimismo, una zona productora de cannabis y drogas sintéticas; la producción de cannabis se destina sobre todo al consumo local, mientras que algunas drogas sintéticas se fabrican para exportarse a otras partes del mundo.

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

El análisis presentado en este capítulo se basa en los datos recopilados sobre incautaciones de drogas, 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 sobre nuevas sustancias psicoactivas en el [sitio web](#) del EMCDDA.

GRÁFICO 1.1

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 evolucionando, y en los diez últimos años ha aparecido una gran variedad 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, la apertura de nuevas rutas de tráfico y el desarrollo de mercados en línea.

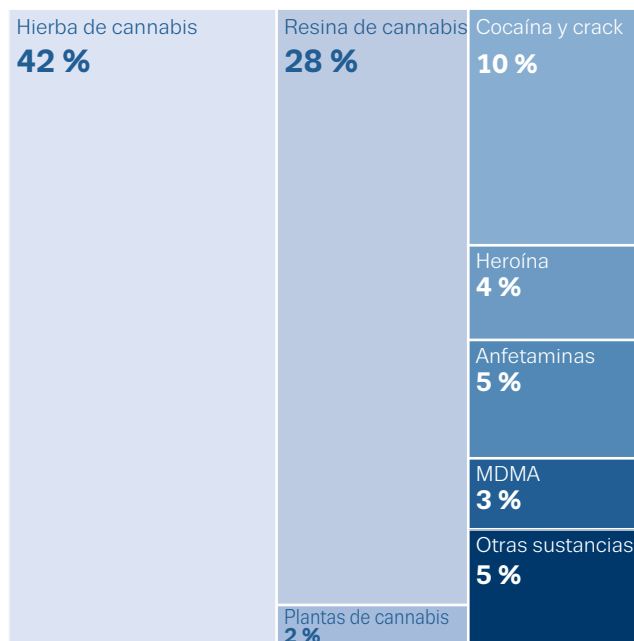
Mercados de drogas ilegales en Europa: complejos y de múltiples niveles

Los mercados de drogas ilegales comprenden un conjunto complejo de actividades entrelazadas, como la producción, el tráfico, la distribución y la venta al consumidor final. Abarcan grandes distancias geográficas. En sus distintas fases pueden participar diferentes actores, pero los grupos de delincuencia organizada tienen un papel dominante en el negocio de las drogas ilegales, cuyo valor asciende a miles de millones de euros anuales.

En el nivel minorista, las drogas se siguen vendiendo principalmente por contacto directo entre proveedores y consumidores. No obstante, las redes de distribución utilizan cada vez más la tecnología móvil y el encriptado. Las plataformas de venta de drogas ilegales por internet han cobrado importancia en los últimos años, si bien siguen siendo un componente relativamente menor del mercado total. Se pueden encontrar mercados en línea en la internet superficial —la parte de internet que es indexada por los motores de búsqueda—, que incluye las tiendas electrónicas o las plataformas de redes sociales, o en la «internet oscura» —una red encriptada que requiere herramientas de acceso especiales— donde compradores y vendedores pueden ocultar su identidad.

Desde que comenzaron a aparecer en 2010, ha habido más de cien mercados anónimos en funcionamiento en la internet oscura en distintos momentos. En julio de 2017, AlphaBay, el mayor mercado conocido hasta el momento, fue desmantelado en una operación policial internacional, que también puso fin a otro importante sitio, el mercado Hansa. Esta operación policial podría haber minado la confianza de los consumidores en la seguridad de estos mercados. No obstante, un análisis del EMCDDA y Europol revela que los ingresos y volúmenes de negocio relacionados con la venta de drogas en la internet oscura habían recuperado los niveles anteriores a la operación un año más tarde.

Número de incautaciones de drogas notificadas, desglosadas por droga, 2017



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 2017 se notificaron más de 1,1 millones de incautaciones de drogas ilegales en Europa. En su mayor parte, se trata de pequeñas cantidades decomisadas a los consumidores, aunque un número reducido de alijos de varios kilos representan la mayor parte de la cantidad total de drogas incautada. Los tres países que registran mayor número de incautaciones son España, Reino Unido y Francia, que en conjunto suman más de dos terceras partes del total de las incautaciones en la Unión Europea. Sin embargo, no se dispone de datos sobre el número de incautaciones en los Países Bajos, mientras que los datos más recientes de Alemania y Eslovenia son de 2015, lo que añade cierto grado de incertidumbre al análisis. El cannabis es la droga que se aprehende con más frecuencia, ya que supone casi tres cuartas partes de la cifra total de incautaciones en Europa (gráfico 1.1).

Cannabis: aumentan las incautaciones y la potencia, los precios permanecen estables

La hierba de cannabis («marihuana») y la resina de cannabis («hachís») son los dos principales productos de cannabis que se venden en el mercado de drogas europeo. El aceite de cannabis es difícil de encontrar en comparación, aunque se han registrado algunas incautaciones importantes en los últimos años. La hierba de cannabis que se consume en Europa se cultiva fundamentalmente en Europa, aunque una parte proviene de otros países. La que se produce en Europa se cultiva principalmente en espacios cerrados. La resina de cannabis se importa en su mayor parte de Marruecos, si bien Libia se está revelando como un centro de tráfico importante. Hay informes que indican la existencia de una cierta producción de resina en la Unión Europea mientras que está documentada la producción de *nederhash* en los Países Bajos desde hace algunos años. Además, los

Balcenes Occidentales son países de origen de hierba de cannabis y, más recientemente, de aceite de cannabis.

En 2017, los Estados miembros de la UE notificaron 782 000 incautaciones de productos de cannabis, incluidas 440 000 incautaciones de hierba, 311 000 de resina y 22 700 de plantas. Desde 2009, el número de incautaciones de hierba ha superado a las de resina. No obstante, la cantidad de resina incautada es más del doble que la de hierba (466 toneladas frente a 209 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. Debido a su proximidad a Marruecos, España es un país especialmente importante en cuanto a cantidad de resina incautada, que representa casi tres cuartas partes (72 %) de la cantidad total incautada en la Unión Europea en 2017 (gráfico 1.2).

CANNABIS



RESINA

Incautaciones

Número

311 000 UE  **329 000** UE + 2

Cantidades

466 UE  **550** UE + 2

Precio

(EUR/g)

25 €
9-13 €
2 €

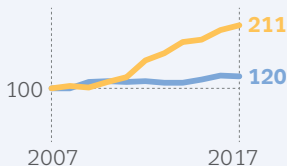
Potencia

(% THC)

25 %
15-22 %
9 %

Tendencias indexadas

Precio y potencia



HIERBA

Incautaciones

Número

440 000 UE  **486 000** UE + 2

Cantidades

209 UE  **304** UE + 2

Precio

(EUR/g)

22 €
7-13 €
4 €

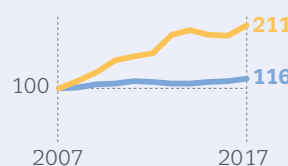
Potencia

(% THC)

15 %
9-12 %
3 %

Tendencias indexadas

Precio y potencia

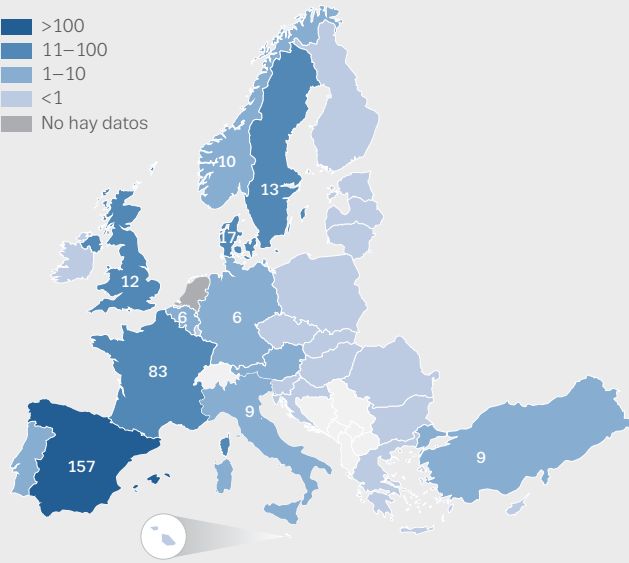
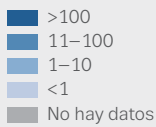


UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE más Turquía y Noruega. Precio y potencia de los productos de cannabis: valores medios nacionales (mínimo, máximo y rango intercuartílico). Los países comprendidos varían en función del indicador.

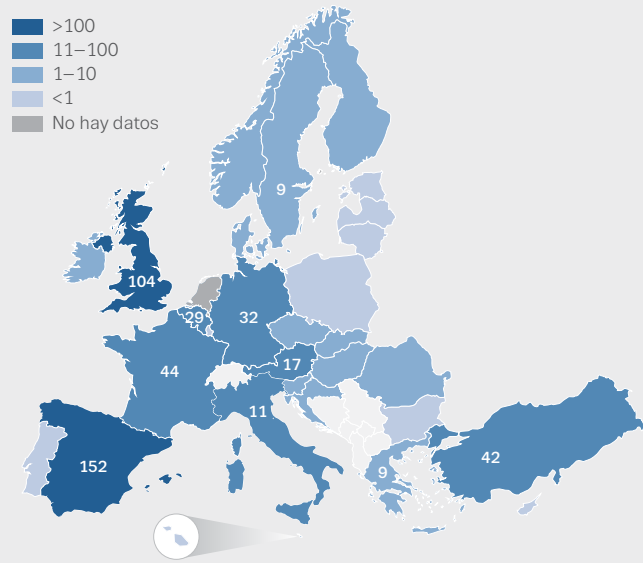
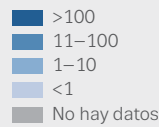
GRÁFICO 1.2

Incautaciones de resina de cannabis y hierba de cannabis, 2017 o año más reciente

Número de incautaciones de resina de cannabis (en miles)

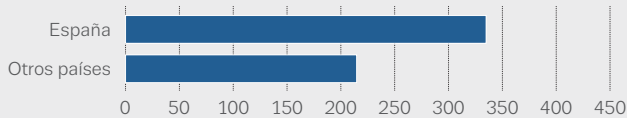


Número de incautaciones de hierba de cannabis (en miles)

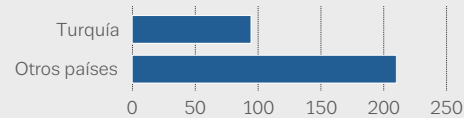


Nota: Número de incautaciones en los diez países con los valores más altos.

Cantidad de resina de cannabis incautada (en toneladas)



Cantidad de hierba de cannabis incautada (en toneladas)



El número de incautaciones de cannabis registradas en la Unión Europea, tanto de resina como de hierba, permanece relativamente estable desde 2012 (gráfico 1.3). Sin embargo, tras un descenso en 2015, la cantidad de hierba aprehendida ha aumentado en muchos países. El incremento total observado entre 2016 y 2017 se debe principalmente a los importantes incrementos registrados en Grecia, España y sobre todo Italia. Todos los años desde 2009, Turquía se ha incautado de mayores cantidades de hierba que cualquier país de la UE, pero en 2017, la cantidad de hierba aprehendida en Italia casi igualó a la de Turquía. Además, algunos países que normalmente se incautan de pequeñas cantidades de hierba también registraron incrementos considerables en 2017. Un ejemplo es Hungría, que aprehendió siete veces la cantidad incautada el año anterior (más de 3,5 toneladas en 2017, frente a 0,5 toneladas en 2016).

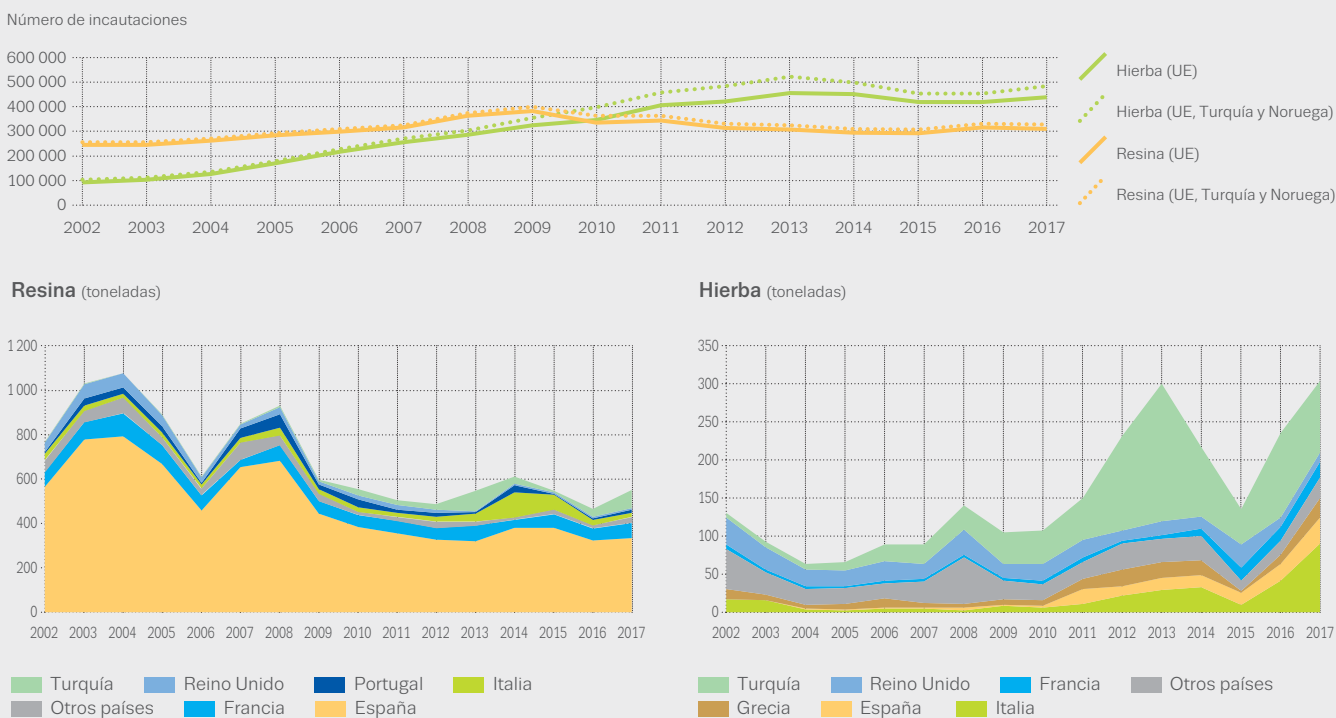
Las incautaciones de plantas de cannabis pueden considerarse un indicador de la producción de esta droga en un determinado país. Sin embargo, las diferencias entre los países, tanto en las prácticas de presentación de informes como en las prioridades de los cuerpos y fuerzas de seguridad, obligan a ser cautelosos en la interpretación de los datos. El número de plantas aprehendidas en Europa alcanzó un máximo de 7 millones en 2012, debido

a las intensivas operaciones de interceptación realizadas por Italia ese año, para después bajar a 2,5 millones en 2015 y subir a 3,4 millones en 2017. Los países europeos notificaron 490 incautaciones de aceite de cannabis en 2017, registrándose las mayores cantidades en Turquía (50 litros en 3 incautaciones) y Grecia (12 kg en 37 incautaciones).

El análisis de las tendencias indexadas entre los países que presentan sistemáticamente datos de precio y potencia revela que tanto la hierba como la resina han aumentado su potencia desde 2007. La potencia de la resina presenta un incremento constante desde 2009. Algunos factores que explican este incremento de la potencia media de la resina son la llegada a Marruecos de plantas de gran potencia y nuevas técnicas de producción y, en menor medida, el creciente uso en Europa de técnicas de extracción que permiten obtener productos de mayor potencia. La potencia media de la hierba aumentó en 2017, tras estabilizarse entre 2013 y 2016. Sin embargo, está por ver si este reciente incremento es el comienzo de una nueva tendencia. Los datos indican que la resina y la hierba alcanzan precios por gramo similares en la venta al por menor y que estos han permanecido estables aproximadamente desde 2009.

GRÁFICO 1.3

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



Disponibilidad de productos de cannabis bajos en THC

Desde 2017, se venden abiertamente productos de hierba y aceite de cannabis en tiendas dietéticas y tiendas especializadas de varios países de la UE. Estos productos se venden bajo la premisa de que tienen poco o ningún efecto intoxicante y, por tanto, no están controlados por las leyes antidroga.

La hierba de cannabis y sus extractos son conocidos por los dos cannabinoides tetrahidrocannabinol (THC) y cannabidiol (CBD). El THC puede causar efectos intoxicantes, mientras que el CBD se asocia a efectos beneficiosos para la salud, aunque actualmente hay pocas pruebas de ello en la mayoría de enfermedades analizadas. El porcentaje de cada uno de ellos puede variar mucho en las plantas de cannabis. La política agrícola común de la UE subvenciona ciertas variedades de la planta de cannabis para usos industriales, siempre que su contenido de THC no sobrepase el 0,2 % (un límite pensado en principio para distinguir tipos de plantas, no un perfil de seguridad para consumo humano). Los límites nacionales pueden oscilar entre el 0 y el 0,3 %.

Se asegura que los nuevos productos tienen menos del 0,2 o 0,3 % de THC y parecen encajar, en líneas generales, en dos categorías que pueden solaparse. La primera se promociona entre los actuales consumidores de cannabis

ilegal como cannabis «legal», en formatos que suelen relacionarse con el consumo fumado. La segunda se promociona asociándola a la «salud» y al «bienestar», haciendo hincapié en el contenido de CBD, a menudo en forma de aceites o cremas. Estas categorías también se reflejan en el tipo y decoración de sus puntos de venta. Dado que no existe una norma de prueba establecida para estos productos, el contenido de THC y CBD puede no corresponderse con el indicado en las etiquetas o en los «resultados de las pruebas» que puedan exhibirse en el producto.

Heroína: aumenta la cantidad incautada

La heroína es el opioide más consumido en el mercado de drogas europeo. Tradicionalmente, en Europa se han importado dos tipos de heroína. La más común es la marrón (forma química de base), que se produce fundamentalmente a partir de morfina extraída de adormidera cultivada en 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 disponibles en los mercados ilegales de Europa son el opio y los medicamentos morfina, metadona, buprenorfina y tramadol, así como varios 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 de opio del mundo 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. El descubrimiento en los últimos años de laboratorios en Bulgaria, Chequia, España y Países Bajos en los que se produce heroína a partir de morfina utilizando anhídrido acético, junto con el incremento de las incautaciones de morfina y opio, indica que parte de la heroína se fabrica actualmente más cerca de los mercados de consumo europeos. Este cambio puede deberse a que los proveedores quieren reducir costes estableciendo las últimas fases de producción de la heroína en Europa, donde precursores como el anhídrido acético son más

baratos que en los países productores de opio. La decisión de fabricar la droga más cerca del mercado de consumo también puede tener por objeto reducir el riesgo de interceptación.

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 y más importante de ellas atraviesa Turquía para llegar a los países de los Balcanes (Bulgaria, Rumanía o Grecia) y de ahí pasar a 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», que va de Afganistán a Rusia pasando por Asia Central, y una ruta que atraviesa el sur del Cáucaso y el mar Negro.

Entre 2010 y 2011, hubo un periodo de menor disponibilidad de heroína en algunos países europeos, acompañado de un descenso general tanto del número de incautaciones como de las cantidades incautadas. Desde entonces, las incautaciones en la Unión Europea se han estabilizado en gran medida, con 37 000 incautaciones notificadas en 2017 en las que se aprehendieron 5,4 toneladas. Turquía continúa incautándose de más heroína que todos los demás países europeos juntos (gráfico 1.4). Tras un marcado descenso de las incautaciones entre 2014 y 2016, de 12,8 a 5,6 toneladas, en 2017 Turquía aprehendió 17,4 toneladas de heroína, la mayor cantidad incautada en diez años.

HEROÍNA

Incautaciones

Número

37 000 UE  **50 000** UE + 2

Cantidades

5,4 UE  **22,9** UE + 2

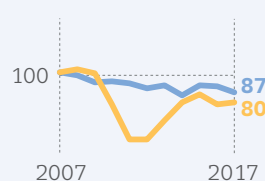
Precio

(EUR/g)

140 €
28–58 €
15 €

Tendencias indexadas

Precio y pureza



Pureza

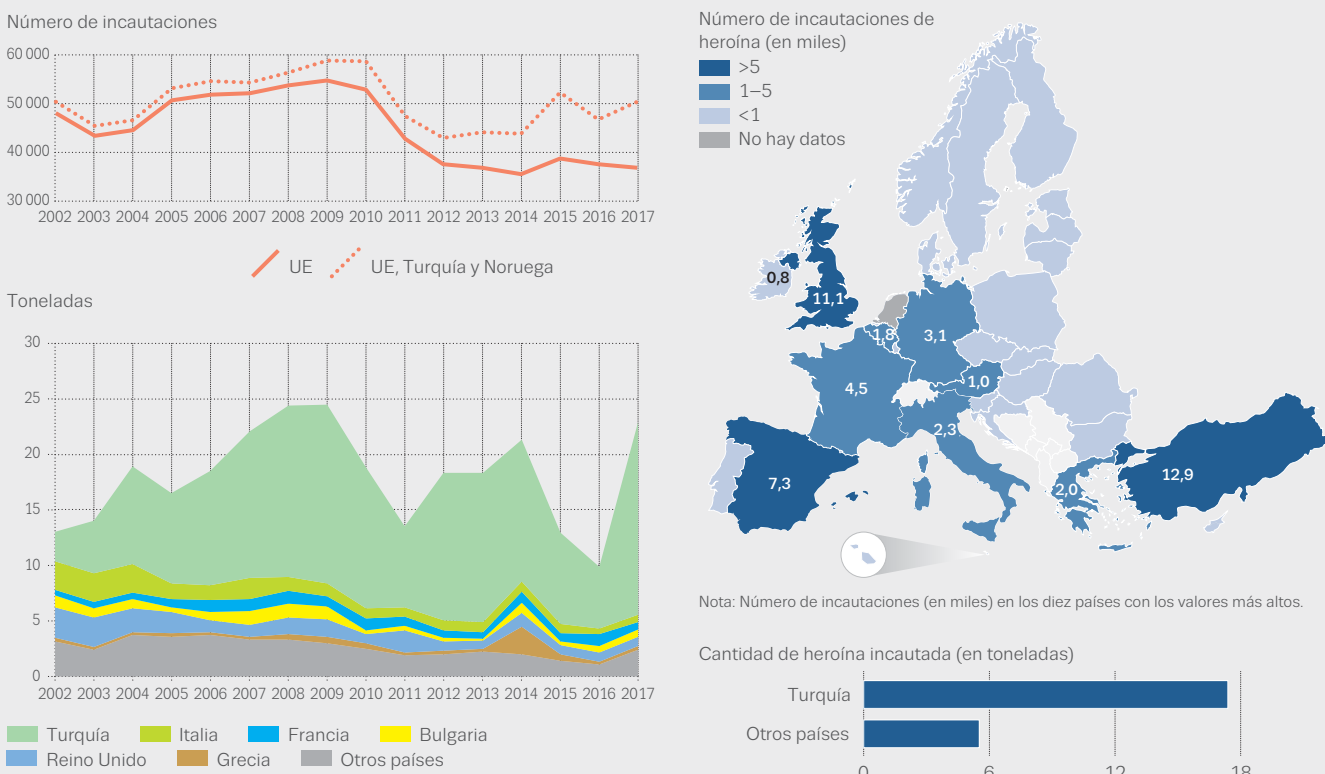
(%)

51 %
15–31 %
9 %

UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE más Turquía y Noruega. Precio y pureza de la «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 cantidad incautada: tendencias y 2017 o año más reciente



Entre los países que notifican sistemáticamente datos de precio y pureza, las tendencias indexadas indican que, tras la fuerte disminución observada entre 2009 y 2011, la pureza aumentó rápidamente antes de estabilizarse en los últimos años, pero por debajo de los niveles de 2007. Por el contrario, el precio de venta al por menor de la heroína bajó ligeramente en los diez últimos años, observándose también un descenso en 2017.

Además de la heroína, en los países europeos se incautan otros productos opioides. Aunque representan una pequeña fracción de las incautaciones totales de opioides, en 2017 aumentaron notablemente. Los otros opioides que más se incautan son los de uso médico, como la buprenorfina, el tramadol y la metadona (véase el cuadro 1.1). En 2017, las cantidades incautadas de tramadol y derivados del fentanilo aumentaron por segundo año consecutivo. Además, las cantidades incautadas de opio y morfina fueron mucho mayores en 2017 que el año anterior.

CUADRO 1.1

Incautaciones de opioides distintos de la heroína en 2017

Opioide	Número	Cantidad				Número de países
		Kilogramos	Litros	Comprimidos	Parches	
Metadona	1 428	17,2	26,4	30 381		18
Buprenorfina	2 649	0,5	0,01	58 682		17
Tramadol	4 290	13,8	0,1	118 935 898		11
Derivados del fentanilo	940	14,3	1,9	10 551	2 291	13
Morfina	358	246,0	1,3	9 337		13
Opio	1 837	2 177,9				17
Codeína	522	0,1		18 475		8
Dihidrocodeína	21			1 436		4
Oxicodona	560	0,0001		18 035		8

El mercado de los estimulantes en Europa: diferencias regionales

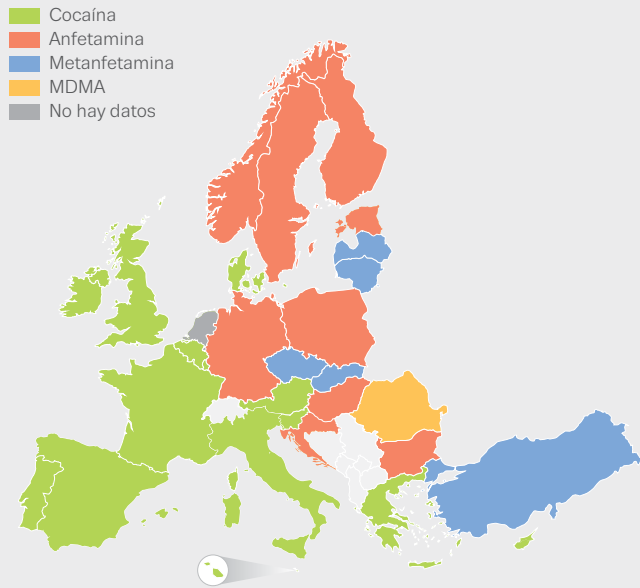
Las principales drogas estimulantes ilegales disponibles en Europa son la cocaína, la anfetamina, la metanfetamina y la MDMA. Existen marcadas diferencias entre regiones en lo que respecta al estimulante más incautado (gráfico 1.5), debido a la ubicación de los puertos de entrada y las rutas de tráfico, los centros de producción principales y los grandes mercados de consumidores. La cocaína es el estimulante incautado con mayor frecuencia en muchos países occidentales y meridionales, mientras que en Europa oriental y septentrional predominan las incautaciones de anfetaminas y MDMA.

El mercado de la cocaína: máximo histórico de incautaciones

En Europa, la cocaína está disponible en dos formas: la más común es la cocaína en polvo (sal) y la menos común es el crack (base libre), que se fuma. La cocaína se obtiene de las hojas del arbusto de coca y se cultiva principalmente en Bolivia, Colombia y Perú. Se transporta a Europa desde diversos puntos de salida en América del Sur y Central por diversas vías, como vuelos de pasajeros comerciales, fletes aéreos, aviones privados, yates y otras pequeñas embarcaciones. Sin embargo, parece ser que la mayor cantidad se pasa de contrabando en fletes marítimos, especialmente en contenedores. El Caribe y África Occidental y del Norte son importantes zonas de tránsito para la cocaína que llega a Europa.

GRÁFICO 1.5

Estimulante incautado con mayor frecuencia en Europa, 2017 o año más reciente

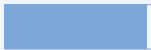


En 2017, el número de incautaciones y la cantidad de cocaína incautada en la Unión Europea alcanzaron máximos históricos, con más de 104 000 incautaciones notificadas en las que se aprehendieron 140,4 toneladas. La cantidad incautada superó en más de 20 toneladas el anterior máximo histórico, registrado en 2006, y duplicó la cantidad incautada en 2016 (véase el gráfico 1.6). Las 86 toneladas incautadas entre Bélgica (45 toneladas) y España (41 toneladas) representan el 61 % del total estimado de la UE en 2017, pero también se registraron grandes cantidades en Francia (17,5 toneladas) y los

COCAÍNA

Incautaciones

Número

104 000 UE  **109 000** UE + 2

Cantidades

140,4 UE  **142,0** UE + 2

Precio

(EUR/g)

135 €

55–82 €

38 €

Pureza

(%)

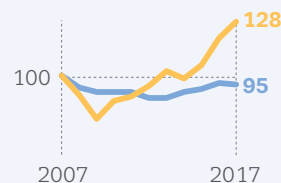
88 %

49–71 %

27 %

Tendencias indexadas

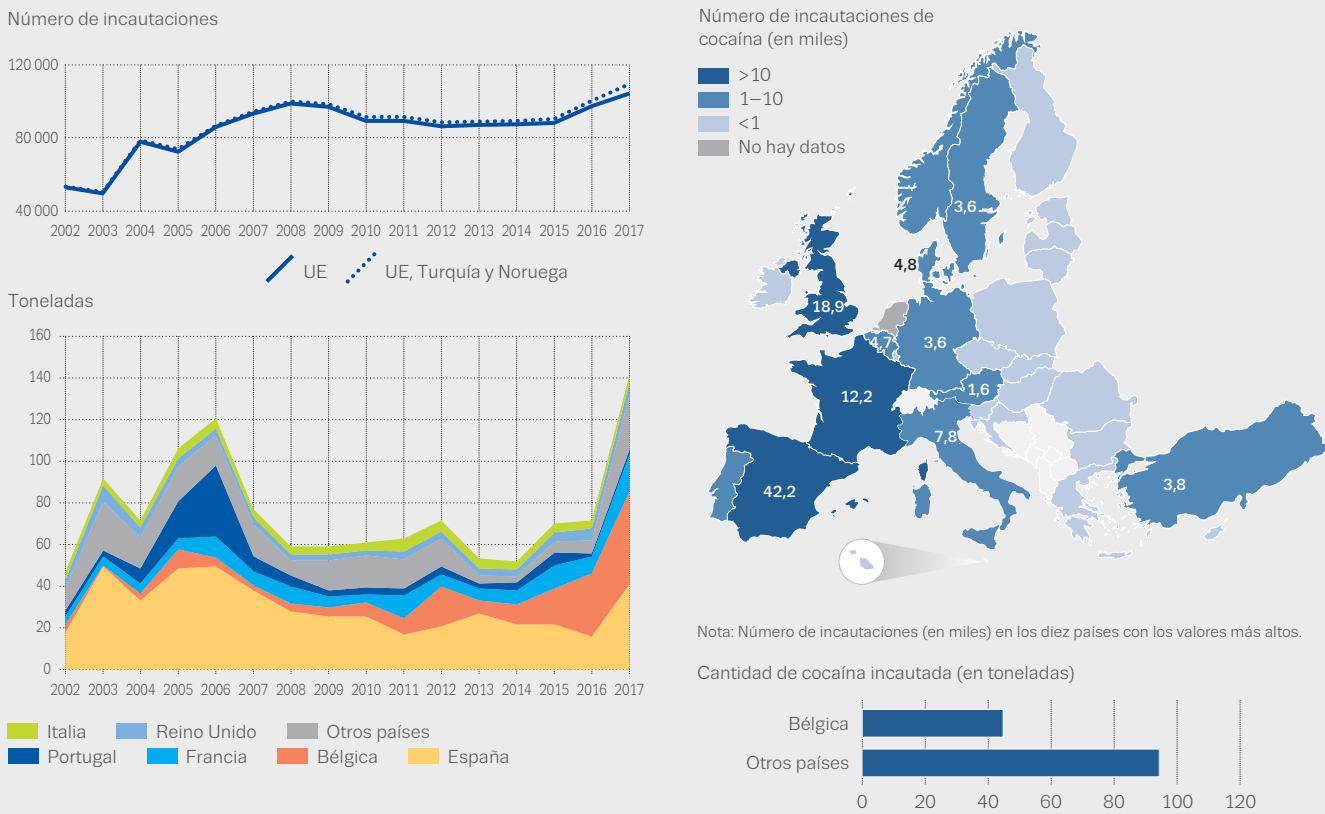
Precio y pureza



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

GRÁFICO 1.6

Número de incautaciones de cocaína en polvo y cantidad incautada: tendencias y 2017 o año más reciente



Países Bajos (14,6 toneladas). Además, la pureza de la cocaína en el nivel minorista ha ido en aumento desde 2010, especialmente en 2016 y 2017, cuando alcanzó el máximo nivel de los diez últimos años. El precio minorista de la cocaína ha permanecido estable. En conjunto, estos indicadores apuntan a que la disponibilidad de cocaína está en su máximo nivel de todos los tiempos.

Las incautaciones de crack son bajas y se mantienen estables en los países que las notifican. Esto se explica en parte porque el crack se fabrica en Europa, cerca de los mercados de consumo, y no ha de cruzar fronteras, donde suelen producirse muchas incautaciones.

El número y cantidad de las incautaciones de hoja de coca ha ido en aumento, alcanzando un total de 204 kilos en 2017, junto a una pequeña cantidad de pasta de coca. Esto puede indicar una diversificación de las tácticas de producción de algunas organizaciones criminales, ya que los laboratorios de cocaína que se detectaron en Europa en el pasado eran principalmente «instalaciones de extracción secundarias», destinadas a extraer la cocaína de materiales en los que se había incorporado (como vino, ropa o plástico), en lugar de laboratorios dedicados a la transformación de hojas de coca.

Los indicadores apuntan a que la disponibilidad de cocaína está en su máximo nivel de todos los tiempos

Producción de drogas: novedades de los precursores

Los precursores son productos químicos necesarios para la fabricación de drogas ilegales. Históricamente, el principal motivo de preocupación en Europa tenía que ver con los precursores de drogas sintéticas como la anfetamina, la metanfetamina y la MDMA. Sin embargo, la aparición de laboratorios de heroína en la UE ha dado mayor importancia a la desviación de anhídrido acético, el precursor necesario para la transformación de morfina en heroína. Puesto que muchos de estos precursores tienen usos legítimos, no están prohibidos, pero su comercio está sometido a vigilancia y control con arreglo a la normativa de la UE que regula determinadas sustancias químicas. La disponibilidad de los precursores y de otros productos químicos necesarios para fabricar drogas tiene un gran efecto sobre el mercado de las drogas, así como sobre los métodos de producción empleados en laboratorios ilegales. Las técnicas de producción también evolucionan con el tiempo para evitar la detección, los controles y las sanciones, y los cambios suelen consistir en el uso de sustancias alternativas para producir drogas sintéticas o sus precursores, que entonces se convierte en el método de producción preferido. El procesamiento adicional que conlleva el uso de dichas sustancias alternativas, así como de procesos de síntesis más complejos, puede obligar a utilizar mayor cantidad de productos químicos, con lo que se generan más residuos y se pueden provocar

mayores daños medioambientales si dichos residuos no se gestionan adecuadamente.

Los datos sobre incautaciones e interceptación de envíos 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). A finales de 2013, el APAAN (alfa-fenilacetoacetónitrilo), precursor del BMK (bencilmetilcetona), se agregó a la lista de sustancias controladas. Esta decisión continúa siendo eficaz, ya que las incautaciones se redujeron de 48 toneladas en 2013 a unas 5 toneladas en 2017. Las incautaciones de la sustancia química alternativa APAA (alfa-fenilacetoacetamida) aumentaron de forma acusada en 2016 y de nuevo en 2017. Las incautaciones de los derivados glicídicos del BMK (igualmente fáciles de transformar en BMK), que se notificaron por primera vez en 2015, también aumentaron de manera pronunciada hasta alcanzar unas 3 toneladas en 2016, y llegar a casi 6 toneladas en 2017.

Las cantidades incautadas de PMK (piperonilmetilcetona) y sustancias químicas no controladas para la fabricación de MDMA aumentaron drásticamente en 2017. Todas las incautaciones de PMK y la mayor parte de las incautaciones de sus derivados glicídicos en 2017 tuvieron lugar en los Países Bajos. También en ese país se incautaron grandes cantidades de 2-bromo-4-metilpropiofenona, un precursor de las catinonas

CUADRO 1.2

Resumen de incautaciones e interceptación de envíos de precursores y sustancias químicas no controladas que se utilizan para la producción de determinadas drogas sintéticas en la UE, 2017

Controlada/no controlada	Incautaciones		Interceptaciones de envíos		TOTALES	
	Número	Cantidad	Número	Cantidad	Número	Cantidad
MDMA o sustancias relacionadas						
PMK (litros)	10	5 397	0	0	10	5 397
Safrol (litros)	5	2 969	0	0	5	2 969
Piperonal (kg)	3	37	4	6 384	7	6 421
Derivados glicídicos de PMK (kg)	20	17 774	0	0	20	17 774
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	25	0	0	1	25
Anfetamina y metanfetamina						
BMK (litros)	29	3 506	0	0	29	3 506
Efedrina, a granel (kg)	14	25	0	0	14	25
Pseudoefedrina, a granel (kg)	23	13	0	0	23	13
APAAN (kg)	9	5 065	0	0	9	5 065
PAA, ácido fenilacético (kg)	0	0	4	300	4	300
APAA (kg)	90	10 830	0	0	90	10 830
Derivados glicídicos de BMK (kg)	5	5 725	0	0	5	5 725
Otros						
Anhídrido acético (litros)	24	81 289	55	243 011	79	324 300
2-bromo-4-metilpropiofenona (kg)	4	1 211	0	0	4	1 211
N-fenetil-4-piperidona (kg)	2	4,5	0	0	2	4,5

sintéticas, así como grandes cantidades de BMK (y sus derivados glicídicos), con lo que se confirma la enorme importancia de los Países Bajos en la producción de drogas sintéticas en la Unión Europea.

En 2017, se incautaron más de 81 toneladas de anhídrido acético y se interceptaron otras 243 toneladas antes de su envío, lo que representa un gran incremento en comparación con años anteriores. Además, conviene señalar que Estonia ha notificado la incautación de una importante cantidad de N-fenetil-4-piperidona, una sustancia precursora para la fabricación de derivados del fentanilo.

Incautaciones de anfetamina y metanfetamina: indicios de incremento gradual

La anfetamina y la metanfetamina son drogas sintéticas estimulantes, que pueden agruparse bajo la denominación de «anfetaminas» en algunas bases de datos. En los diez últimos años, los datos de incautaciones indican que la

disponibilidad de metanfetamina ha ido progresivamente en aumento y expandiéndose geográficamente, si bien mucho menos que la de anfetamina.

Ambas drogas se fabrican en Europa para consumo interno. Los datos disponibles indican que la anfetamina se produce sobre todo en Bélgica, los Países Bajos y Polonia y, en menor medida, en los Estados Bálticos y Alemania. Normalmente, todas las fases de la producción de anfetamina se llevan a cabo en el mismo lugar. No obstante, las incautaciones de aceite de anfetamina en algunos Estados miembros indican que puede que este producto sea objeto de tráfico transnacional, de modo que la fase final de la producción tenga lugar en su punto de destino o en sus proximidades.

Parte de la anfetamina que se fabrica en la Unión Europea se destina a la exportación, principalmente a Oriente Próximo. Grandes cantidades de comprimidos de anfetamina con el logotipo «Captagon» de las que se ha incautado Turquía al parecer están vinculadas a Siria.

ANFETAMINAS



ANFETAMINA

Incautaciones

Número

35 000 UE  **40 000** UE + 2

Cantidades

6,4 UE  **13,4** UE + 2

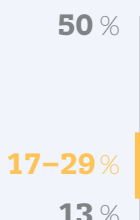
Precio

(EUR/g)



Pureza

(%)



METANFETAMINA

Incautaciones

Número

9 000 UE  **19 000** UE + 2

Cantidades

0,7 UE  **1,4** UE + 2

Precio

(EUR/g)



Pureza

(%)

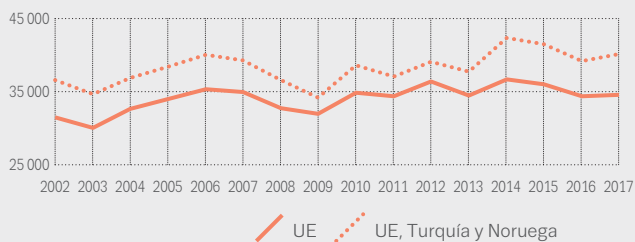


UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE más Turquía y Noruega. Precio y pureza de las anfetaminas: valores medios nacionales (mínimo, máximo y rango intercuartílico). Los países comprendidos varían en función del indicador. No se dispone de tendencias indexadas de la metanfetamina.

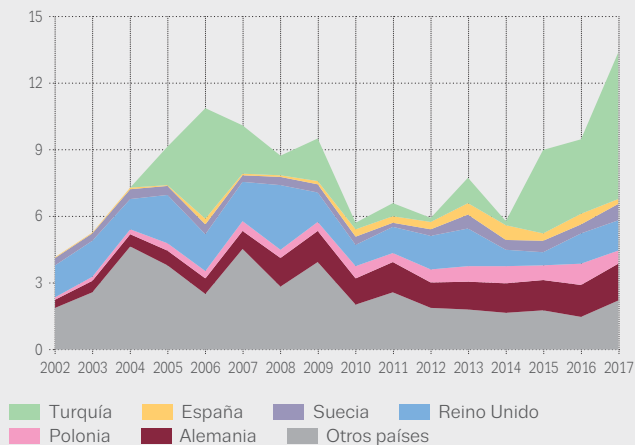
GRÁFICO 1.7

Número de incautaciones de anfetamina y cantidad incautada: tendencias y 2017 o año más reciente

Número de incautaciones

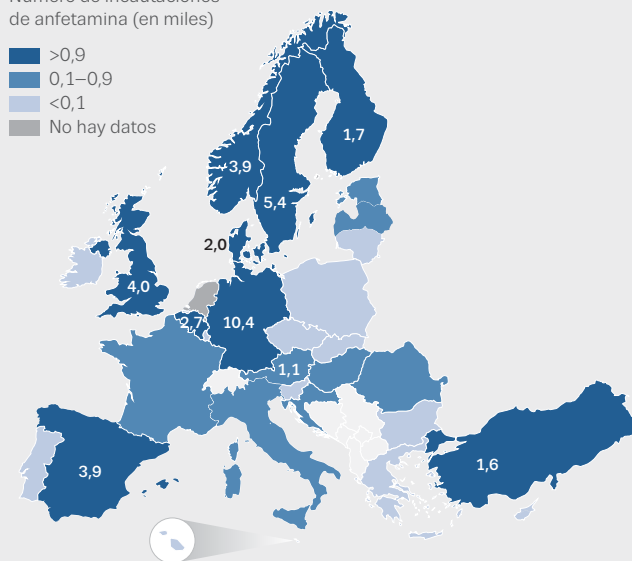


Toneladas



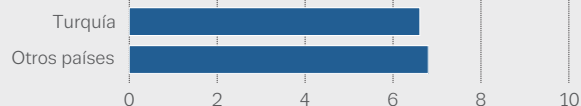
Número de incautaciones de anfetamina (en miles)

■ >0,9
■ 0,1–0,9
■ <0,1
■ No hay datos



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

Cantidad de anfetamina incautada (en toneladas)



La metanfetamina incautada en Europa se produce fundamentalmente en Chequia y en zonas limítrofes de los países vecinos. Cada año se descubre un pequeño número de laboratorios ilegales de metanfetamina en los Países Bajos, y a veces se trata de instalaciones bastante grandes, cuya producción se destina sobre todo a mercados de Extremo Oriente y Oceanía. En Chequia, la producción de metanfetamina se basa principalmente en la pseudoefedrina, que se extrae de medicamentos. De los 298 laboratorios ilegales de metanfetamina que se notificaron en la UE en 2017, 264 se detectaron en Chequia. Predominan los laboratorios de pequeña escala operados por distribuidores-consumidores que suministran al mercado interior. Sin embargo, en los últimos años han aparecido instalaciones de mayor escala manejadas por grupos de delincuencia organizada que no son checos y que producen metanfetamina para otros países europeos.

En 2017, los Estados miembros de la UE notificaron 35 000 incautaciones de anfetamina, con un total de 6,4 toneladas. En general, la cantidad estimada de anfetamina incautada en la Unión Europea fluctúa entre 5 y 6 toneladas anuales desde 2010, aunque se han registrado incrementos en cada uno de los dos últimos años (gráfico 1.7). Alemania y Reino Unido son los países que se incautan de mayores cantidades en general, a menudo más de una tonelada cada uno. El número de

incautaciones de metanfetamina es mucho menor: en 2017, se notificaron 9 000 en la Unión Europea, que suman un total de 0,7 toneladas, registrándose las mayores cantidades en Francia (122 kg), Alemania (114 kg) y Chequia (93 kg) (gráfico 1.8). El número de incautaciones de metanfetamina presenta una tendencia general al alza desde 2002, pero en los últimos años muestra síntomas de estabilizarse; la cantidad incautada ha ido en aumento desde 2009, si bien con algunas fluctuaciones.

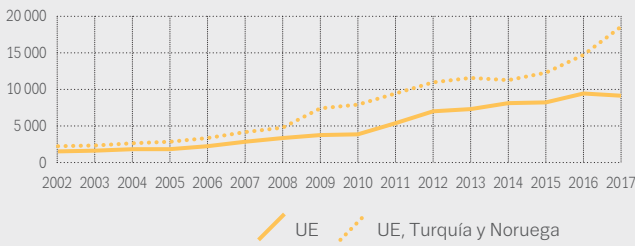
En 2017, Turquía aprehendió más anfetamina (6,6 toneladas) que todos los Estados miembros juntos (6,4 toneladas). Casi toda la anfetamina incautada en Turquía estaba en forma de comprimidos (26,3 millones de unidades, más del 99,5 % de la cantidad incautada total estimada), incluidas grandes cantidades de comprimidos «Captagon» que contenían anfetamina. Turquía también aprehendió una cantidad extraordinariamente importante de metanfetamina en 2017 (658 kg), similar a la notificada con respecto a la Unión Europea (662 kg).

En 2017, la anfetamina europea era más pura y más cara que diez años antes, pese a haber bajado un poco con respecto al año precedente. Por lo general, la pureza y el precio medios notificados son superiores en las muestras de metanfetamina que en las de anfetamina.

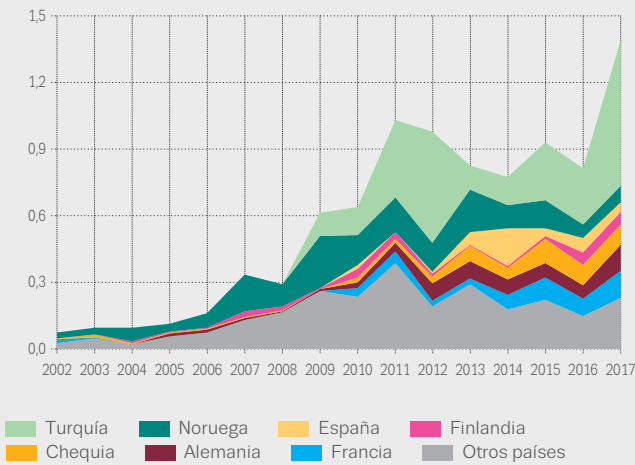
GRÁFICO 1.8

Número de incautaciones de metanfetamina y cantidad incautada: tendencias y 2017 o año más reciente

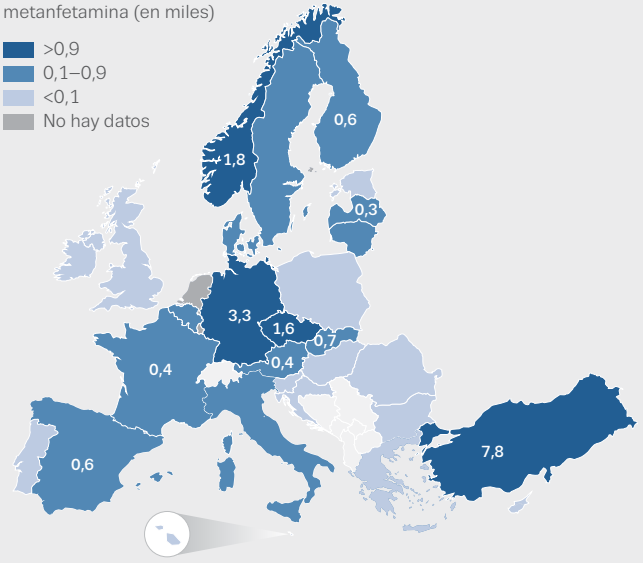
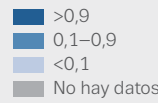
Número de incautaciones



Toneladas

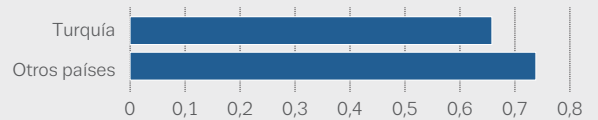


Número de incautaciones de metanfetamina (en miles)



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

Cantidad de metanfetamina incautada (en toneladas)



MDMA: incremento de la producción y las incautaciones

La sustancia sintética MDMA (3,4-metilendioxitmetanfetamina) está relacionada químicamente con la anfetamina, pero se diferencia en sus efectos. La MDMA se consume en forma de

comprimidos, que a menudo se denominan «éxtasis», o bien en polvo o en cristales. Los esfuerzos realizados a escala internacional para controlar los precursores de drogas —sustancias químicas necesarias para la producción de drogas ilegales— trastocaron el mercado de MDMA a finales de la década de 2000. Más recientemente, el mercado de MDMA ha experimentado

MDMA



Incautaciones

Número



Cantidades



Precio

(EUR/comprimido)



Pureza

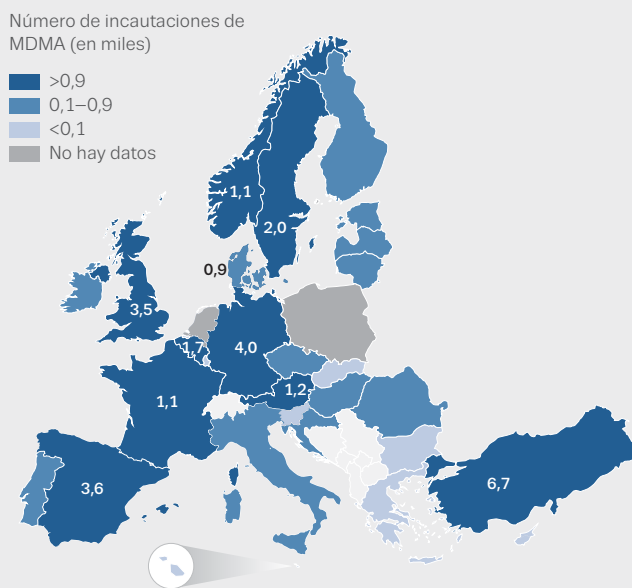
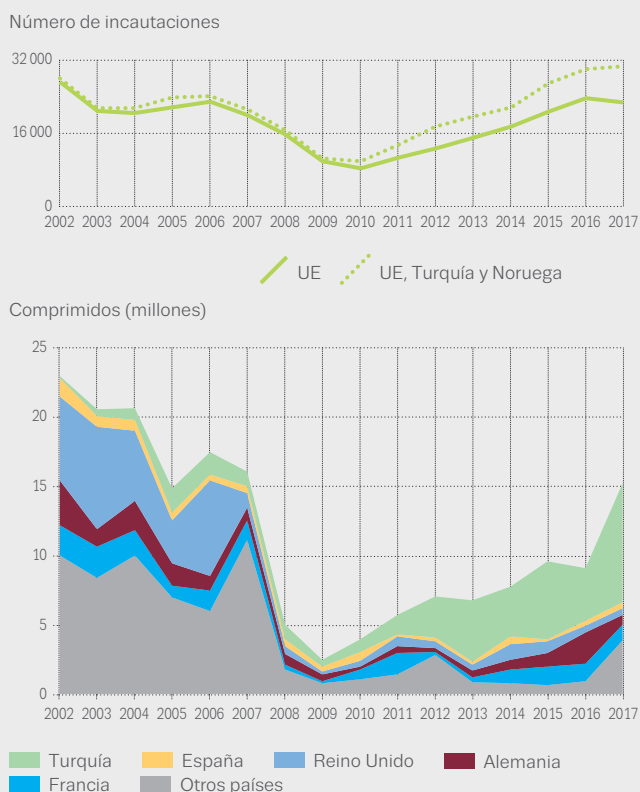
(mg MDMA/comprimido)



UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE más 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 cantidad de comprimidos incautados: tendencias y 2017 o año más reciente



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



un resurgimiento, ya que los productores han encontrado sustancias químicas sustitutivas no controladas para fabricar la droga. Esto tiene su reflejo en el contenido medio de MDMA de los comprimidos en los países que proporcionan datos de forma rutinaria, que ha ido en aumento desde 2010 y que alcanzó su máximo en diez años en 2017. La mercadotecnia parece influir en las ventas, ya que constantemente se introducen comprimidos con nuevos diseños en varios colores, formas y logos.

La producción de MDMA en Europa se concentra principalmente en los Países Bajos y Bélgica. En 2017, se notificó el desmantelamiento de un total de 21 laboratorios de MDMA activos, casi el doble que en 2016, todos ellos en los Países Bajos. En Bélgica, aunque no se detectó ninguna instalación de producción de MDMA en 2017, los informes sobre el vertido de residuos químicos de la producción de MDMA indican que en ese país se sigue produciendo esta droga.

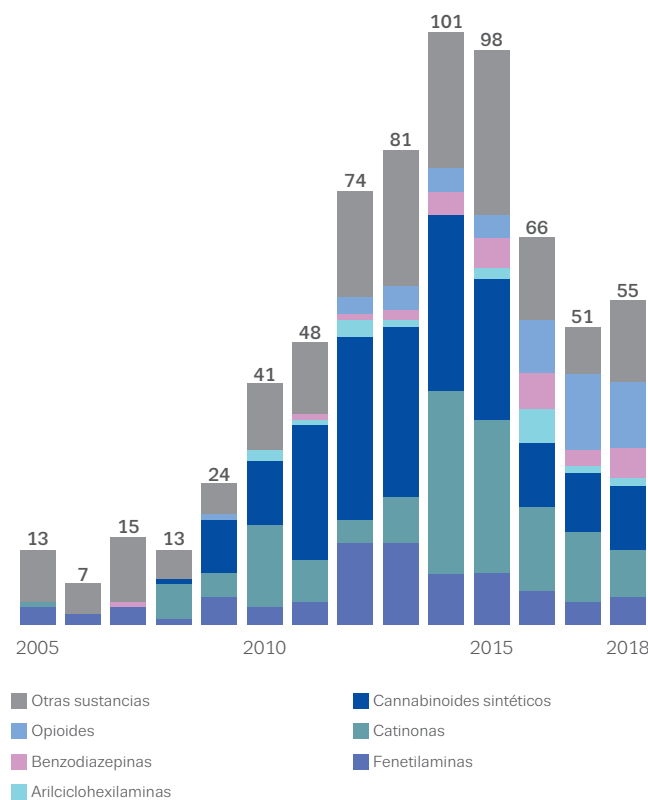
Los datos de incautaciones fuera de Europa, obtenidos a través del seguimiento de información de dominio público, así como el análisis de los datos de mercado de la internet oscura, ilustran la importancia de los productores europeos en la oferta global de MDMA. Por ejemplo, los

datos de seguimiento de los mercados de la internet oscura indican que, además de facilitar la venta directa a los consumidores, estos mercados son utilizados por distribuidores de todo el planeta para comprar MDMA producido en Europa. El análisis revela que las transacciones de comprimidos de MDMA en cantidades que son indicativas del nivel medio del mercado representan más del doble de los ingresos por ventas de las cantidades que se manejan en el nivel minorista. Por el contrario, las transacciones de cannabis y cocaína en la internet oscura se realizan en su inmensa mayoría en el nivel minorista.

El número de incautaciones de MDMA notificadas en la Unión Europea mantiene una tendencia al alza desde 2010. La cantidad de MDMA incautada se registra más a menudo en número de comprimidos que en peso. La cifra de 6,6 millones de comprimidos de MDMA incautados en 2017 es la más alta que se registra en la Unión Europea desde 2007. Se aprecian fluctuaciones a largo plazo en el número de comprimidos de MDMA incautados anualmente en la Unión Europea, lo que refleja en parte el impacto de la incautación de grandes alijos. Algunos países también han notificado incautaciones de MDMA en polvo. Las cantidades de MDMA en polvo incautadas en la Unión Europea pasaron de 0,3 toneladas

GRÁFICO 1.10

Número y categorías de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de alerta temprana de la UE, 2005-2018



en 2016 a 1,7 toneladas en 2017. Este incremento se debe principalmente a las incautaciones notificadas por los Países Bajos, un país que ahora puede proporcionar datos sobre la cantidad de MDMA incautada por primera vez en cinco años y, de este modo, facilita un análisis más exhaustivo en este ámbito.

Turquía aprehendió un total de 8,6 millones de comprimidos de MDMA en 2017, más del doble que el año anterior y por encima del total incautado en la Unión Europea (gráfico 1.9).

Incautaciones de LSD, GHB y ketamina

En la UE, se notifican asimismo incautaciones de otras drogas ilegales, como las más de 2 000 aprehensiones de LSD (dietilamida del ácido lisérgico) realizadas en 2017, con un total de 74 000 unidades. El número total de incautaciones de LSD ha llegado a ser más del doble que en 2010, pese a que la cantidad incautada ha fluctuado.

Dieciséis países de la UE notificaron alrededor de 2 000 incautaciones de ketamina, con un total estimado de 194 kg y 5 litros de la droga, la mayor parte en Bélgica, Francia y Reino Unido. Noruega también notificó un pequeño número de incautaciones de ketamina: en total 42 incautaciones y 0,1 kilogramos. En 2017, se notificaron incautaciones de GHB (gamma-hidroxibutirato) y GBL (gamma-butilolactona) en catorce países de la UE más Noruega y Turquía, registrándose más de una cuarta parte del total en Noruega. En total, las 1 600 incautaciones estimadas sumaron casi 127 kilogramos y 1 300 litros de droga. Bélgica aprehendió casi la mitad de la cantidad total, principalmente en forma de GBL.

pueden obtenerse a través de tiendas en línea en la internet oscura o venderse en el mercado de drogas ilegales. En estos casos, puede que se vendan con su propio nombre o con el de otras drogas, o mezcladas con estas, como la heroína, la cocaína, la MDMA o medicamentos psicoactivos.

Nuevas sustancias psicoactivas: un mercado complejo

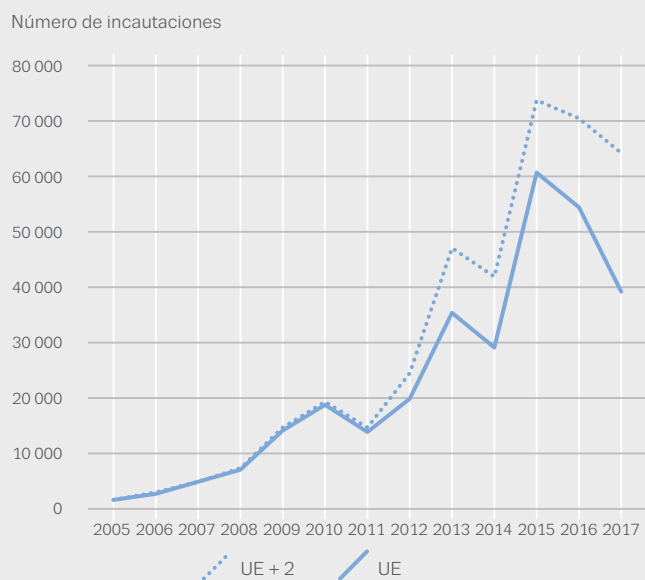
A finales de 2018, el EMCDDA vigilaba más de 730 nuevas sustancias psicoactivas, 55 de las cuales se detectaron por primera vez en Europa ese mismo año. Estas sustancias conforman un amplio abanico de drogas, como cannabinoides sintéticos, los estimulantes, los opioides y las benzodiazepinas.

El número de nuevas sustancias identificadas por primera vez cada año alcanzó su máximo en 2014-2015, pero desde entonces se ha estabilizado en niveles comparables a los de 2011-2012 (gráfico 1.10). Las causas no están claras, pero puede que sea un reflejo de los esfuerzos sostenidos para controlar las nuevas sustancias en Europa, así como de las iniciativas legislativas adoptadas en China.

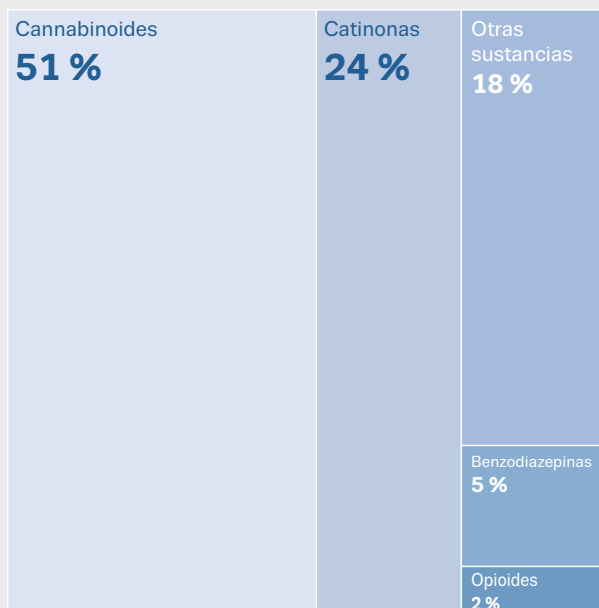
En la mayoría de los casos, las nuevas sustancias psicoactivas se producen a granel por empresas químicas y farmacéuticas en China. De allí se envían a Europa, donde se transforman en productos que se envasan y se venden. A veces se venden abiertamente en tiendas físicas. Aunque algunos países han impuesto restricciones a la venta abierta de estos productos, puede que sigan estando disponibles de manera más encubierta. También

GRÁFICO 1.11

Incautaciones notificadas al Sistema de alerta temprana de la UE: tendencias en número total de incautaciones y número de incautaciones por categoría en 2017



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



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 mercado en su conjunto. Por ejemplo, en 2017, se detectaron en Europa 390 sustancias, aproximadamente la mitad de las nuevas sustancias vigiladas por el Sistema de alerta temprana de la UE, algunas de las cuales aparecieron por primera vez hace más de diez años. Esto ilustra el dinamismo de esta parte del mercado de las drogas: las sustancias pueden aparecer y después desaparecer rápidamente, pero el número de sustancias en circulación sigue siendo elevado.

Incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas

A lo largo de 2017, los cuerpos y fuerzas de seguridad de toda Europa notificaron cerca de 64 160 incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas al Sistema de alerta temprana de la UE. De ellas, 39 115 incautaciones fueron notificadas por los veintiocho Estados miembros de la UE (gráfico 1.11).

En 2017, la forma de las nuevas sustancias psicoactivas notificadas era normalmente en polvo, con un total de 2,8 toneladas en todas las categorías. En líneas generales, esta cifra es comparable a las de años anteriores. Además, se notificaron poco menos de 240 kilogramos de hierba, dos tercios en forma de mezclas para fumar que contenían cannabinoides sintéticos. También se detectaron nuevas sustancias en comprimidos (6 769 cajas, 2,8 millones de

unidades), papel secante (980 cajas, 23 000 unidades) y líquidos (1 430 cajas, 490 litros). Algunos de estos líquidos se vendían como pulverizadores nasales preparados para usar o soluciones para vapear con cigarrillos electrónicos.

En Europa, las incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas son mayoritariamente de cannabinoides sintéticos y catinonas. Sin embargo, en los últimos años se aprecia mayor diversidad, destacando otros grupos de sustancias. Por ejemplo, parece que han aumentado las cantidades de opioides y benzodiazepinas incautadas en Europa.

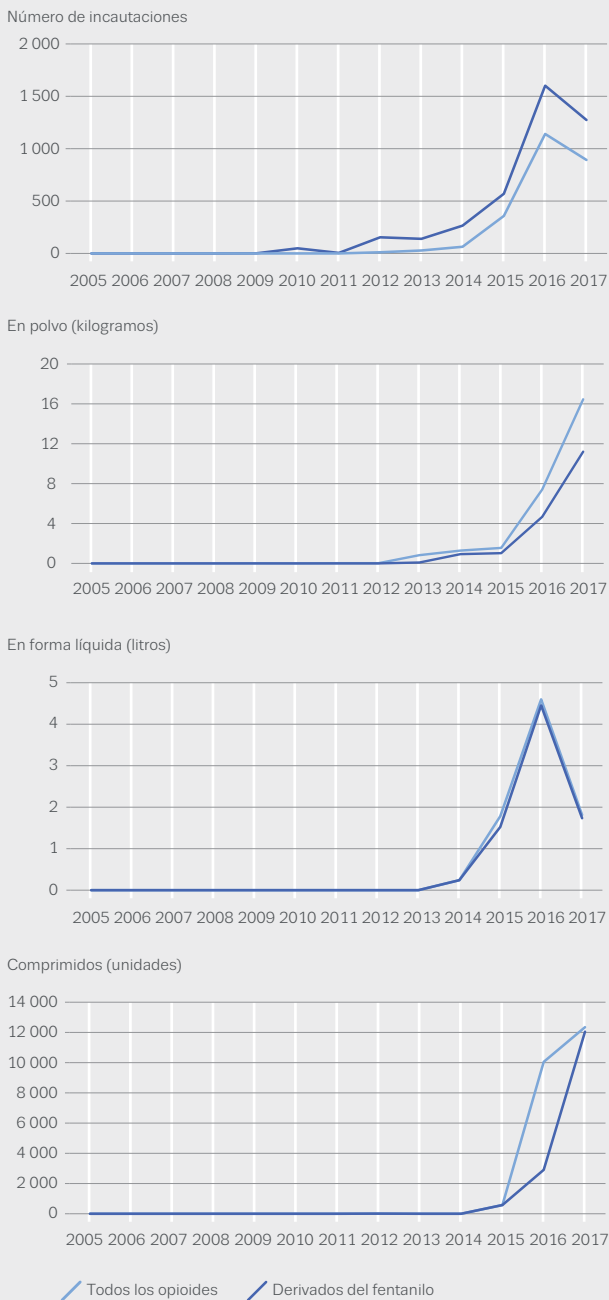
Nuevos opioides sintéticos

En total, se han detectado 49 nuevos opioides en el mercado europeo desde 2009, 11 de ellos por primera vez en 2018. La cifra total incluye treinta y cuatro derivados del fentanilo, seis de los cuales se notificaron por primera vez en 2018. Pese a que actualmente tienen poca relevancia en el mercado de drogas europeo, muchos de estos nuevos opioides (especialmente los derivados del fentanilo) son sustancias muy potentes que plantean una amenaza grave para la salud pública e individual.

En 2017, los cuerpos y fuerzas de seguridad notificaron aproximadamente 1 300 incautaciones de nuevos opioides al Sistema de alerta temprana de la UE. En la

GRÁFICO 1.12

Incautaciones de opioides sintéticos notificadas al Sistema de alerta temprana de la UE: tendencias en número de incautaciones y cantidad incautada



Nota: Datos de la UE, Turquía y Noruega. No se incluyen las incautaciones de tramadol.

mayoría de los casos (70 %) eran incautaciones de derivados del fentanilo (gráfico 1.12), pero también se notificaron otros tipos de opioides (como el U-47700 y el U-51754). La cantidad total notificada de opioides en polvo y comprimidos ha ido en constante aumento desde 2012 (gráfico 1.12). En total, las incautaciones de nuevos opioides en 2017 ascendieron a unos 17 kilogramos de droga en polvo, 1,8 litros en forma líquida y más de 29 000 comprimidos. Con menos frecuencia, también se han encontrado nuevos opioides en papel secante y en mezclas de hierba para fumar; en estos casos, puede que no haya indicación alguna de que contienen opioides potentes, lo que podría entrañar un riesgo de intoxicación para las personas que los consuman, especialmente si no tienen una tolerancia preexistente a los opioides.

Especialmente preocupantes han sido las incautaciones en Europa de carfentanilo, uno de los opioides más potentes que se conocen. En 2017, se notificaron más de 300 incautaciones de carfentanilo en Europa, que representan unos 4 kilos de droga en polvo y 250 mililitros en forma líquida. Parte de este polvo se vende como heroína o mezclado con esta droga.

Nuevas benzodiazepinas

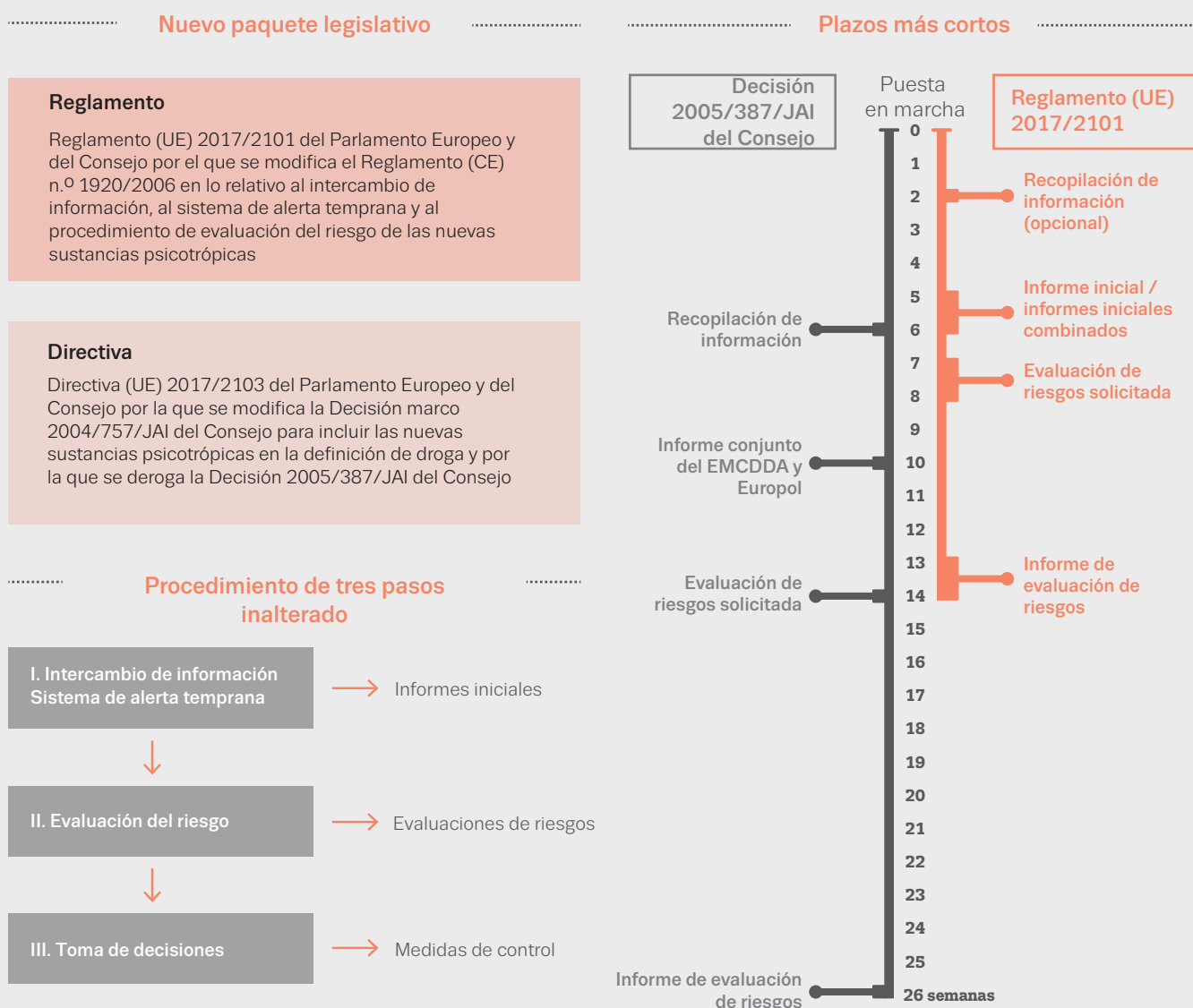
Durante los últimos años parece haber aumentado el número, tipo y disponibilidad de nuevas sustancias psicoactivas pertenecientes a la clase de las benzodiazepinas, que no están controladas por las leyes internacionales de control de drogas. Algunas se venden como falsificaciones de medicamentos habitualmente prescritos para el tratamiento de la ansiedad, como alprazolam (Xanax) y diazepam, utilizando las redes de distribución existentes en el mercado de drogas ilegales. Otras se venden en línea, a veces con su propio nombre, como versiones «legales» de medicamentos autorizados.

El EMCDDA vigila actualmente veintiocho nuevas benzodiazepinas, veintitrés de las cuales se detectaron por primera vez en Europa en los cinco últimos años. En 2017, se notificaron cerca de 3 500 incautaciones de nuevas benzodiazepinas al Sistema de alerta temprana de la UE. En la mayoría de ellas se aprehendieron comprimidos, con una cifra superior a los 2,4 millones de unidades, que representa un gran incremento con respecto al casi medio millón de comprimidos notificado en 2016. Este incremento puede atribuirse a la incautación de grandes cantidades de etizolam —una sustancia que se notificó por primera vez al Sistema de alerta temprana en 2011— en un solo país. Además, en 2017 se incautaron 27 kilogramos de polvo, 1,4 litros de líquido y 2 400 secantes que contenían nuevas benzodiazepinas.

Se notificaron 1 300 incautaciones de nuevos opioides al Sistema de alerta temprana de la UE

GRÁFICO 1.13

Nuevos procedimientos acelerados de la Unión para identificar y responder a las nuevas sustancias psicoactivas que aparecen en la UE



Nuevas sustancias psicoactivas: nuevas respuestas jurídicas

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.

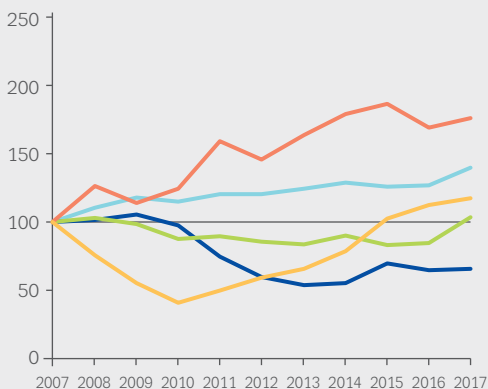
Durante muchos años, la mayoría de los países europeos se limitaban a incluir las sustancias controladas en sus listas de forma individualizada. Sin embargo, a medida que ha ido aumentando el número de nuevas sustancias detectadas en Europa, ha crecido el número de países que han tratado de controlar grupos de sustancias. 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

GRÁFICO 1.14

Infracciones de la legislación de la UE relacionadas con el consumo o la posesión de drogas para consumo o con el tráfico de drogas: tendencias indexadas e infracciones notificadas en 2017

Infracciones por posesión/consumo

Tendencias indexadas

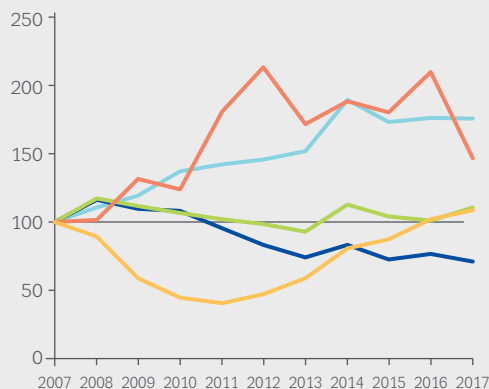


Número de infracciones (en millones)



Delitos por oferta

Tendencias indexadas



Heroína Cocaína MDMA Cannabis Anfetaminas Otras sustancias

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

legislación vigente en materia de drogas, pero algunos solo han incluido estos grupos en una legislación específica sobre nuevas sustancias psicoactivas.

En el ámbito 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 databa de 2005, con el fin de establecer un sistema más rápido y eficaz (gráfico 1.13). 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 dos meses y en determinadas condiciones, a apoyar la propuesta de la Comisión u oponerse a ella. Las autoridades nacionales dispondrán de seis meses (en lugar de doce) para empezar a controlar la sustancia en su territorio una vez que la decisión entre en vigor. Esta nueva legislación está vigente en Europa desde el 23 de noviembre de 2018.

Infracciones relacionadas con las 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. Las cifras reflejan diferencias en la legislación y las prioridades nacionales, así como las diferentes maneras de aplicar y hacer cumplir las leyes.

Se estima que en 2017 se notificaron en la Unión Europea 1,5 millones de infracciones relacionadas con las drogas, lo que supone un incremento de una quinta parte (20 %) desde 2007. La mayoría de ellas (79 %) fueron por consumo o posesión, con un total de 1,2 millones de infracciones, un 27 % más que diez años antes. Las infracciones por consumo o posesión de cannabis continúan aumentando. Tres cuartas partes (75 %) de las infracciones por consumo o posesión de drogas estuvieron relacionadas con el cannabis, aunque esta cifra se redujo en dos puntos porcentuales con respecto a 2016. En 2017, se ha mantenido la tendencia al alza de las infracciones por consumo o posesión de MDMA, si bien solo representan el 2 % de las infracciones por consumo (gráfico 1.14).

En términos generales, el número de delitos por tráfico de drogas en la Unión Europea ha crecido un 22 % desde 2007, con una cifra estimada de 230 000 casos en 2017. También aquí predomina el cannabis, que representa la mayoría de los delitos de tráfico (57 %). Los delitos por tráfico de MDMA han ido en aumento desde 2011 (gráfico 1.14), mientras que los delitos por tráfico de heroína han bajado ligeramente y la situación de la cocaína se mantiene relativamente estable en el mismo periodo.

MÁS INFORMACIÓN

Publicaciones del EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

2018

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

Captagon: understanding today's illicit market, EMCDDA Papers.

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 Paper.

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

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

Improved drug supply indicators for Europe: progress report, joint publication.

EMCDDA–Europol 2017 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, implementation reports.

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.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

Publicaciones conjuntas 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

2

**El policonsumo es habitual
entre los consumidores de drogas**

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. El cannabis es la droga más consumida, y su prevalencia 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 más asociadas a la mayoría de las formas más nocivas de consumo, incluido el consumo de droga por vía parenteral. El alcance del consumo de estimulantes y los tipos más frecuentes varían según los países, y aumentan los datos que indican que su consumo por vía parenteral puede estar aumentando. 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 complementan con los análisis de los restos de drogas en las aguas residuales municipales que se realizan en algunas ciudades de Europa.

Los estudios que realizan estimaciones del consumo de drogas de alto riesgo se utilizan para determinar el alcance de los problemas de consumo más arraigados, mientras que los datos sobre las personas que acceden a sistemas de tratamiento especializados, combinados con otros indicadores, pueden ayudar a entender las características de este consumo y sus tendencias.

Para ello también se utilizan otras fuentes de datos más específicas. Estos indicadores «de vanguardia» ofrecen información sobre los cambios en los patrones de consumo y los tipos de drogas que se consumen. Aunque no son representativas de la población general, estas fuentes proporcionan datos complementarios oportunos. Todas las fuentes de datos sobre el consumo de drogas tienen sus fortalezas y debilidades, y tanto la disponibilidad como la calidad de los datos puede variar según los países. Es por este motivo que el EMCDDA es precavido y utiliza múltiples indicadores para describir la situación de las drogas en Europa.

Se pueden encontrar los conjuntos de datos completos con notas metodológicas en el [Boletín estadístico](#).

Alrededor de 96 millones de personas adultas han consumido drogas ilegales

Se estima que alrededor de 96 millones o un 29 % de los adultos (de 15 a 64 años) residentes en la Unión Europea han probado drogas ilegales en algún momento de su vida. Hay más hombres que dicen haber experimentado el consumo de drogas (57,8 millones) que mujeres (38,3 millones). La droga que más se prueba es el cannabis (55,4 millones de hombres y 36,1 millones de mujeres), seguido muy de lejos por la cocaína (12,4 millones de hombres y 5,7 millones de mujeres), la MDMA (9,3 millones de hombres y 4,6 millones de mujeres) y la anfetamina (8,3 millones de hombres y 4,1 millones de mujeres). Los niveles de consumo de cannabis a lo largo de la vida difieren considerablemente según los países, desde el 4 % de los adultos en Malta hasta el 45 % en Francia.

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 19,1 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) han consumido drogas en el último año (16 %) y que el número de hombres (20 %) duplica aproximadamente al de mujeres (11 %).

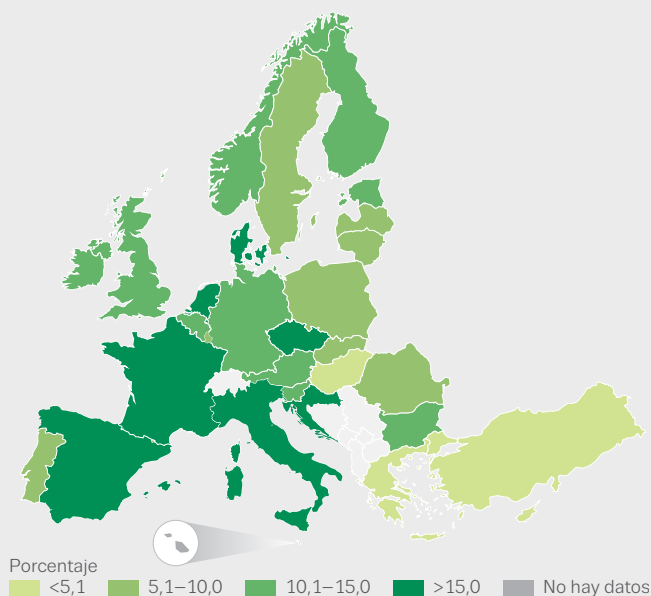
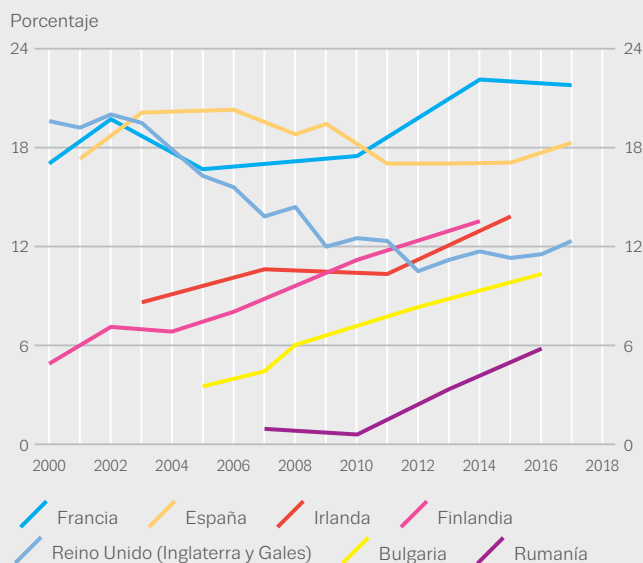
Consumo de cannabis entre los jóvenes

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

Se estima que, en la Unión Europea, 91,2 millones de adultos (de 15 a 64 años), o el 27,4 % de este grupo de edad, han probado el cannabis en algún momento de su vida. De estos, unos 17,5 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años), o el 14,4 % de este grupo de edad, consumieron cannabis el último año. Entre los adultos jóvenes, las tasas de prevalencia durante el último año oscilan entre el 3,5 % en Hungría y el 21,8 % en Francia. Entre los jóvenes que consumieron esta droga durante el último año, la proporción de hombres y mujeres fue de dos a uno. Si se consideran únicamente los jóvenes de 15 a 24 años, la prevalencia del consumo de cannabis es mayor, con un 18 % (10,1 millones) que consumió la droga durante el último año y un 9,3 % (5,2 millones) el último mes.

GRÁFICO 2.1

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



Nota: Se han notificado intervalos de edad distintos de 15-34 años por parte de Dinamarca, Reino Unido y Noruega (16-34), Suecia (17-34), Alemania, Francia, Grecia y Hungría (18-34).

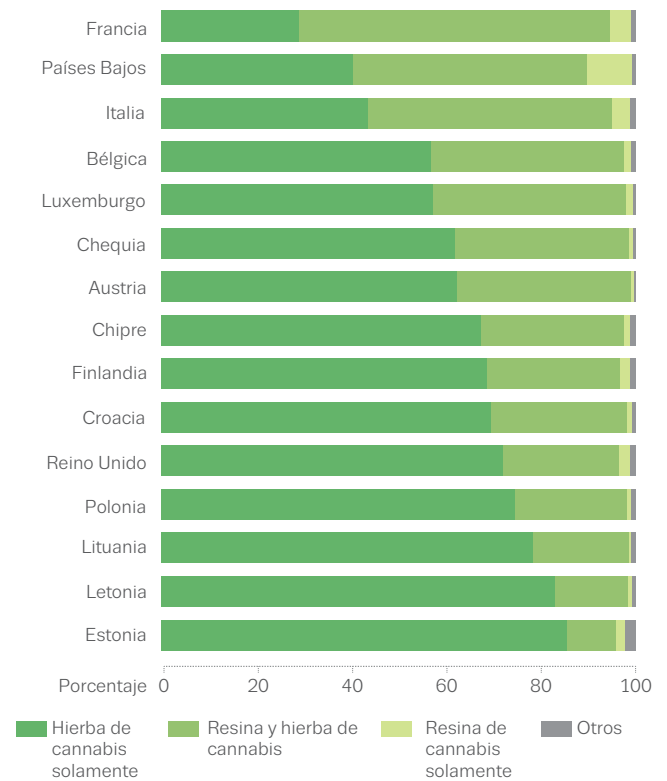
GRÁFICO 2.2

En la mayoría de los países, los resultados de encuestas recientes revelan que el consumo de cannabis en el último año permanece estable o va en aumento entre los adultos jóvenes. De los países que han realizado encuestas desde 2016 y han notificado intervalos de confianza, seis notificaron estimaciones más altas, cinco se mantuvieron estables, y uno notificó estimaciones más bajas que en la anterior encuesta comparable. En once de estos países, se aprecia un incremento del consumo entre los jóvenes de 15 a 24 años en la encuesta más reciente.

Pocos países cuentan con datos de encuestas suficientes para hacer un análisis estadístico de las tendencias a largo plazo del consumo de esta droga en el último año entre los adultos jóvenes (de 15 a 34 años). En este grupo, las tendencias a la baja anteriormente observadas en España y el Reino Unido (Inglaterra y Gales) se han estabilizado según los datos más recientes, si bien el porcentaje del Reino Unido aumentó hasta el 12,3 % en el año más reciente (gráfico 2.1). Desde 2000, se observan tendencias al alza en la prevalencia del consumo de cannabis en el último año entre los adultos jóvenes de algunos países, como Irlanda y Finlandia, donde los datos más recientes indican niveles que se aproximan a la media comunitaria del 14,4 % y también, aunque en menor medida, Bulgaria y Rumanía. En Francia, las encuestas recientes indican que la prevalencia se ha estabilizado en un 22 %, que es un nivel elevado. En Dinamarca, una encuesta de 2017 indica un descenso hasta el 15,4 % desde el 17,6 % estimado en 2013.

Los datos de las encuestas realizadas a través de internet pueden proporcionar información complementaria a las encuestas de población general y otras perspectivas sobre el consumo de drogas en Europa. Aunque no son representativas de la población general, estas encuestas pueden alcanzar a grandes muestras de personas que consumen drogas. La encuesta European Web Survey on Drugs recopiló información sobre patrones de uso y compras de las drogas ilegales más consumidas, facilitada por 40 000 consumidores de drogas que conocieron la encuesta principalmente a través de las redes sociales. En relación con el cannabis, los datos indican que es más frecuente el consumo de hierba que el de resina. Sin embargo, muchos encuestados declaran consumir ambos tipos, especialmente en Francia, Italia y los Países Bajos. El consumo exclusivo de resina es infrecuente (gráfico 2.2).

Formas de cannabis consumidas en el último año por los participantes en una encuesta en línea que declararon consumir esta droga



Nota: La encuesta se realizó en dos oleadas, una en 2016 (Chequia, Croacia, Francia, Países Bajos y Reino Unido) y otra en 2017/2018 (otros diez países de la UE).

Fuente: European Web Survey on Drugs.

El cannabis es la droga ilegal más consumida

Consumo de cannabis de alto riesgo: indicios de estabilización

Según los estudios de la población general, se estima que el 1 % de los adultos de la Unión Europea consume cannabis a diario o casi a diario; es decir, ha consumido la droga 20 o más días al mes. Aproximadamente el 60 % de ellos tiene menos de 35 años, y cerca de tres cuartas partes son hombres.

Los datos sobre los consumidores que reciben tratamiento por problemas con esta droga pueden aportar información sobre la naturaleza y el alcance del consumo de cannabis de alto riesgo en Europa cuando se analizan junto con otros indicadores. En 2017, alrededor de 155 000 personas iniciaron tratamiento en Europa por problemas relacionados con el consumo de cannabis y unas 83 000 personas de este grupo iban a recibir tratamiento por primera vez en su vida. En los veinticuatro países de los que se tienen datos, el número total de consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez por problemas con el cannabis creció un 76 % entre 2006 y 2017.

En total, el 47 % de los consumidores de cannabis como droga principal que iniciaron tratamiento por primera vez en 2017 declaró haber consumido la droga a diario en el último mes, con cifras que van desde el 10 % o menos en Letonia, Hungría y Rumanía hasta el 68 % o más en España, los Países Bajos y Turquía.

Consumo de cocaína: ciertos indicios de incremento

La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa, con mayor prevalencia en los países del sur y el oeste. En los últimos años, el consumo de esta droga ha ido en aumento en Europa. A efectos de estudio y vigilancia, se puede clasificar a los consumidores de cocaína por diferentes criterios, según el entorno, el producto consumido o la motivación del consumo. Entre los consumidores habituales, puede hacerse una distinción general entre los consumidores por lo general más integrados en la sociedad, que suelen inhalar cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína), y los consumidores marginados, que se administran cocaína por vía parenteral o fuman *crack* (cocaína en base), a menudo junto con opioides. En muchos conjuntos de datos, no es posible distinguir entre las dos formas (polvo o *crack*) y el término «consumo de cocaína» engloba ambas.

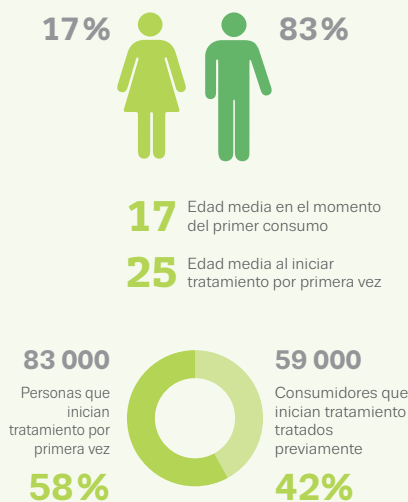
Se estima que, en la Unión Europea, 18,0 millones de adultos (de 15 a 64 años), o el 5,4 % de este grupo de edad, han probado cocaína en algún momento de su vida. Entre ellos hay unos 2,6 millones de adultos jóvenes de 15 a 34 años (el 2,1 % de este grupo de edad) que han consumido la droga durante el último año.

Seis países (Dinamarca, España, Francia, Irlanda, Países Bajos y Reino Unido) han notificado una prevalencia del consumo de cocaína en el último año entre adultos

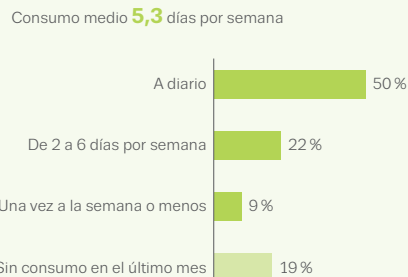
CONSUMIDORES DE CANNABIS QUE INICIAN TRATAMIENTO



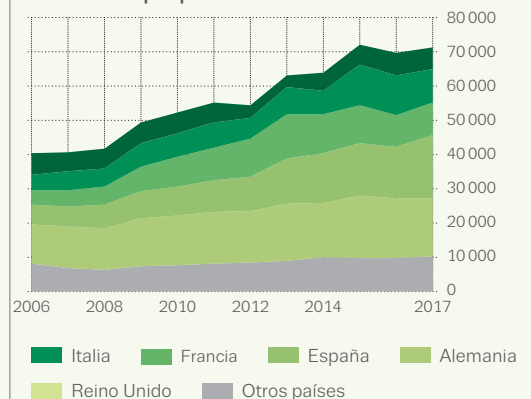
Características



Frecuencia de consumo en el último mes



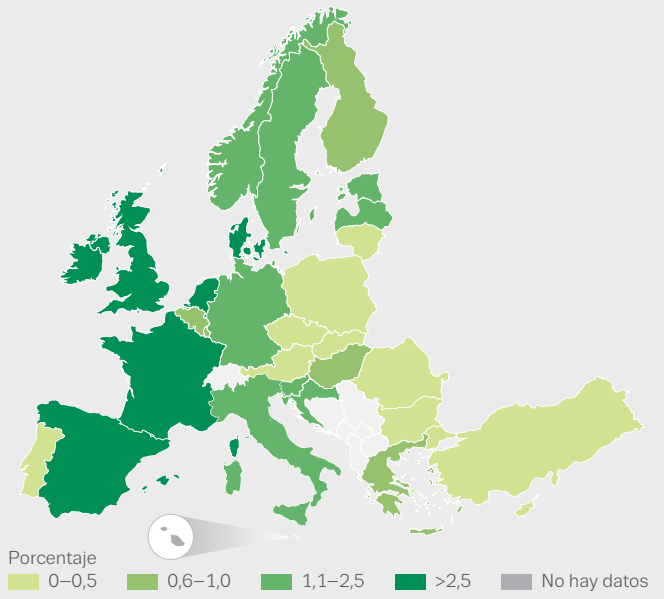
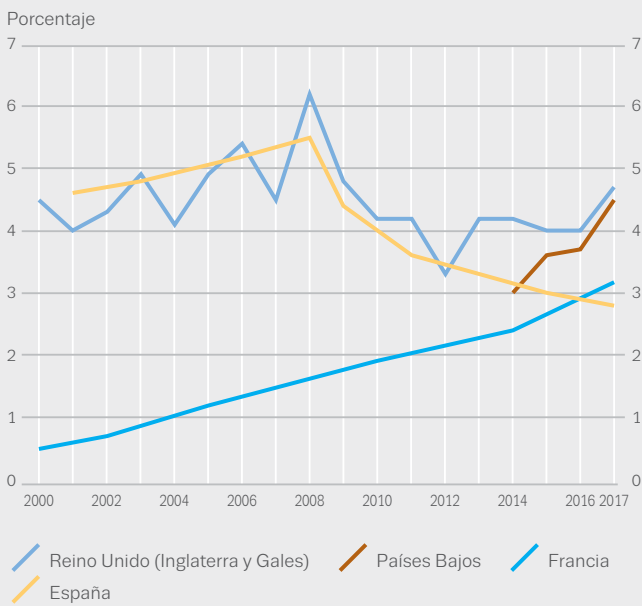
Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Nota: Aparte de las tendencias, los datos se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento con el cannabis como droga principal. Las tendencias de los consumidores que inician tratamiento por primera vez se basan en datos de veinticuatro países. En el gráfico de tendencias se incluyen únicamente los países que disponen de datos de al menos once de los doce años. Los valores que faltan 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. Debido a cambios en el sistema de notificación, los totales de Alemania de 2017 son estimaciones basadas en los datos de 2016.

GRÁFICO 2.3

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



Nota: Se han notificado intervalos de edad distintos de 15-34 años por parte de Dinamarca, Reino Unido y Noruega (16-34), Suecia (17-34), Alemania, Francia, Grecia y Hungría (18-34).

jóvenes superior al 2,5 % (gráfico 2.3). De los países que han realizado encuestas desde 2016 y han notificado intervalos de confianza, tres notificaron estimaciones más altas y seis se mantuvieron estables con respecto a 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, en los que se observan ciertos datos que indican un incremento del consumo: en la encuesta anual del Reino Unido, el porcentaje subió al 4,7 % tras un periodo de relativa estabilidad; la cuarta encuesta anual comparable de los Países Bajos confirmó una tendencia al alza, con un 4,5 %; y Francia mantuvo su tendencia al alza, elevándose por primera vez por encima del 3 %. Por el contrario, España volvió a registrar un descenso de la prevalencia, que bajó al 2,8 % (gráfico 2.3).

Un estudio de detección de tendencias realizado por el EMCDDA en 2018, para el que se analizaron múltiples fuentes de datos, indica que el aumento de la disponibilidad de cocaína de mayor pureza en los mercados de drogas europeos podría conllevar un resurgimiento de esta droga en algunos países. El estudio también pone de relieve indicios de que la cocaína se está extendiendo a nuevos mercados de Europa oriental, donde esta droga se consumía poco anteriormente.

El análisis de detección de residuos de cocaína en las aguas residuales municipales realizado en el marco de un

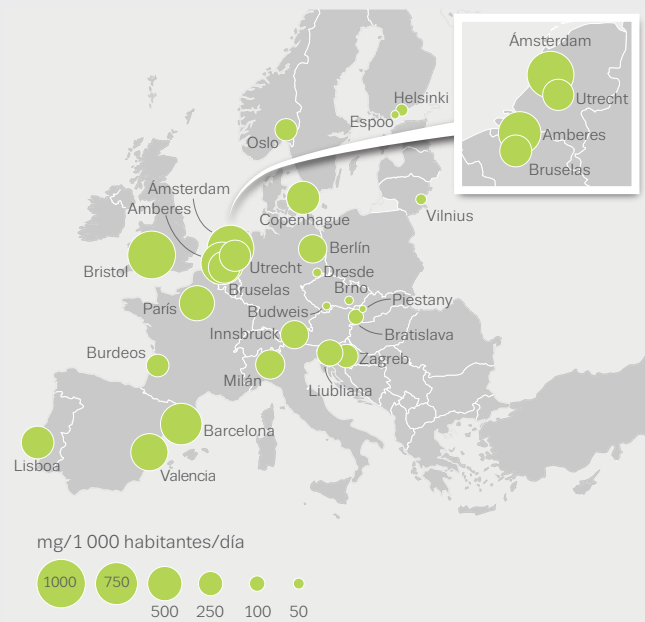
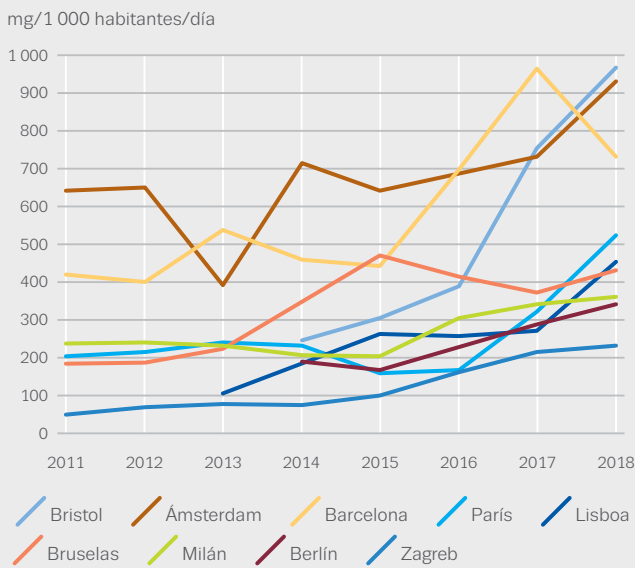
estudio multiurbano complementa los resultados de las encuestas poblacionales. Este análisis aporta información sobre el consumo colectivo de sustancias puras en una comunidad y sus resultados no son directamente comparables con las estimaciones de prevalencia de las encuestas poblacionales nacionales. Los resultados del análisis se presentan en cantidades normalizadas (concentración) de residuos de drogas por cada 1 000 habitantes por día. Aunque pueden ser ilustrativos del volumen de cocaína utilizado en un lugar concreto, no aportan información directa sobre el número de consumidores.

El análisis de 2018 reveló las mayores concentraciones de benzoilecgonina, el metabolito principal de la cocaína, en ciudades de Bélgica, España, Países Bajos y Reino Unido y niveles muy bajos en la mayoría de ciudades de países del este (véase el gráfico 2.4), si bien los datos más recientes apuntan a un incremento. La comparación con los datos del año anterior presenta un panorama que indica un incremento general del consumo. De las treinta y ocho ciudades que disponen de datos de 2017 y 2018, veintidós notificaron un aumento; cinco, un descenso; y once, una situación estable. Muchas de las 13 ciudades con datos sobre 2011 y 2018 notificaron tendencias al alza.

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

GRÁFICO 2.4

Residuos de cocaína en las aguas residuales de 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 en cada año de 2011 a 2018.

Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

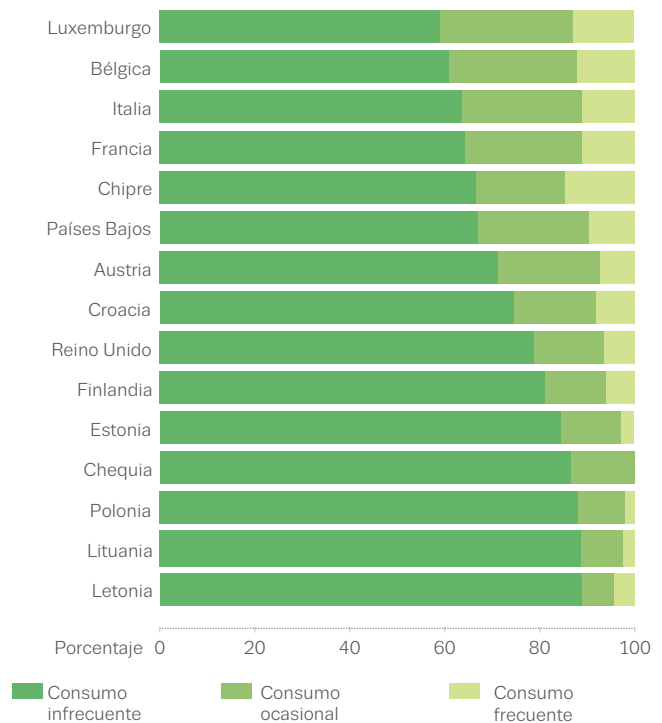
Los datos de la encuesta European Web Survey on Drugs aportan información sobre los patrones de consumo de cocaína entre distintos grupos y su variabilidad según los países. Cuando se comparan las cantidades consumidas entre países, es importante observar que tanto el precio como la pureza de la cocaína presente en el mercado serán diferentes según el país, y que esto puede afectar a las cantidades consumidas. Entre los encuestados que declaran consumir cocaína, el porcentaje de quienes consumen la droga con frecuencia (más de 50 días en el último año) oscila entre cero en Chequia y más del 10 % en Bélgica, Chipre, Francia, Italia y Luxemburgo (gráfico 2.5). El consumo de cocaína varía según los países, desde una media de 1,3 gramos por día de consumo en Austria, Bélgica y Francia hasta 3,5 gramos en Chipre. En general, los consumidores frecuentes toman mayores cantidades cada día de consumo que los usuarios menos frecuentes.

Consumo de cocaína de alto riesgo: aumento reciente de las solicitudes de tratamiento en muchos países

La prevalencia del consumo de cocaína de alto riesgo entre los adultos europeos es difícil de calibrar, ya que solo cuatro países disponen de estimaciones recientes. Además, estas estimaciones no son directamente comparables, ya que se han generado utilizando diferentes definiciones y metodologías. En España, una nueva

GRÁFICO 2.5

Frecuencia del consumo de cocaína entre los participantes en una encuesta en línea que declararon haber consumido esta droga en el último año



Nota: La encuesta se realizó en dos oleadas, una en 2016 (Chequia, Croacia, Francia, Países Bajos y Reino Unido) y otra en 2017/2018 (otros diez países de la UE). Consumo en el último año: frecuente, más de 50 días; ocasional, entre 11 y 50 días; infrecuente, de 1 a 10 días.

Fuente: European Web Survey on Drugs.

encuesta de población general se basó en la frecuencia de consumo elevada para estimar que un 0,3 % de las personas de 15 a 64 años tenían un consumo de cocaína de alto riesgo en 2017/2018. En 2015, basándose en las preguntas de la Severity of Dependence Scale (escala de gravedad de la dependencia), Alemania estimó que un 0,2 % de la población adulta tenía un consumo de cocaína de alto riesgo. En 2017, basándose en datos de tratamiento y de la justicia penal, Italia estimó que el 0,69 % de la población adulta podía clasificarse como consumidora de cocaína de alto riesgo. En Francia, un estudio de captación-recaptación de 2017 estimó la prevalencia del consumo de *crack* en el 0,07 %.

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 2017, cerca de 73 000 pacientes que iniciaron tratamiento especializado y más de 33 000 pacientes nuevos citaron la cocaína como droga principal.

Tras un período de descenso, el número total de consumidores de cocaína que iniciaron tratamiento por primera vez aumentó un 37 % entre 2014 y 2017. Aunque buena parte de este incremento corresponde a Italia y al Reino Unido, son diecinueve los países que notifican incrementos durante el mismo periodo. En total, los últimos datos europeos revelan que existe un lapso de once años entre el primer consumo de cocaína, por término medio a los 23 años de edad, y el primer

tratamiento por problemas relacionados con esta droga, por término medio a los 34 años de edad.

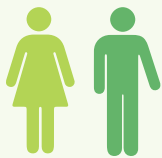
La mayoría de los consumidores que inician tratamiento especializado por problemas con la cocaína consumen principalmente cocaína en polvo (55 000 o el 14 % de todos los pacientes por consumo de drogas en 2017). La mayoría de quienes consumen cocaína como droga principal solicitan tratamiento por el consumo de la droga sola (el 46 % de los pacientes que consumen cocaína en polvo) o en combinación con el cannabis (20 %), el alcohol (23 %) u otras sustancias (10 %). En general, se trata de un grupo relativamente bien integrado en la sociedad, que tiene condiciones de vida estables y un empleo fijo, frente a quienes inician tratamiento por problemas con los opioides. Sin embargo, no ocurre lo mismo con quienes inician tratamiento por el consumo de *crack* como droga principal (11 000 pacientes o el 3 % del total en 2017), que parecen encontrarse en una situación de mayor marginalidad. La mayoría de las solicitudes de tratamiento relacionadas con el *crack* se registran en el Reino Unido (65 %). Muchos pacientes por consumo de *crack* declaran consumir heroína como droga problemática secundaria. Desde 2014, se han notificado incrementos en el número de pacientes de *crack* en Bélgica, Francia, Irlanda, Italia, Portugal y Reino Unido.

En 2017, 56 000 pacientes que iniciaron tratamiento especializado por drogodependencia en Europa declararon consumir cocaína en combinación con heroína u otros

CONSUMIDORES DE COCAÍNA QUE INICIAN TRATAMIENTO

Características

15% 85%



23 Edad media en el momento del primer consumo

34 Edad media al iniciar tratamiento por primera vez

33 500

Personas que inician tratamiento por primera vez
48%

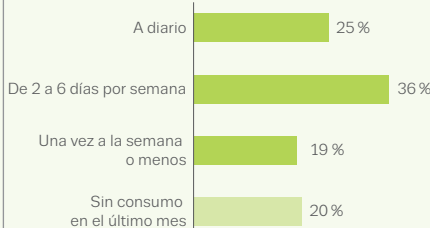


36 800

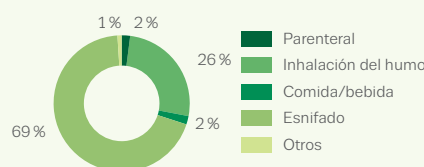
Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
52%

Frecuencia de consumo en el último mes

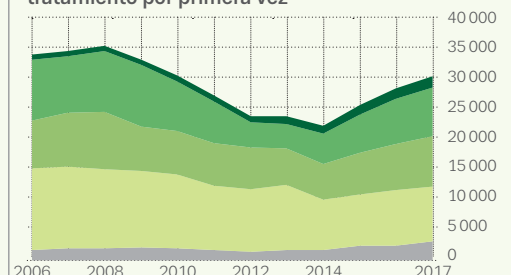
Consumo medio 4 días por semana



Vía de administración



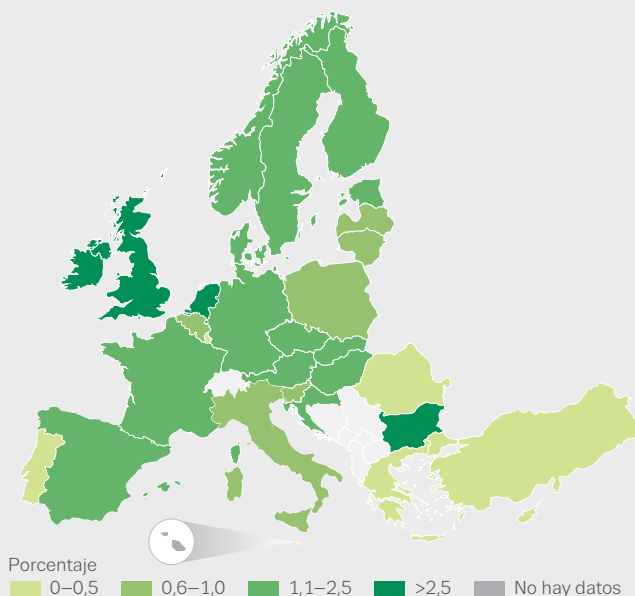
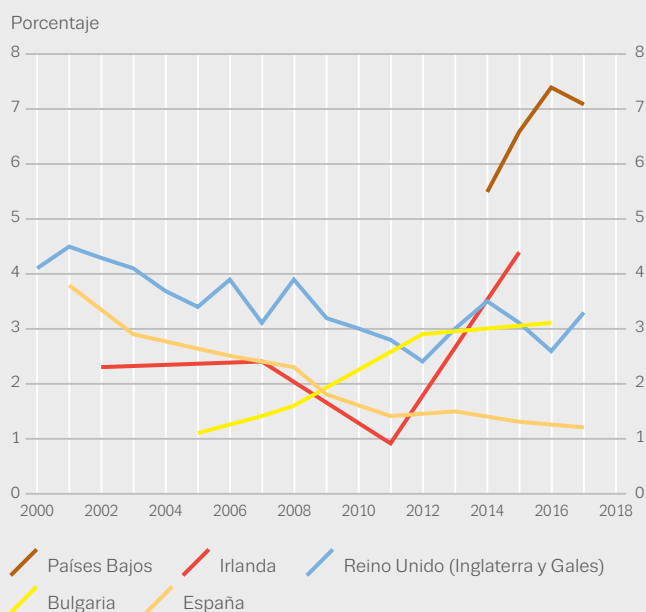
Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Nota: Aparte de las tendencias, los datos se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento con la cocaína como droga principal. Las tendencias de los consumidores que inician tratamiento por primera vez se basan en datos de veinticuatro países. En el gráfico de tendencias se incluyen únicamente los países que disponen de datos de al menos once de los doce años. Los valores que faltan 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. Debido a cambios en el sistema de notificación, los totales de Alemania de 2017 son estimaciones basadas en los datos de 2016.

GRÁFICO 2.6

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



Nota: Se han notificado intervalos de edad distintos de 15-34 años por parte de Dinamarca, Reino Unido y Noruega (16-34), Suecia (17-34), Alemania, Francia, Grecia y Hungría (18-34).

opioides. Esta cifra representa el 16 % de todos los consumidores que iniciaron tratamiento y facilitaron información sobre la droga principal y la droga secundaria que consumían.

Consumo de MDMA: un panorama diverso

La MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) se consume en comprimidos (que con frecuencia reciben el nombre de «éxtasis») y también en cristal y en polvo; los comprimidos se suelen tragar, mientras que el MDMA en cristal y en polvo se puede tomar por vía oral o esnifarse.

Se estima que, en la Unión Europea, 13,7 millones de adultos (de 15 a 64 años), o el 4,1 % de este grupo de edad, han probado MDMA o éxtasis en algún momento de su vida. Las cifras de consumo más reciente entre adultos jóvenes indican que 2,1 millones de personas de 15 a 34 años consumieron MDMA en el último año (el 1,7 % de este grupo de edad), con estimaciones nacionales que oscilan entre el 0,2 % de Portugal y Rumanía y el 7,1 % de los Países Bajos (gráfico 2.6). La prevalencia es mayor entre los jóvenes de 15 a 24 años, estimándose que un 2,3 % (1,3 millones) han consumido MDMA en el último año.

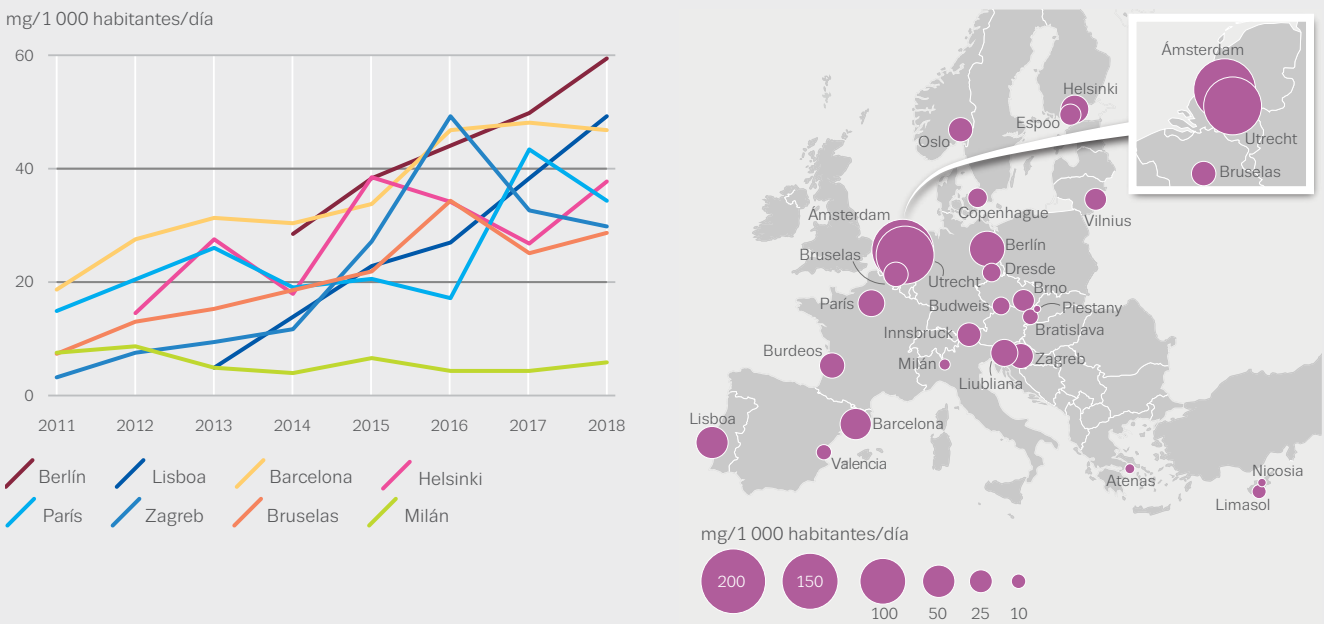
Hasta hace poco, en muchos países la prevalencia de la MDMA había ido decayendo desde los niveles máximos alcanzados a mediados de los 2000. En los últimos años, sin embargo, las fuentes de vigilancia muestran una

situación diversa, sin tendencias claras. Entre los países que han realizado nuevas encuestas desde 2016 y han notificado intervalos de confianza, cuatro notificaron estimaciones más altas que en la anterior encuesta comparable, seis comunicaron estimaciones estables y dos notificaron estimaciones más bajas.



GRÁFICO 2.7

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



En los casos en los que existen datos para realizar un análisis estadístico de las tendencias del consumo de MDMA entre adultos jóvenes en el último año, los datos más recientes muestran un panorama diverso (gráfico 2.6). En el Reino Unido, los datos más recientes indican que la prevalencia del consumo se ha recuperado tras los descensos registrados en 2015 y 2016 que, a su vez, habían invertido el incremento observado entre 2012 y 2014. En España, la tendencia a largo plazo se mantiene a la baja, aunque los últimos valores son estables. Los datos más recientes de Bulgaria indican que se mantiene la tendencia al alza. Los datos de la encuesta de los Países Bajos de 2017 confirman los elevados niveles observados en las tres encuestas anuales anteriores.

Un análisis de varias ciudades realizado en 2018 reveló que las concentraciones más elevadas de MDMA se encontraron en las aguas residuales de algunas ciudades de Bélgica, Alemania y Países Bajos (gráfico 2.7). De las treinta y siete ciudades que disponen de datos relativos a 2017 y 2018, veintiuna notificaron un aumento; nueve, una situación estable; y siete, un descenso. Con respecto a las tendencias a largo plazo, en la mayoría de las (diez) ciudades que disponen de datos de 2011 y 2018, las cargas de MDMA en las aguas residuales fueron mayores en 2018 que en 2011. En 2017, los acusados incrementos observados en el periodo de 2011-2016 parecieron estabilizarse. No obstante, los datos más recientes de 2018 apuntan a incrementos 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 entornos de ocio nocturnos, como bares y fiestas organizadas en casa. La encuesta European Web Survey on Drugs detectó que, entre las personas que habían consumido MDMA el año anterior, el porcentaje que declaró un consumo frecuente (más de 50 días en el último año) oscilaba entre cero en Chipre y un 8 % en Austria y Croacia.

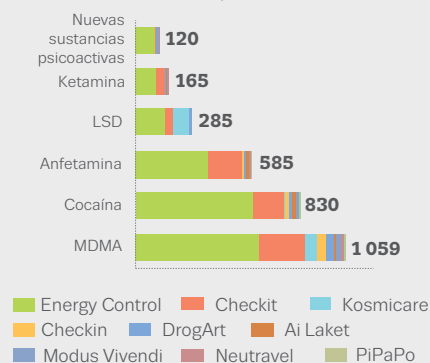
El consumo de MDMA rara vez se notifica como motivo para iniciar un tratamiento de drogodependencia. En 2017, menos del 1 % (unos 1 700 casos) de los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez en Europa refirieron consumo de MDMA, y el 68 % de ellos eran residentes en Francia, Hungría, Reino Unido y Turquía.

La MDMA suele consumirse con otras sustancias, como el alcohol

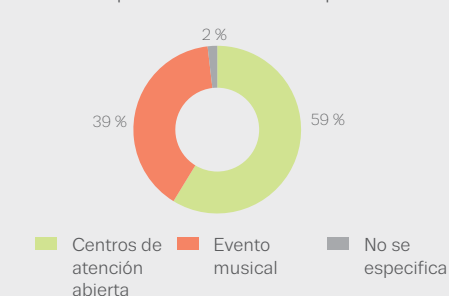
GRÁFICO 2.8

Muestras de drogas analizadas por los servicios de análisis de estupefacientes entre enero y julio de 2018

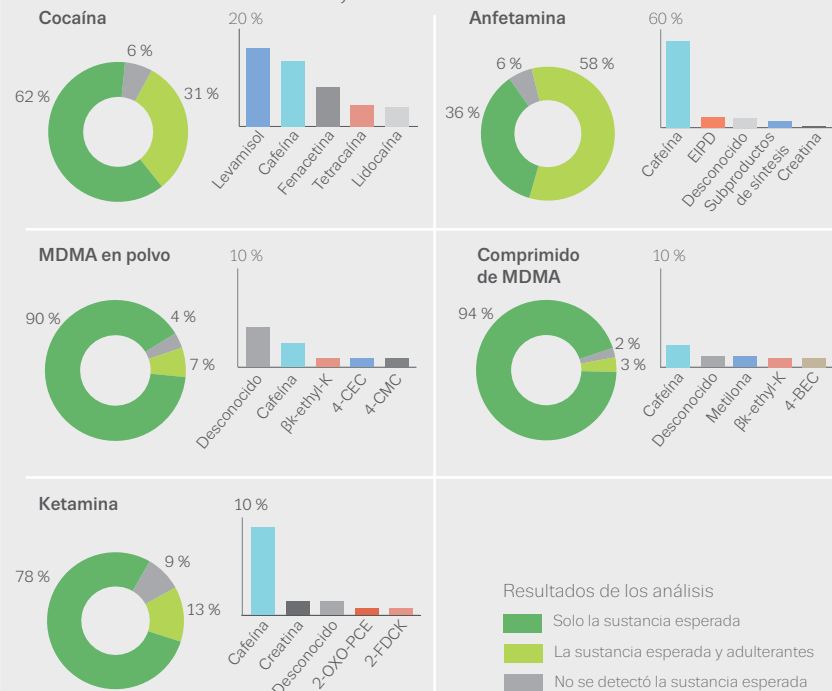
Número de sustancias presentadas a análisis



Sustancias presentadas a análisis por entorno



Sustancias detectadas y adulterantes más comunes (porcentaje de todas las muestras sometidas a análisis de adulteración)



Nota: Solo se consideran adulterantes las sustancias que poseen propiedades farmacológicas activas, no los compuestos inactivos.

Fuente: Datos facilitados por los servicios de análisis de estupefacientes de Austria (Checkit), Bélgica (Modus Vivendi), Eslovenia (DrogArt), España (Energy Control y Ai Laket), Italia (Neutravel), Luxemburgo (PiPaPo) y Portugal (Kosmicare y Checkin).

Vigilancia del consumo de drogas en entornos de ocio: métodos innovadores

Una conclusión sistemática de distintos estudios es que es más frecuente que se declare consumir drogas en las encuestas realizadas en entornos de ocio nocturno (como clubes, bares o festivales de música) que en las de población general. Han aparecido nuevos medios de vigilancia del consumo de drogas en entornos de ocio que no se basan únicamente en encuestas, sino también en el análisis químico de muestras de diversas fuentes: muestras biológicas como el aliento, la orina y el cabello; el contenido de los «contenedores de amnistía» (cubos de basura que se colocan a la entrada de ciertos espectáculos para que los asistentes desechen sus drogas sin miedo a represalias); y las drogas entregadas a los servicios de análisis de estupefacientes.

Entre enero y julio de 2018 se realizaron 3 044 análisis de muestras de drogas entregadas por consumidores a nueve servicios de análisis de estupefacientes que operan en siete Estados miembros de la UE, cuyos resultados han sido recopilados por la red Trans-European Drug Information (TEDI). Alrededor de la mitad de las muestras se analizaron en eventos musicales y la otra mitad en centros de atención abierta. Se entregaron el doble de

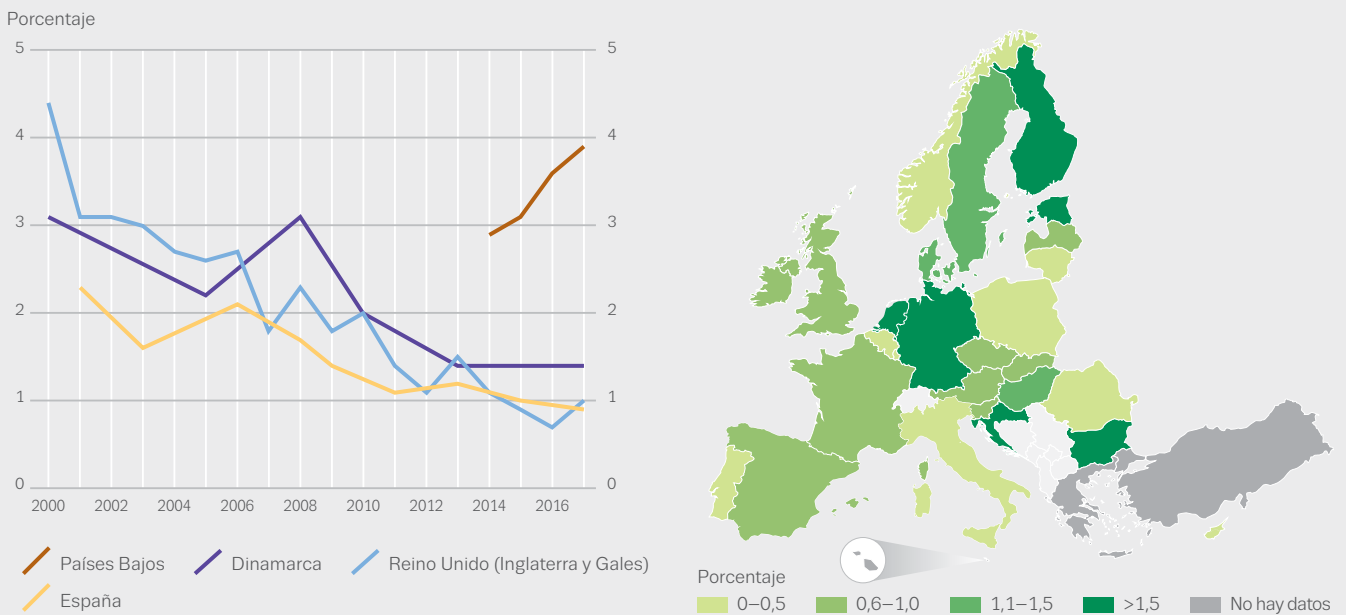
muestras de cocaína en los centros de atención abierta, sobre todo en España, que en los eventos musicales.

En conjunto, la MDMA (en comprimidos y en polvo), la cocaína y la anfetamina fueron las tres drogas que se llevaron a analizar con más frecuencia, aunque con variaciones según los países. En Bélgica y Portugal raramente se entregó anfetamina para analizar, pero esta droga representa más del 25 % de las muestras entregadas en Italia y Austria. Las nuevas sustancias psicoactivas, sobre todo catinonas sintéticas, representan tan solo el 3 % del total de las drogas entregadas para su análisis, aunque algunas, como la 4-CMC y la 4-CEC (catinonas sintéticas) se encontraron ocasionalmente como adulterantes en las muestras presentadas como MDMA (gráfico 2.8).

Los datos de pureza obtenidos en ocho servicios de análisis de estupefacientes durante el primer semestre de 2018 confirman los informes recientes sobre el incremento de la disponibilidad de MDMA y cocaína de elevada pureza que se ha observado en los mercados de drogas de Europa occidental. La dosis media más elevada de MDMA en comprimidos se detectó en los servicios de análisis de estupefacientes de Bélgica (182 mg). Cinco servicios encontraron comprimidos concretos que

GRÁFICO 2.9

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



Nota: Se han notificado intervalos de edad distintos de 15-34 años por parte de Dinamarca, Reino Unido y Noruega (16-34), Suecia (17-34), Alemania, Francia, Grecia y Hungría (18-34).

contenían cantidades elevadas de MDMA (más de 250 mg). En general, las muestras presentadas a los servicios como MDMA raramente contenían algún principio activo inesperado, y el MDMA en polvo o en comprimidos representa menos del 10 % del total de muestras de MDMA analizadas. La cafeína es el adulterante más frecuente en estas muestras. Pese a los elevados niveles de pureza media de la cocaína (73 %), las muestras que se presentaron como cocaína estaban frecuentemente adulteradas con sustancias potencialmente nocivas, como el levamisol y la fenatecina, así como anestésicos locales como la lidocaína y la tetracaína. Entre todas las sustancias examinadas en los servicios de análisis de estupefacientes, las muestras presentadas como anfetamina eran las más adulteradas, con una pureza media del 34 %, y a menudo contenían elevados niveles de cafeína.

Anfetaminas: variación del consumo 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 se ha limitado históricamente a Chequia y, más recientemente, a Eslovaquia, aunque en los últimos años se han detectado aumentos del consumo en otros países. En algunos conjuntos de datos no es posible distinguir entre estas dos sustancias, y se utiliza el término genérico de anfetaminas.

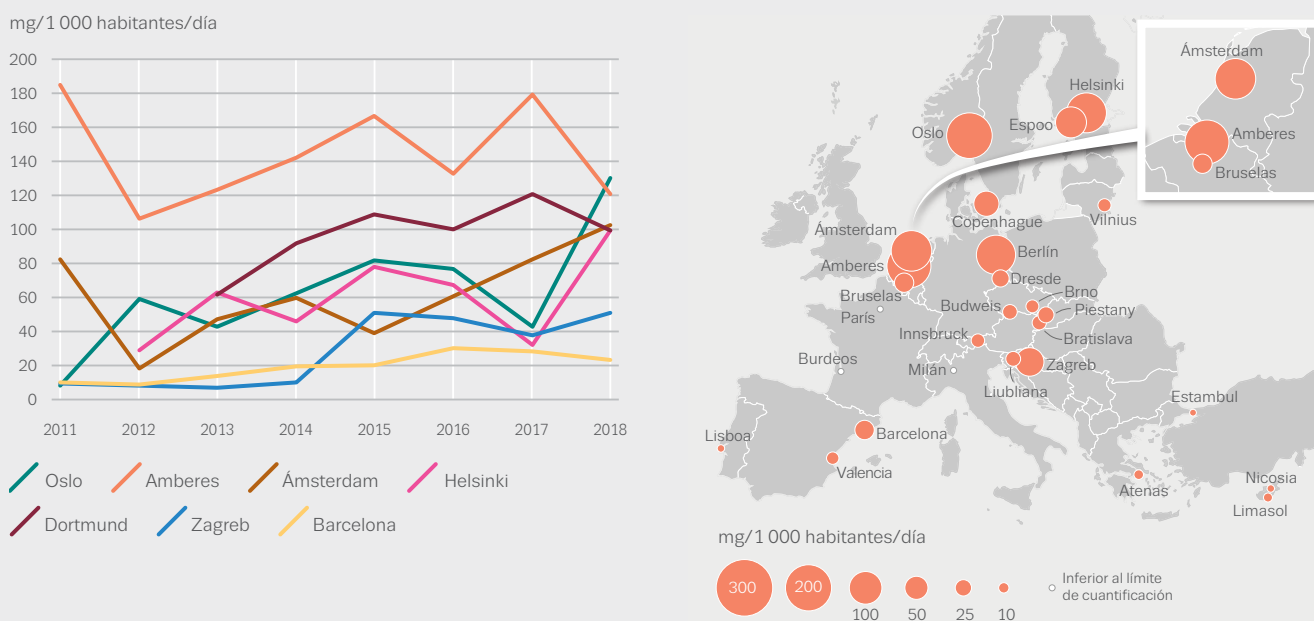
Ambas drogas pueden tomarse por vía oral o nasal; además, el consumo por vía parenteral es parte importante del problema de las drogas en algunos países. La metanfetamina también puede consumirse por inhalación del humo, pero esta vía de administración no suele notificarse en Europa.

Se estima que, en la Unión Europea, 12,4 millones de adultos (de 15 a 64 años), o el 3,7 % de este grupo de edad, han probado las anfetaminas en algún momento de su vida. Las cifras de consumo reciente entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años) indican que 1,3 millones (1,0 %) consumieron anfetaminas a lo largo del último año, y las estimaciones nacionales de prevalencia más recientes oscilan entre cero en Portugal y un 3,9 % en los Países Bajos (gráfico 2.9). Los datos disponibles indican que, desde principios de siglo, el consumo de anfetaminas se ha mantenido relativamente estable en la mayoría de los países europeos. De los países que han realizado nuevas encuestas desde 2016 y han notificado intervalos de confianza, ninguno notificó estimaciones más altas, ocho informaron de una tendencia estable, y tres comunicaron estimaciones más bajas que en la anterior encuesta comparable.

Solo en un pequeño número de países es posible realizar un análisis estadístico de las tendencias de la prevalencia del consumo de anfetaminas durante el último año entre adultos jóvenes. En Dinamarca, España y Reino Unido, las tendencias a largo plazo observadas son a la baja (gráfico 2.9). La cuarta encuesta comparable de los Países Bajos indica una tendencia al alza.

GRÁFICO 2.10

Residuos de anfetamina en las aguas residuales de 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 en cada año de 2011 a 2018.

Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

El análisis de las aguas residuales municipales realizado en 2018 detectó variaciones considerables de las concentraciones de anfetaminas en toda Europa y los niveles más elevados se observaron en ciudades del norte y el este de Europa (gráfico 2.10). En las ciudades del sur de Europa se detectaron niveles de anfetaminas muy inferiores.

De las treinta y ocho ciudades que disponen de datos relativos a 2017 y 2018, veintiuna notificaron un aumento; siete, una situación estable; y diez, un descenso. En conjunto, las ciudades que disponen de datos de 2011 hasta 2018 presentan un panorama diverso, pero las tendencias de la anfetamina se mantienen relativamente estables en la mayoría de ellas.

Por el contrario, el consumo de metanfetamina, en general bajo e históricamente limitado a Chequia y Eslovaquia, parece estar presente ahora también en Chipre, el este de Alemania, España y el norte de Europa (gráfico 2.11). En 2017 y 2018, de las cuarenta ciudades que disponían de datos sobre metanfetamina en las aguas residuales, cinco notificaron un aumento; veinte, una situación estable; y quince, un descenso.

Consumo de anfetaminas de alto riesgo: elevada demanda de tratamiento

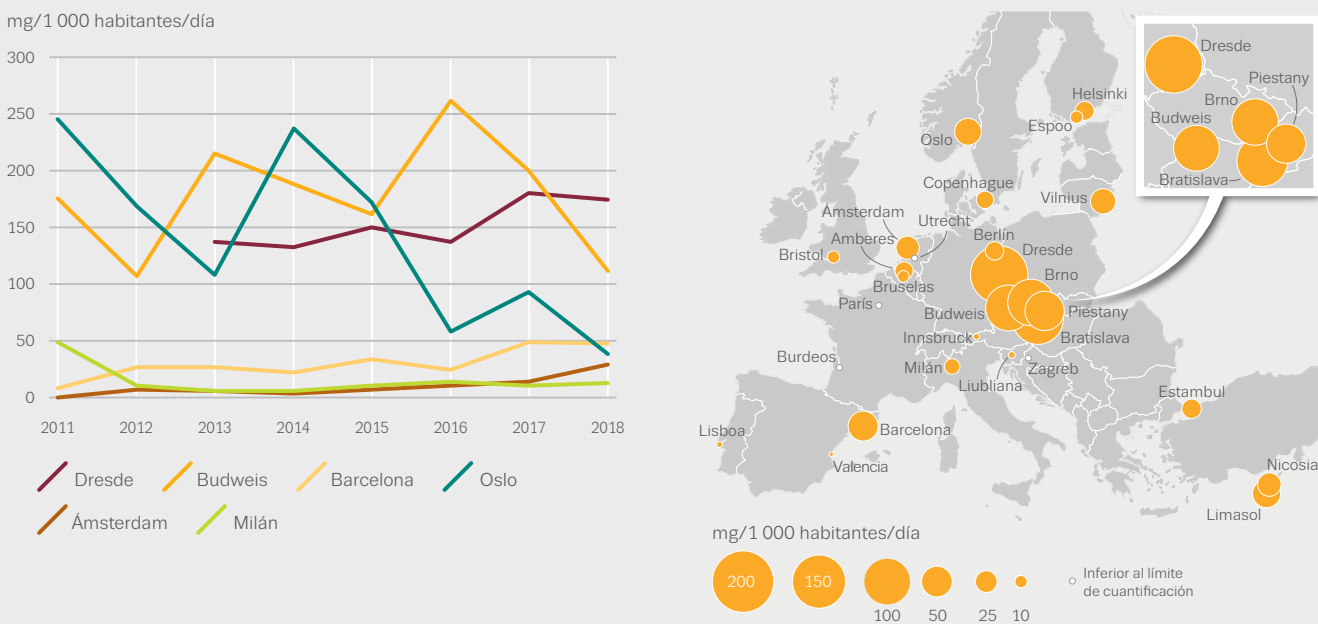
Los problemas relacionados con el consumo de anfetamina prolongado, crónico o por vía parenteral han

sido tradicionalmente más evidentes en los países del norte de Europa. Por otra parte, los problemas relacionados con la metanfetamina se han observado más claramente en Chequia y Eslovaquia. Según una estimación, en Alemania había en 2015 un 0,19 % o 102 000 adultos consumidores de anfetaminas de alto riesgo. Es probable que la mayoría de los 2 234 consumidores de estimulantes considerados de alto riesgo (0,18 %) en el informe presentado por Letonia en 2017, cifra que supone un descenso con respecto a los 6 540 (0,46 %) notificados en 2010, sean consumidores de anfetaminas. En Chequia, se estima que el 0,50 % de los adultos (34 700 personas de 15 a 64 años) tenía un consumo de metanfetamina de alto riesgo en 2017. Esto representa un incremento con respecto a los 20 900 consumidores de 2007, aunque las cifras se han mantenido relativamente estables en los últimos años. En Chipre se estima un porcentaje del 0,03 % o 176 consumidores en 2017.

En el conjunto de Europa, unos 30 000 consumidores que iniciaron tratamiento especializado por drogodependencia en 2017 citaron las anfetaminas como droga principal, y 12 000 de ellos recibían tratamiento por primera vez. Los consumidores de anfetamina como droga principal representan al menos el 15 % de los que inician tratamiento por primera vez en Alemania, Letonia, Polonia y Finlandia, y en Alemania se observa una tendencia al alza desde 2009. Los consumidores que inician tratamiento por consumo de metanfetamina como droga

GRÁFICO 2.11

Residuos de metanfetamina en las aguas residuales de 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 en cada año de 2011 a 2018. Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

principal se concentran en Chequia, Eslovaquia, Polonia y Turquía, que suman el 88 % de los 5 000 consumidores de esta droga que inician tratamiento especializado en Europa. Las anfetaminas son las drogas que presentan menor brecha de género, aunque las mujeres siguen representando tan solo una cuarta parte (26 %) de los pacientes por consumo de esta droga. Considerando la vía

de administración, el 14 % de los pacientes declara haber consumido anfetaminas por vía oral; el 65 %, por vía nasal; y el 9 %, por vía parenteral.

CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS QUE INICIAN TRATAMIENTO

Características

26% 74%



20 Edad media en el momento del primer consumo
30 Edad media al iniciar tratamiento por primera vez

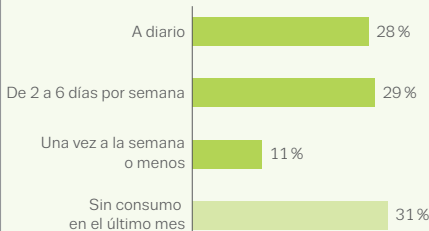
12 200 Personas que inician tratamiento por primera vez
42%



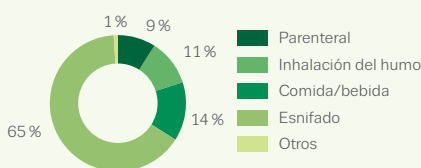
17 100 Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
58%

Frecuencia de consumo en el último mes

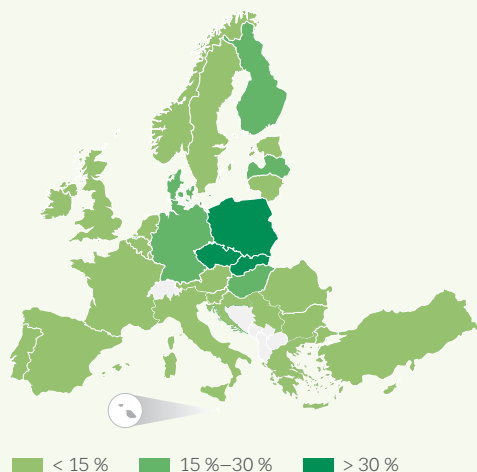
Consumo medio 4,3 días por semana



Vía de administración



Porcentaje de consumidores que inician tratamiento por primera vez en relación con todas las drogas (%)



Nota: Aparte del mapa, los datos se refieren al total de los consumidores que iniciaron tratamiento con las anfetaminas como droga principal. Los datos de Alemania, Suecia y Noruega se refieren a pacientes que citan un estimulante distinto de la cocaína como droga principal.

Ketamina, GHB y alucinógenos: el consumo sigue siendo bajo

En Europa, se consumen 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-butirolactona) se ha notificado entre subgrupos de consumidores de drogas de Europa durante las últimas dos 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 2017, Noruega notificó una prevalencia del consumo de GHB durante el último año del 0,1 % en adultos (de 16 a 64 años). En 2017, las estimaciones de prevalencia del consumo de ketamina durante el último año en adultos jóvenes (de 16 a 34 años) fueron del 0,6 % en Dinamarca y del 1,7 % 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. En relación con los adultos jóvenes (de 15 a 34 años), las encuestas nacionales recogen estimaciones de prevalencia del consumo de ambas sustancias durante el último año inferiores al 1 % en 2017 o en el año de la encuesta más reciente, con la excepción de los hongos alucinógenos en Finlandia (1,9 %) y los Países Bajos (1,6 %) y del LSD en Noruega (1,1 %) y Finlandia (1,3 %).

Nuevas sustancias psicoactivas: bajo consumo y descenso de las solicitudes de tratamiento

Desde 2011, más de la mitad de los países europeos han notificado estimaciones de consumo de nuevas sustancias psicoactivas (que no incluyen ni la ketamina ni el GHB) en sus encuestas de población general, aunque las diferencias en los métodos y en las preguntas de la encuesta limitan la comparación entre países. Entre los adultos jóvenes (de 15 a 34 años), la prevalencia del consumo de estas sustancias durante el último año oscila entre el 0,1 % de Noruega y el 3,2 %, según los últimos resultados obtenidos en los Países Bajos en 2016, con la 4-fluoroanfetamina (4FA) como sustancia más consumida. Se dispone de datos de la encuesta del Reino Unido (Inglaterra y Gales) sobre el consumo de mefedrona. En la encuesta más reciente (2017), se estimó que un 0,2 % de los adultos de 16 a 34 años consumió mefedrona durante el último año, cifra que supone un descenso con respecto

al 1,1 % de 2014/2015. En sus encuestas más recientes, las estimaciones de consumo de cannabinoides sintéticos entre las personas de 15 a 34 años de edad durante el último año oscilan entre el 0,1 % de los Países Bajos y el 1,5 % de Letonia.

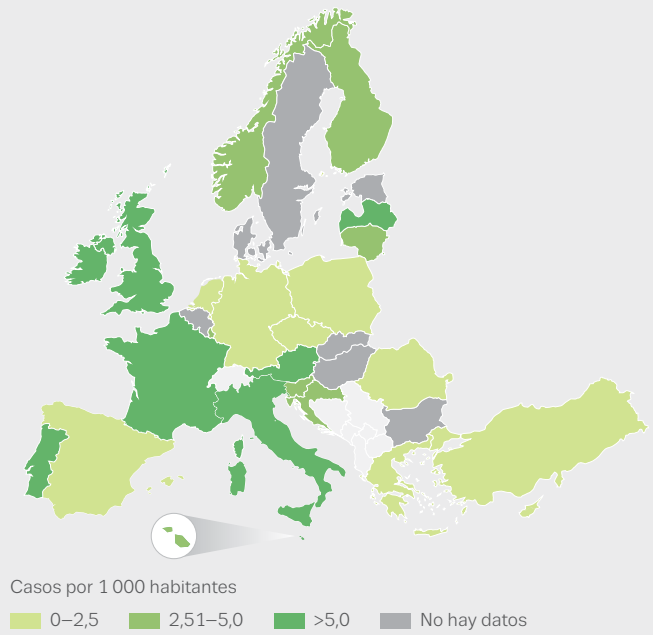
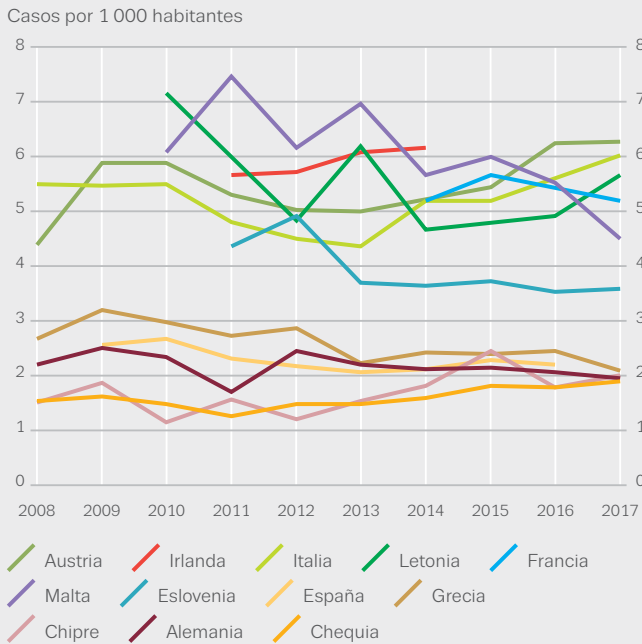
Aunque los niveles de consumo de nuevas sustancias psicoactivas en Europa son bajos en general, un estudio del EMCDDA de 2016 reveló que su uso por los consumidores de alto riesgo generaba problemas de salud en más de dos tercios de los países. En particular, el consumo de catinonas sintéticas por los consumidores de opioides y estimulantes por vía parenteral se ha vinculado a problemas sanitarios y sociales. Además, varios países europeos consideran problemático el consumo de cannabinoides sintéticos para fumar entre grupos marginados, como las personas sin hogar y la población reclusa.

En general, actualmente son pocas las personas que inician tratamiento en Europa por problemas relacionados con el consumo de nuevas sustancias psicoactivas. Sin embargo, estas sustancias son significativas en algunos países. Según los datos más recientes, el consumo de cannabinoides sintéticos es citado como principal razón para iniciar tratamiento especializado por drogodependencia por el 19 % de los pacientes en Turquía y el 6 % en Hungría. El 0,2 % de los consumidores que inician tratamiento en el Reino Unido cita problemas relacionados con el consumo de catinonas sintéticas como droga primaria. Sin embargo, los datos más recientes de estos tres países reflejan un descenso en el número de personas que inician tratamiento por nuevas sustancias psicoactivas.



GRÁFICO 2.12

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: la cifra de primeras admisiones por heroína baja en la mayoría de los países

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 ha identificado una cohorte envejecida de consumidores de opioides de alto riesgo, que probablemente haya estado en contacto regular o esporádico con servicios de tratamiento de sustitución y otros servicios.

La prevalencia del consumo de opioides de alto riesgo entre adultos (de 15 a 64 años) se sitúa en el 0,4 % de la población de la UE, que equivale a 1,3 millones de personas en 2017. A escala nacional, las estimaciones de prevalencia de este tipo de consumo varían entre menos de uno y más de ocho casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años. Los cinco países más poblados de la Unión Europea, que representan el 62 % de su población,

concentran las tres cuartas partes (77 %) de su cifra estimada de consumidores de opioides de alto riesgo (Alemania, España, Francia, Italia y Reino Unido). De los doce países que notificaron regularmente estimaciones de consumo de opioides de alto riesgo entre 2008 y 2017, Eslovenia, España, Grecia y Malta presentan un descenso estadísticamente significativo, mientras que Chequia e Irlanda (hasta 2014) muestran un incremento estadísticamente significativo (gráfico 2.12).

En 2017, el consumo de opioides era citado como principal razón para iniciar tratamiento especializado por 171 000 pacientes o el 35 % de todos los consumidores que iniciaron tratamiento en Europa. De este grupo, 32 000 personas iniciaron tratamiento por primera vez. Los consumidores de heroína como droga principal representaban el 78 % (20 500 pacientes) de los consumidores de opioides como droga principal que iniciaban tratamiento por primera vez, un descenso de 4 700 pacientes o un 17 % en comparación con el año anterior.

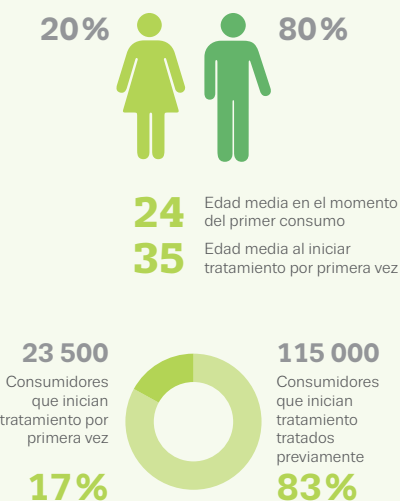
Según los datos de tendencias disponibles, la cifra de pacientes que iniciaron por primera vez un tratamiento por consumo de heroína se redujo a menos de la mitad desde su máximo histórico en 2007, llegando a marcar un mínimo histórico en 2013 antes de estabilizarse en los últimos años. Entre 2016 y 2017, el número de consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez por consumo de heroína como droga principal se redujo en dieciséis de los veintisiete países de los que se tienen datos.

Opioides sintéticos: se observan sustancias diversas en Europa

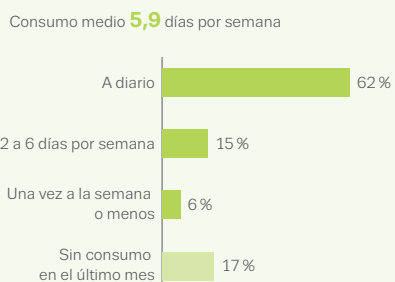
Aunque la heroína sigue siendo el opioide ilegal más consumido, diversas fuentes indican un aumento creciente del consumo abusivo de opioides sintéticos legales (como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo). Entre los opioides distintos de la heroína citados por los consumidores que inician tratamiento se encuentran la metadona, la buprenorfina, el fentanilo, la codeína, la morfina, el tramadol y la oxycodona. Estos opioides representan actualmente el 22 % del total de pacientes por consumo de opioides como droga primaria y, en algunos países, los opioides distintos de la heroína representan el tipo más frecuente de consumo de opioides entre los consumidores que inician tratamiento especializado. En 2017, diecinueve países europeos notificaron que más del 10 % de los consumidores de opioides que iniciaron un tratamiento especializado fueron admitidos por problemas relacionados principalmente con opioides distintos de la heroína (gráfico 2.13). En Estonia, la mayoría de los consumidores que iniciaron tratamiento y citaban un opioide como droga principal consumía fentanilo, mientras que la buprenorfina era el opioide más citado como droga principal entre quienes iniciaron tratamiento en Finlandia. El consumo abusivo de buprenorfina es citado por el 22 % de los pacientes en

CONSUMIDORES DE HEROÍNA QUE INICIAN TRATAMIENTO

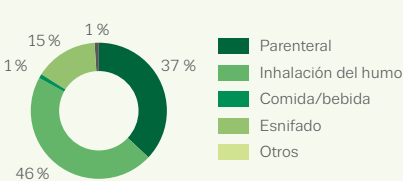
Características



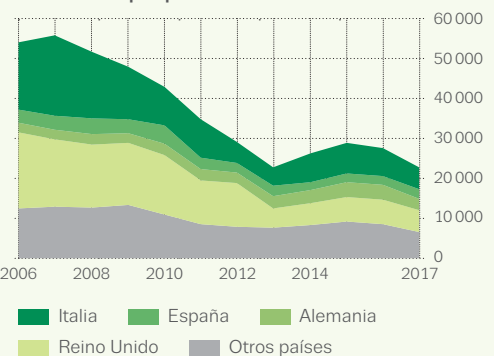
Frecuencia de consumo en el último mes



Vía de administración



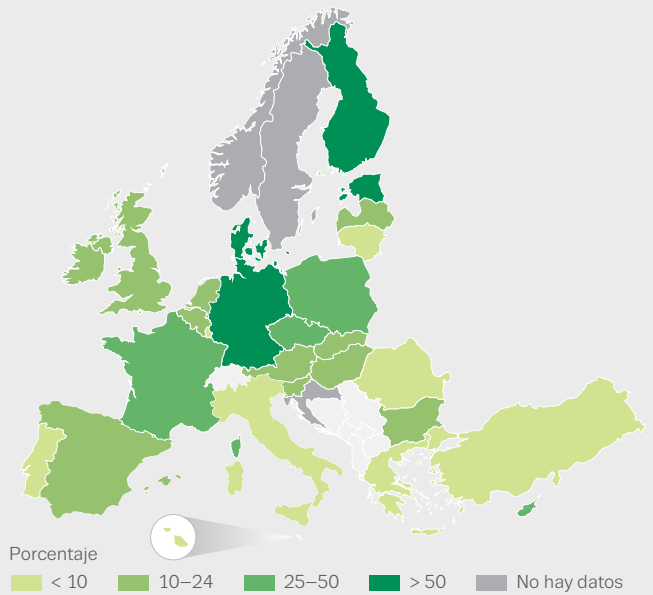
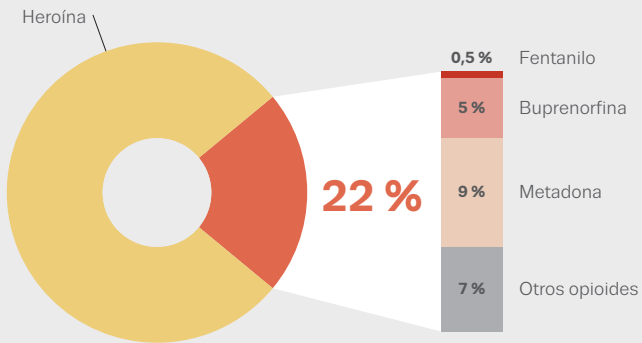
Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Nota: Aparte de las tendencias, los datos se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento con la heroína como droga principal. Los datos de Alemania corresponden a consumidores que inician tratamiento con «opioides» como droga principal. Las tendencias de los consumidores que inician tratamiento por primera vez se basan en datos de veinticuatro países. En el gráfico de tendencias se incluyen únicamente los países que disponen de datos de al menos once de los doce años. Los valores que faltan 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. Debido a cambios en el sistema de notificación, los totales de Alemania de 2017 son estimaciones basadas en los datos de 2016.

GRÁFICO 2.13

Consumidores que inician tratamiento que citan los opioides como droga principal: por tipo de opioide (izquierda) y porcentaje que citan opioides distintos de la heroína (derecha)



tratamiento por opioides en Chequia, mientras que el consumo abusivo de metadona es citado por el 33 % de este tipo de pacientes en Alemania y por el 19 % en Dinamarca. En Chipre y Polonia, entre el 20 y el 50 % de los pacientes admitidos por consumo de opioides inician tratamiento por problemas relacionados con el consumo de otros opioides, como la oxicodona (Chipre) y el «kompot», heroína elaborada con paja de adormidera (Polonia). Además, es posible que los consumidores que inician tratamiento por problemas relacionados con nuevas sustancias psicoactivas con efectos similares a los opioides se incluyan en el epígrafe general de opioides.

administrada por vía parenteral (véase el gráfico 2.14). La heroína es mencionada en doce de estos países, mientras que en Finlandia se cita la buprenorfina; y en Estonia, el fentanilo. Cuatro países citan estimulantes como principal droga administrada por vía parenteral, entre ellos las catinonas sintéticas (Hungría), la cocaína (Francia), la anfetamina (Letonia) y la metanfetamina (Chequia).

La administración por vía parenteral sigue disminuyendo entre los nuevos consumidores de heroína

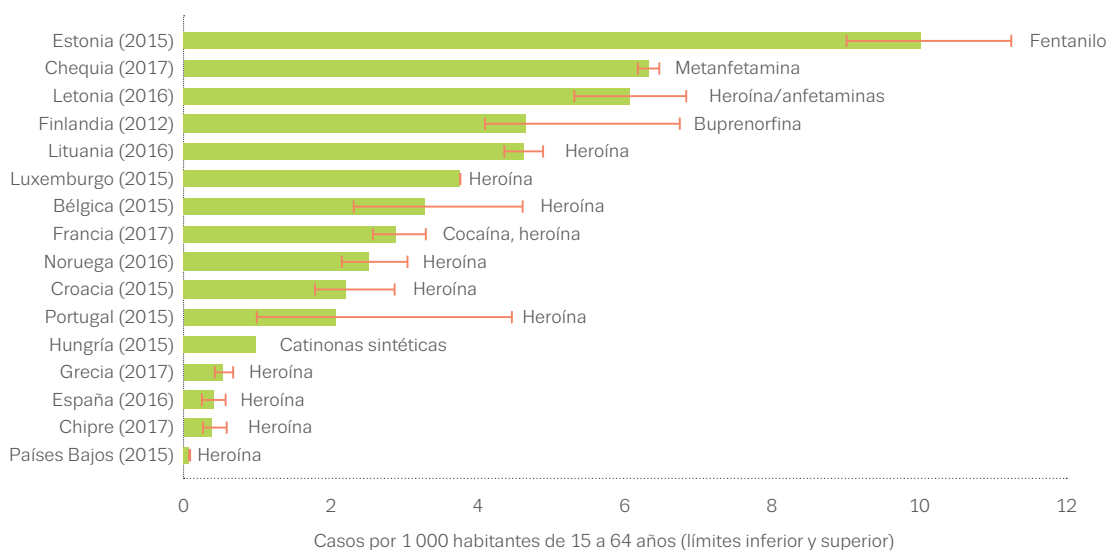
El consumo de drogas por vía parenteral suele asociarse a los opioides, aunque en algunos países también es frecuente con estimulantes como las anfetaminas o la cocaína.

Solo dieciséis países cuentan con estimaciones de prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral desde 2012, que oscilan entre menos de uno y más de diez casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años. En casi todos estos países es posible identificar con claridad la principal droga administrada por vía parenteral, aunque en otros hay dos drogas con niveles de consumo parecidamente elevados. En la mayoría (catorce) de los países, se cita un opioide como principal droga

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

GRÁFICO 2.14

Consumo de drogas por vía parenteral: estimaciones más recientes de prevalencia de consumo de cualquier droga por vía parenteral durante el último año y principal droga administrada por esta vía

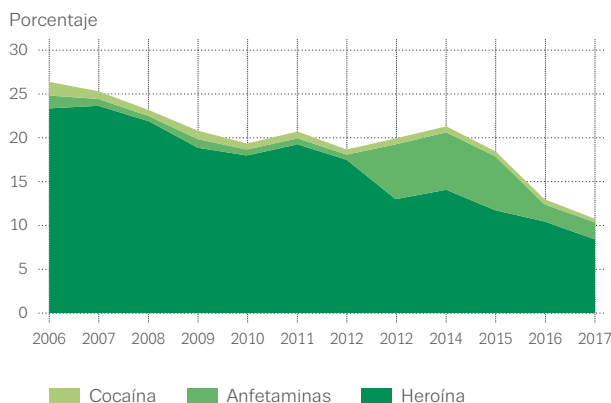


Entre los consumidores que iniciaron tratamiento especializado por primera vez en 2017 por consumo de heroína como droga principal, el 25 % señalaron la parenteral como principal vía de administración, lo que supone una reducción con respecto al 43 % de 2006. En este grupo, los niveles de administración por vía parenteral varían según los países, del 8 % en España al 90 % o más en Letonia. La parenteral es la principal vía de administración citada por menos del 1 % de los consumidores que inician su primer tratamiento por cocaína, y por el 9 % de las que inician su primer tratamiento por anfetaminas como droga principal. No obstante, el panorama general de las anfetaminas está influenciado por la situación de Chequia, donde residen más del 50 % de los nuevos consumidores de anfetaminas por vía parenteral en Europa. Si entre los consumidores que inician tratamiento por primera vez en Europa consideramos conjuntamente las tres principales drogas administradas por vía parenteral, el uso con carácter preferente de esta vía se redujo del 26 % en 2006 al 11 % en 2017 (gráfico 2.15).

Aunque la administración de catinonas sintéticas por vía parenteral no es un fenómeno muy extendido, continúa observándose en determinadas poblaciones, como los consumidores de opioides inyectables y los que iniciaron tratamientos por drogodependencias en algunos países, así como entre los pacientes 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.

GRÁFICO 2.15

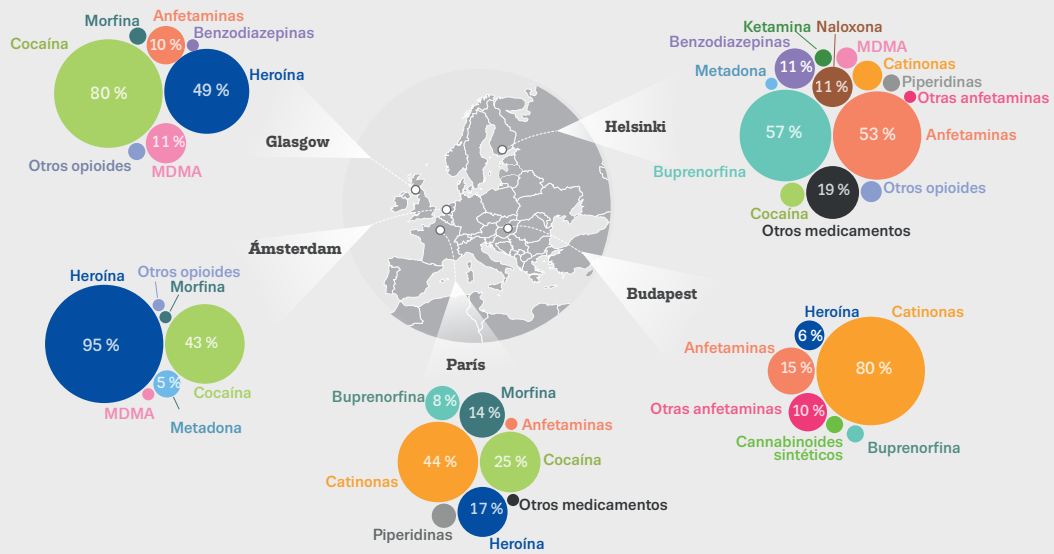
Consumo por vía parenteral entre los consumidores que inician tratamiento por primera vez con la heroína, la cocaína o las anfetaminas como droga principal: porcentaje que citan el consumo parenteral como principal vía de administración



Nota: Las tendencias se basan en los veintiún países que disponen de datos de al menos nueve de los once años.

GRÁFICO 2.16

Residuos de drogas en jeringuillas usadas en determinadas ciudades europeas



Nota: El área del círculo es proporcional al porcentaje de jeringuillas en cada lugar en el que se detectó la sustancia. Se puede detectar más de una sustancia en una sola jeringuilla. Estudio realizado en 2017.
Fuente: Red European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE).

Información obtenida de los datos de residuos de jeringuillas: frecuente detección de estimulantes

Los datos obtenidos de los tratamientos de las drogodependencias y las estimaciones de consumo de drogas de alto riesgo pueden complementarse con las conclusiones de la red European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE), que coteja la información sobre sustancias inyectadas analizando el contenido residual de las jeringuillas usadas. Las jeringuillas se recogieron en los contenedores de los dispensadores automáticos callejeros y en los servicios de reducción de daños de una red de cinco ciudades centinelas de la UE en 2017: Ámsterdam, Budapest, Glasgow, Helsinki y París. Se analizó el contenido de 1 288 jeringuillas usadas en cinco laboratorios.

Los resultados indican que las sustancias inyectadas varían según las ciudades y también en distintas zonas de cada ciudad (gráfico 2.16). Una elevada proporción de las jeringuillas recogidas en las cinco ciudades contenían estimulantes, que a menudo eran cocaína, anfetaminas y catinonas sintéticas. La mitad de las jeringuillas analizadas contenían dos o más drogas, y la combinación más frecuente era una mezcla de estimulante y opioide. Cuando se detectaron benzodiazepinas, fue a menudo en combinación con opioides.

La mitad de las jeringuillas analizadas contenían dos o más drogas

MÁS INFORMACIÓN

Publicaciones del EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

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

Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project, Rapid communications.

2018

Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends, Manuals.

Cannabis and driving: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Monitoring drug use in recreational settings across Europe: conceptual challenges and methodological innovations, Technical reports.

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, 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.

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

3

**Existen problemas de salud crónicos
y agudos asociados al consumo
de drogas ilegales**

Daños relacionados con las drogas y respuestas

El consumo de drogas ilegales está reconocido como un factor que contribuye a la carga de morbilidad global. Existen problemas de salud crónicos y agudos asociados al consumo de drogas ilegales, agravados por varios factores, como 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 morbilidad asociada al consumo de drogas. El consumo de drogas por vía parenteral incrementa 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.

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 los 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 la 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 morbilidad asociada a su consumo son 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 \(Acción contra las nuevas sustancias psicoactivas\)](#).

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 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 respuesta al consumo de drogas por vía parenteral y a los problemas relacionados, especialmente el contagio de enfermedades infecciosas y las muertes por sobredosis. Según vayan evolucionando los problemas con las drogas, será necesario adoptar y evaluar nuevos enfoques, algunos de los cuales se comentan a continuación.

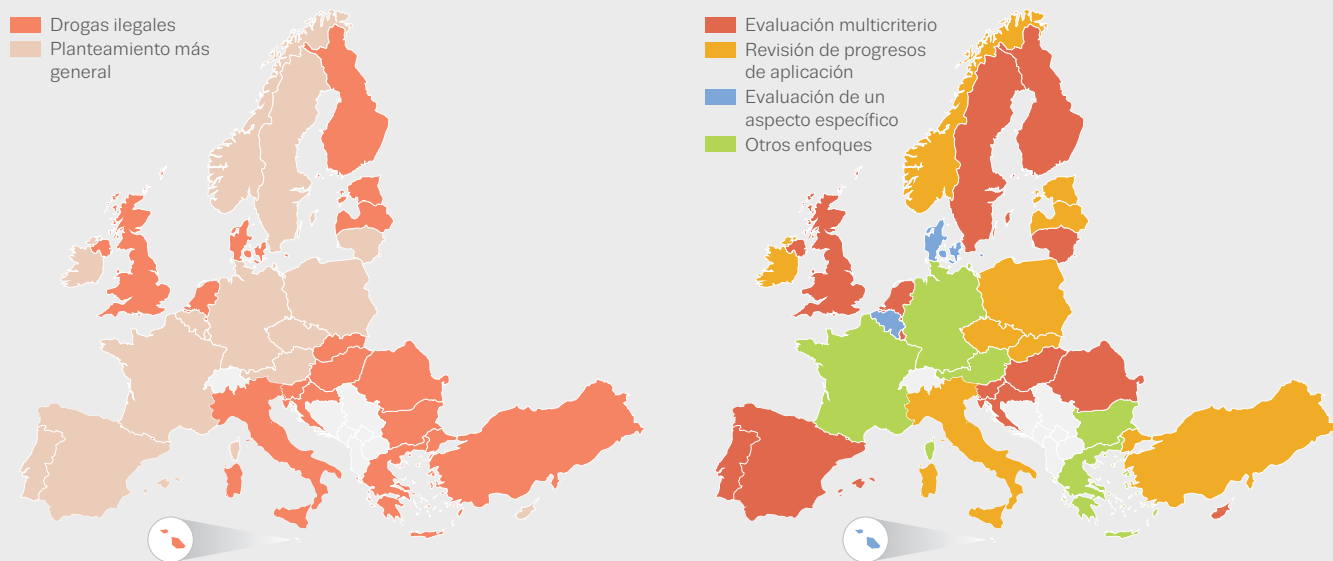
Estrategias en materia de drogas: enfoques de evaluación

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 catorce países, el enfoque político es más amplio y se consideran otras sustancias y conductas adictivas (véase el gráfico 3.1). Ahora bien, en el Reino Unido, las administraciones de Escocia, Gales e Irlanda del Norte con competencias transferidas cuentan con sendos documentos de estrategia general. Así pues, si se tienen en cuenta los tres tipos de documentos, el número total de estrategias generales en materia de lucha contra las drogas ilegales asciende a 17. 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 y ocho abordan las conductas adictivas (como los juegos de azar). Sea cual sea el enfoque, todas las estrategias

GRÁFICO 3.1

Foco de atención de los documentos de estrategia nacional en materia de drogas (izquierda) y método de evaluación (derecha) en 2018



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, Escocia, Gales e Irlanda del Norte cuentan con documentos de estrategia general que incluyen el consumo de alcohol.

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. 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.

Todos los países europeos evalúan sus estrategias nacionales sobre drogas, aunque para ello utilizan 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 2018, 2017 se notificó la realización reciente de trece 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 el gráfico 3.1). La tendencia al uso de estrategias más generales se está reflejando gradualmente en el uso de evaluaciones con un enfoque igualmente amplio. Actualmente, Francia, Luxemburgo, Suecia y Noruega han publicado evaluaciones de estrategias generales.

Prevenición del consumo de sustancias: enfoques ambientales

La prevención del consumo de drogas y de los problemas relacionados entre los jóvenes es un objetivo fundamental de las estrategias nacionales de Europa en materia de 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 estar en mayor riesgo de padecer problemas de consumo de drogas, y la prevención indicada se centra en las personas en situación de riesgo.

El modelo de prevención «islandés», que consiste en la aplicación sistemática de un conjunto de principios de prevención eficaces a escala poblacional, ha suscitado recientemente gran interés internacional. Este enfoque incluye un tiempo de ocio supervisado después del horario escolar, con acceso universal a actividades deportivas y culturales para la juventud, junto con un seguimiento parental y un horario límite de regreso a casa para los menores de 18 años. En Europa, el modelo islandés se ha implantado en algunos municipios de España, Países Bajos y Rumanía. Será necesaria una evaluación ulterior

para aclarar si el notable descenso en el consumo de sustancias observado en Islandia durante los diez últimos años, que se corresponde con el descenso en el consumo de sustancias por parte de los adolescentes de otros países europeos, está vinculado fundamentalmente a la estrategia de prevención del país y su regulación del alcohol, o si entran en juego otros factores importantes.

El modelo islandés se basa en un concepto de prevención ambiental que plantea que es posible cambiar comportamientos no deseados modificando los aspectos físicos, económicos y normativos del entorno que ofrecen o reducen las oportunidades para que dicho comportamiento se produzca. Esto, a su vez, puede hacer que se reduzca su aceptabilidad, normalidad y visibilidad. Algunas medidas pasan por regular la disponibilidad y el precio de las sustancias, reducir la cantidad servida en los consumiciones de alcohol y reducir la densidad de puntos de venta.

Los principios de prevención ambiental también son esenciales para el Good Behaviour Game (juego de buen comportamiento), un programa destinado a niños de la enseñanza primaria que ha demostrado tener efectos beneficiosos en algunos estudios. Está pensado para reducir comportamientos de riesgo utilizando incentivos conductuales grupales a fin de reforzar normas y costumbres positivas. A escala más general, se puede decir que el cambio de la consideración social y la reducción del consumo de tabaco en muchos países de la UE es un ejemplo de concepto de prevención ambiental aplicado.

La formación profesional parece ser importante para el éxito de estos conceptos de prevención. Una iniciativa reciente ha sido la creación del European Universal Prevention Curriculum (currículo de prevención universal europeo), basado en datos y normas internacionales, destinado a órganos de decisión y creadores de opinión regionales o locales. En 2018, este currículo se estaba implantando a cierta escala en un tercio de los Estados miembros de la UE.

**Todos los países europeos
evalúan sus estrategias
nacionales sobre drogas**

GRÁFICO 3.2

Gama de apps de M-Health según sus objetivos principales



Respuestas al consumo de drogas: nuevas tecnologías

Las intervenciones de prevención y tratamiento de las drogodependencias evolucionan constantemente, y crece el uso de novedosas soluciones digitales, que incluyen la aplicación de tecnologías informáticas. Las intervenciones digitales («apps») pueden basarse en diversos dispositivos, desde ordenadores de sobremesa hasta dispositivos móviles, especialmente teléfonos inteligentes. Estas apps de salud móvil o M-Health se utilizan con muy diversos fines, como la prevención del consumo de drogas, la reducción de daños, la divulgación digital a través de las redes sociales, el seguimiento y supervisión de pacientes, y la administración de tratamientos (gráfico 3.2). Algunas apps prestan asistencia práctica, por ejemplo, glosarios de terminología sobre drogas, información y asesoramiento. Un ejemplo innovador es el uso de la geolocalización para ayudar a los consumidores de drogas por vía parenteral a encontrar puntos de intercambio de agujas y jeringuillas. Otras utilizan técnicas de prevención eficaces, como las que abordan costumbres sociales, y cuestionan las percepciones erróneas que se generan en relación con el consumo de drogas en el círculo de amistades. Aunque ya existen muchas apps de M-Health a disposición del público, un reciente estudio del EMCDDA determinó que pocas habían sido sometidas a una evaluación científica, que no existían normas de calidad y que suscitaban preocupación en relación con la protección de datos.

También se investiga la aplicación de la tecnología de realidad virtual como medio terapéutico de exposición. Por medio de visores de realidad virtual, se están creando entornos realistas de inmersión en situaciones relacionadas con las drogas para inducir la ansiedad de consumo y enseñar a los pacientes técnicas para resistirla.

Tratamiento de las drogodependencias: predominan los servicios ambulatorios

El tratamiento sigue siendo la principal intervención utilizada con personas que experimentan problemas con su consumo de drogas, incluida la dependencia. Por tanto, uno de los principales objetivos de cualquier política debe ser garantizar un buen acceso a servicios de tratamiento adecuados.

En Europa, la mayoría de los tratamientos de las drogodependencias se prestan en régimen ambulatorio, con centros especializados que son los mayores proveedores por número de consumidores tratados (gráfico 3.3). Los centros de atención básica son los segundos que más se utilizan, seguidos de los centros de atención primaria y los centros de salud mental generales. Esta última categoría incluye a los 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 los países, como Polonia y Eslovenia, el tratamiento pasa por los centros ambulatorios de salud mental.

Una pequeña parte de los tratamientos de drogodependencias se prestan en régimen de internamiento, sobre todo, en centros hospitalarios residenciales (por ejemplo, hospitales psiquiátricos), pero también en comunidades terapéuticas y centros de tratamiento residenciales especializados. La importancia respectiva de la prestación ambulatoria y la hospitalaria en los sistemas de tratamiento nacionales varía enormemente de unos países a otros.

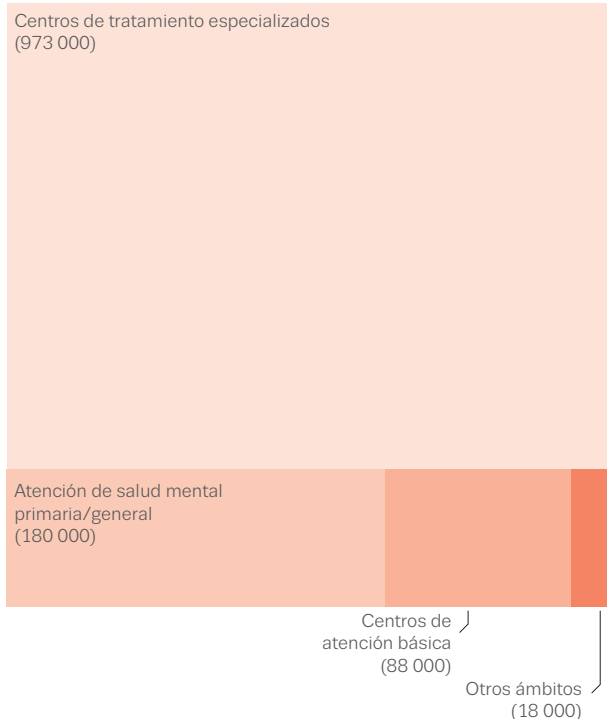
Acceso al tratamiento de las drogodependencias: la vía más frecuente es la iniciativa propia

Se estima que, en 2017, 1,2 millones de personas recibieron tratamiento por consumo de drogas ilegales en la UE (1,5 millones si se incluyen Noruega y Turquía). La

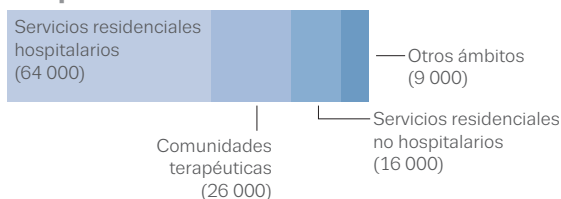
GRÁFICO 3.3

Número de pacientes que recibieron tratamiento de drogodependencia en Europa en 2017, por entorno

Régimen ambulatorio



Hospitalario



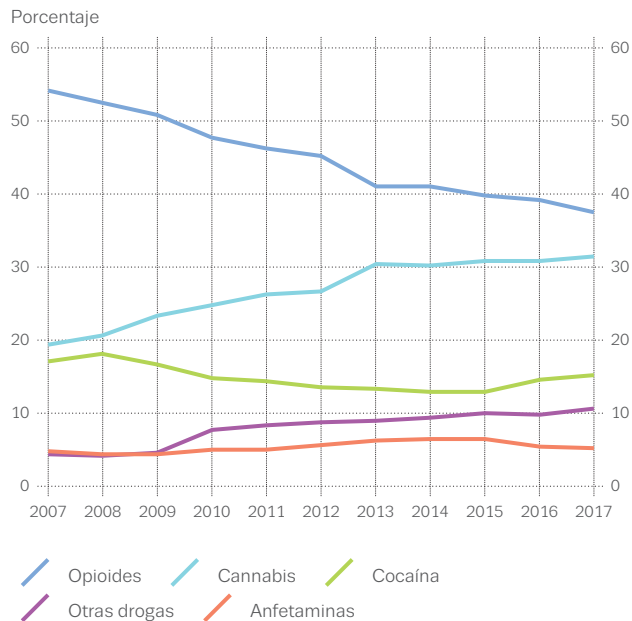
Centros penitenciarios



iniciativa propia sigue siendo la principal vía de acceso de los consumidores a los servicios de tratamiento especializado de las drogodependencias. Esta vía puede incluir la iniciativa de familiares o amigos y representa más de la mitad (54 %) de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado en Europa en 2017. Alrededor del 17 % de los pacientes fueron derivados por el sistema de justicia penal, mientras que el 15 % lo fueron por los servicios de salud, educación y sociales, incluidos otros centros de tratamiento. En algunos países, el sistema de justicia penal deriva a los delincuentes toxicómanos hacia programas de tratamiento de la drogodependencia, por ejemplo, a través de un mandato judicial para que se sometieran a tratamiento o de una suspensión de sentencia condicionada al tratamiento.

GRÁFICO 3.4

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

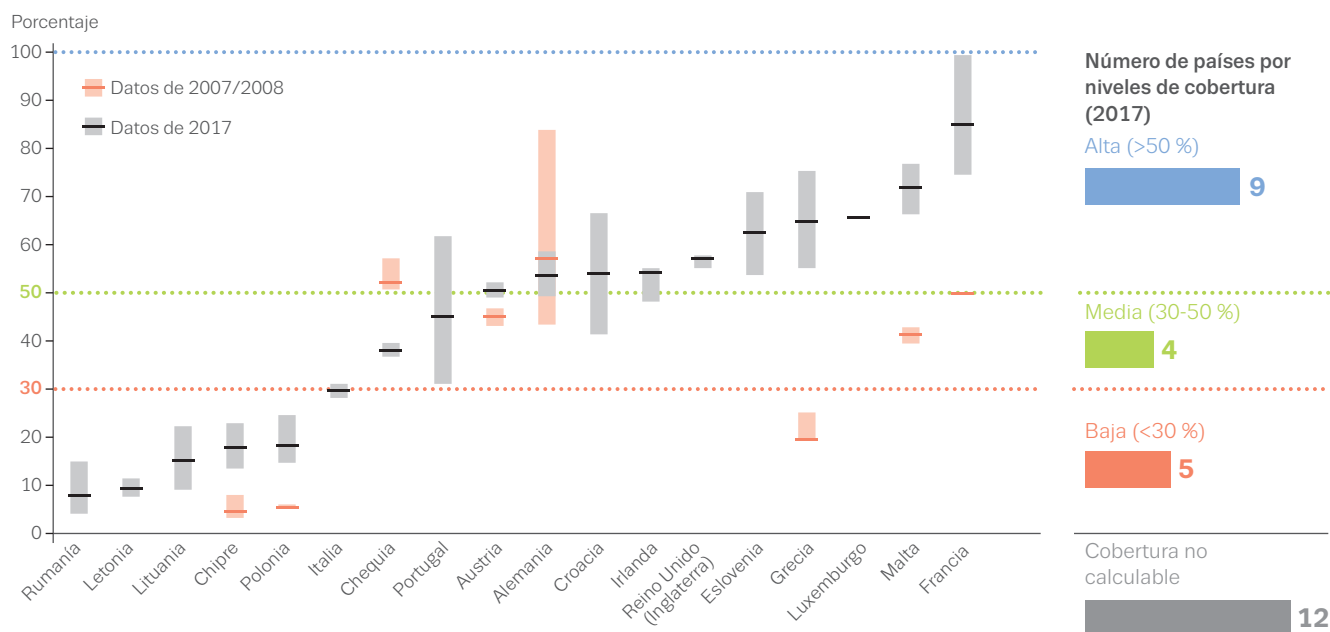


En 2017, en los países con más de cien personas derivadas a tratamiento desde el sistema de justicia penal, el porcentaje de pacientes que acceden al tratamiento por esta vía oscila entre menos del 5 % en Chequia, Grecia, Países Bajos y Polonia y el 70 % de Hungría. En general, los consumidores de cannabis como droga principal son quienes más probabilidades tienen de ser derivados a tratamiento por el sistema de justicia penal, mientras que los consumidores de opioides son quienes menos probabilidades tienen.

La trayectoria de los pacientes que se someten a tratamiento por consumo de drogas se suele caracterizar por el uso de una pluralidad de servicios, por las recaídas que les llevan a volver a iniciar tratamiento y por la distinta duración de las estancias. El grupo más numeroso de personas que inician y siguen un tratamiento especializado es el de los consumidores de opioides, que absorben la mayor cantidad de los recursos terapéuticos disponibles, principalmente en forma de tratamientos de sustitución. Los grupos de consumidores de cannabis y cocaína se sitúan en segundo y tercer lugar (gráfico 3.4). Los servicios que se ofrecen a estos clientes suele ser más diversos, pero se basan en alguna forma de intervención psicosocial. Los resultados de un análisis de datos de tratamientos especializados en diez países europeos entre 2014 y 2017 dan una idea de los itinerarios de tratamiento. De los 300 000 pacientes en tratamiento en estos países, más de la mitad había recibido tratamiento continuado durante más de un año, y muchos de ellos tenían problemas relacionados con el consumo de opioides, sobre todo, heroína. El resto inició tratamiento ese mismo

GRÁFICO 3.5

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 2007/2008



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

año. De estos últimos, el 16 % inició tratamiento por primera vez en su vida, mientras el 28 % ya había recibido tratamiento en algún momento anterior. Estos datos reflejan el carácter reincidente y prolongado en el tiempo de muchos trastornos relacionados con las drogas.

Tratamiento de sustitución de opioides: distintos niveles de cobertura

El tratamiento de sustitución, a menudo combinado con intervenciones psicosociales, es la modalidad terapéutica más frecuente para los casos de dependencia de los opioides. 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.

Se estima que 654 000 consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en la UE en 2017 (662 000 si incluimos a Noruega). Tras el descenso observado entre 2010 y 2015, el total de 2017 representa un incremento del 4 % con respecto al año anterior. Entre 2015 y 2017, se observó un incremento en 17 países, como por ejemplo Suecia (21 %), Rumanía (21 %) e Italia

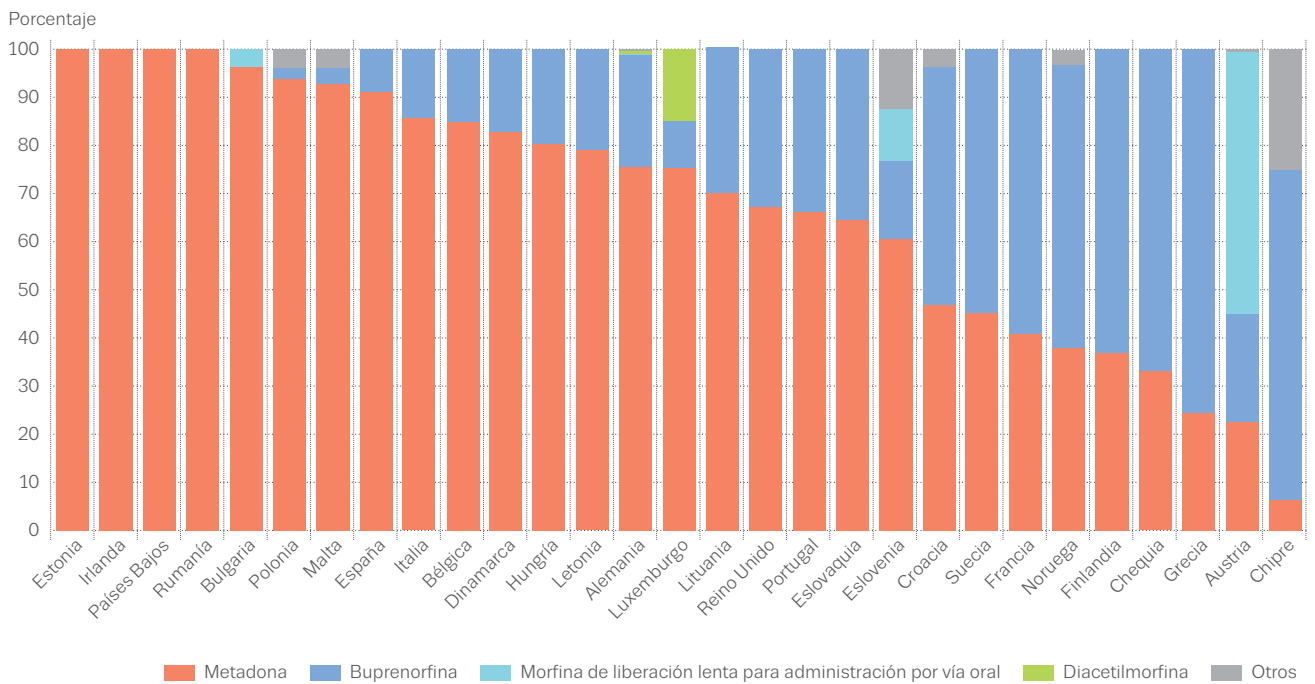
(16 %), mientras que nueve países notificaron descensos, como Lituania (18 %) y Chipre (17 %).

Una comparación con estimaciones recientes del número de consumidores de opioides de alto riesgo en Europa revela que la mitad reciben tratamiento de sustitución, si bien hay diferencias de cobertura entre países (gráfico 3.5) y algunos permanecen por debajo de los niveles recomendados. En conjunto, los países que disponen de datos desde 2007 o 2008 para establecer comparaciones, mostraron en general, un aumento de la cobertura

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 34 % de los consumidores reciben medicamentos a base de buprenorfina, el principal fármaco de sustitución en ocho países (gráfico 3.6). Se prescriben con mucha menos frecuencia otras sustancias, como la diacetilmorfina (heroína) o la morfina de liberación lenta, con el 3 % de los pacientes de sustitución en Europa. La cohorte europea de pacientes de sustitución ha envejecido: la mayoría de ellos tiene ya más de 40 años y normalmente recibe tratamiento durante más de dos años. Hay opciones de tratamiento alternativas para los consumidores de opioides en todos los países europeos, pero se utilizan con menos frecuencia. En los once países para los que se dispone de datos, entre el 2 % y el 17 % de los consumidores de opioides sometidos a tratamiento recibe intervenciones que no incluyen sustitución del opioide.

GRÁFICO 3.6

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



Nota: En los Países Bajos, aproximadamente al 10 % de los consumidores que reciben metadona también se les receta diacetilmorfina. En Finlandia, la buprenorfina incluye el medicamento por sí solo o combinado con naloxona. Los datos del Reino Unido corresponden a Gales únicamente.

CONSUMIDORES EN TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN DE OPIOIDES

Población

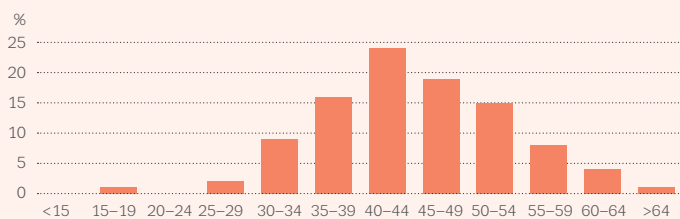
654 000 UE

662 000 UE + Noruega

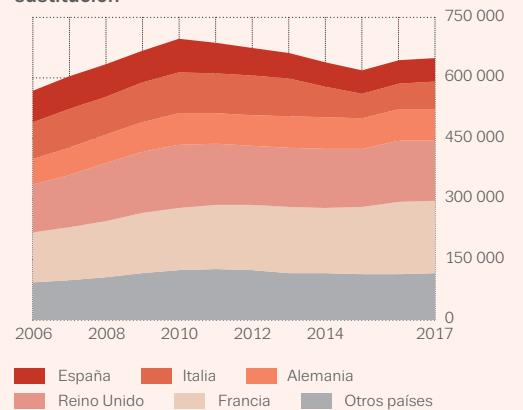
25% 75%



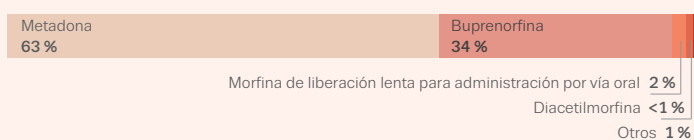
Distribución por edades



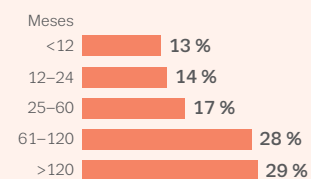
Tendencias del número de pacientes en tratamiento de sustitución



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 extrapolan de los años contiguos.

GRÁFICO 3.7

Respuestas a los problemas relacionados con las drogas: gastos y mecanismos de aplicación

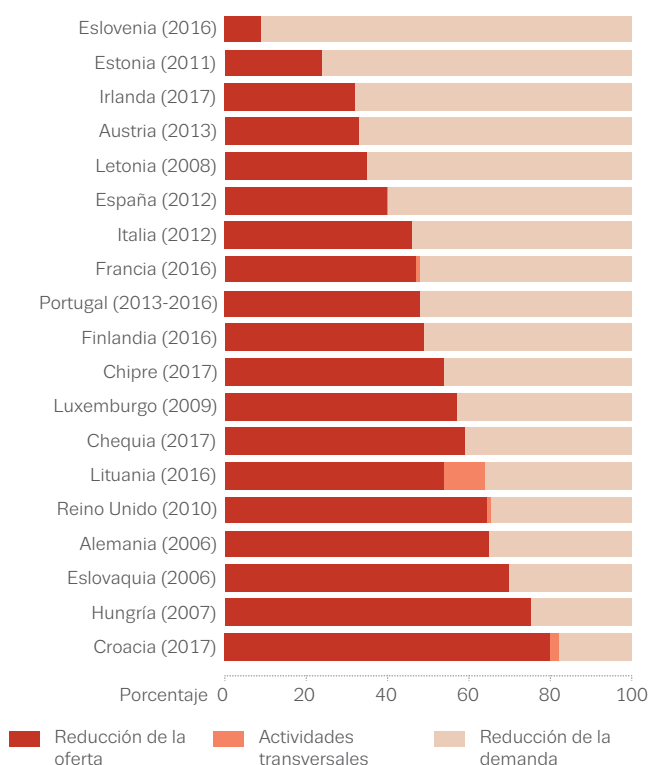
Es muy importante conocer los costes de las actuaciones en materia de drogas tanto para formular políticas como para evaluarlas. Sin embargo, la información disponible sobre el gasto público en materia de drogas en Europa, tanto a escala local como nacional, sigue siendo escasa y heterogénea. En los diez últimos años, veintiséis países han facilitado estimaciones de gasto público en materia de drogas. Dichas estimaciones oscilan entre el 0,01 % y el 0,5 % del producto interior bruto (PIB), y aproximadamente la mitad se encuentra entre el 0,05 y el 0,2 % del PIB.

Entre 2006 y 2017, diecinueve países facilitaron estimaciones de gasto en iniciativas de reducción de la demanda cifradas en porcentaje del gasto total en materia de drogas, que presentan importantes variaciones entre países, del 8 al 80 % (gráfico 3.7). Cuando se conoce, el gasto en tratamiento de las drogodependencias representa una parte importante del gasto estimado en reducción de la demanda.

Para ejecutar el programa correctamente hay que prestar atención, entre otras cosas, a los costes, las normas y la formación. El análisis de eficacia económica de las intervenciones de tratamiento de las drogodependencias puede contribuir a optimizar la asignación de recursos financieros. Pese a los costes que comportan el régimen ambulatorio y las prescripciones de fármacos para el tratamiento de la dependencia de opioides, los costes sanitarios totales son menores. Esto es debido a que los consumidores que reciben tratamiento hacen un uso menos frecuente de servicios de coste elevado como son las admisiones en urgencias y la hospitalización.

Un reciente estudio del EMCDDA determinó que al menos el 80 % de los países que presentan datos publica algún tipo de directrices para facilitar la aplicación de prácticas de reducción de la demanda, y el 60 % declara aplicar normas de calidad. El 70 % de los países declara contar con sistemas de acreditación que vinculan la autorización de la prestación del servicio en el marco de programas financiados con fondos públicos a la aplicación de normas de calidad. Además, la mayoría de los países declara disponer de formación para profesionales (80 %). Con menos frecuencia se declara la existencia de registros o inventarios basados en datos o programas de buenas prácticas, pero existen en una cuarta parte de los países. Un aspecto positivo en comparación con años anteriores es que se ha producido un importante incremento en el porcentaje de países que ahora declaran haber publicado directrices y normas de intervención y establecido algún tipo de sistema de acreditación para la prestación del

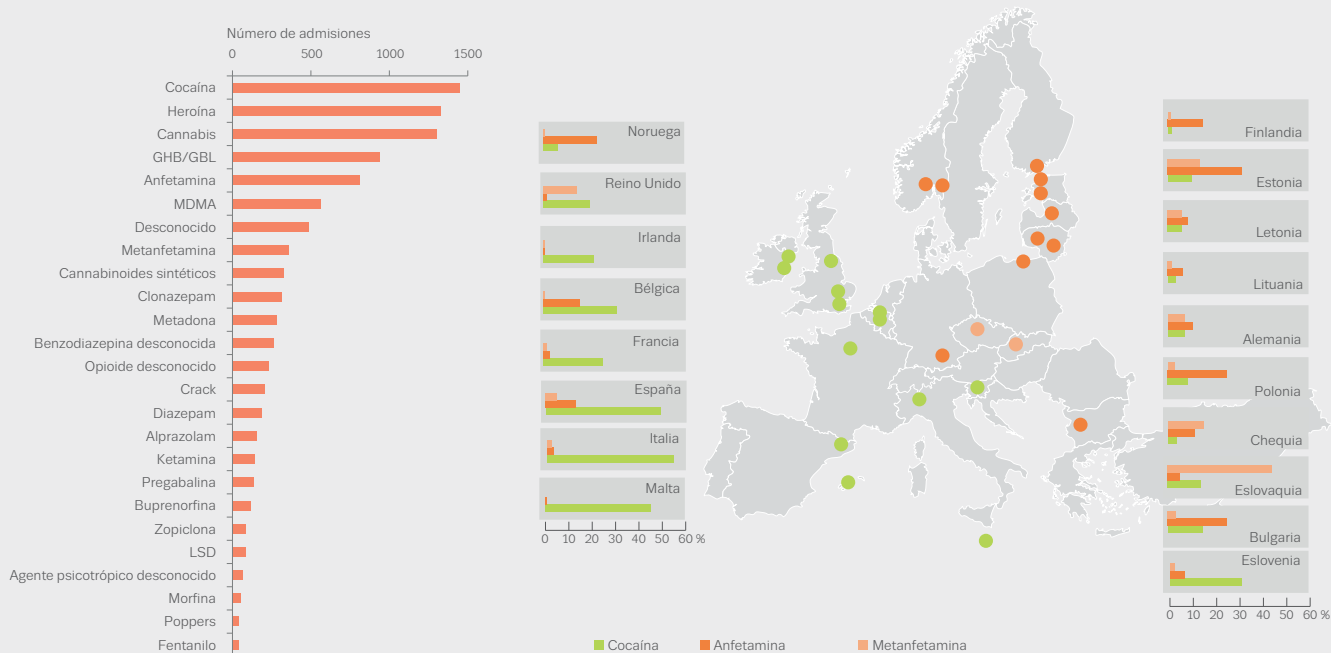
Gasto público en materia de drogas: desglose estimado entre reducción de la demanda y reducción de la oferta



servicio. En general, parece que aumentan las oportunidades de formación destinadas a profesionales que trabajan en el ámbito de las drogas, aunque se reconoce en general que sería beneficioso incrementar la inversión.

GRÁFICO 3.8

Las 25 drogas más citadas en admisiones en urgencias de hospitales centinela en 2017 (izquierda) y frecuencia de admisión por cocaína y anfetaminas (porcentaje de admisiones), agregadas por país (derecha)



Nota: Resultados de 7 267 admisiones en veintiséis hospitales (centinelas) de la red Euro-DEN Plus en dieciocho países europeos. Fuente: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

Daños agudos relacionados con las drogas: la cocaína aumenta y la heroína disminuye

Los datos de las urgencias hospitalarias ofrecen una perspectiva de los daños agudos causados por las drogas y de las repercusiones del consumo de drogas para la salud pública en Europa. La European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) supervisa las admisiones por toxicidad aguda relacionada con las drogas en veintiséis hospitales (centinelas) de dieciocho países europeos. En 2017, se registraron 7 267 admisiones hospitalarias, en su mayor parte de hombres (76 %). Casi tres cuartas partes de los casos fueron trasladados al hospital en ambulancia, y la mayoría (78 %) recibió el alta en un plazo de doce horas. Una pequeña minoría tuvo que ser ingresada en cuidados intensivos (6 %) o en psiquiatría (4 %). En esta muestra se registraron treinta fallecimientos, diecisiete de ellos relacionados con opioides.

La mayoría de las admisiones de 2017 tuvieron que ver con la cocaína, seguida de la heroína y el cannabis (gráfico 3.8). Casi una cuarta parte de las admisiones tuvo que ver con el uso abusivo de fármacos adquiridos con o sin receta (fundamentalmente benzodiazepinas y opioides), más del 10 % con GHB/GBL y el 4 % con nuevas sustancias psicoactivas.

Las diferencias entre las drogas presentes en las admisiones en urgencias de distintos centros parecen reflejar variaciones en el área de influencia del hospital y los patrones de uso locales. Por ejemplo, las urgencias por consumo de anfetaminas son más frecuentes en el norte y el este de Europa, mientras que en el sur y el oeste predominan las admisiones relacionadas con la cocaína.

GRÁFICO 3.9

La tendencia general de los quince centros que han facilitado datos del periodo 2014-2017 revela un descenso en el número de admisiones relacionadas con la heroína y un incremento de las relacionadas con la cocaína en polvo y el crack (gráfico 3.9). Durante este mismo periodo, se observa un descenso general de las admisiones relacionadas con catinonas sintéticas y un incremento de las relacionadas con cannabinoides sintéticos.

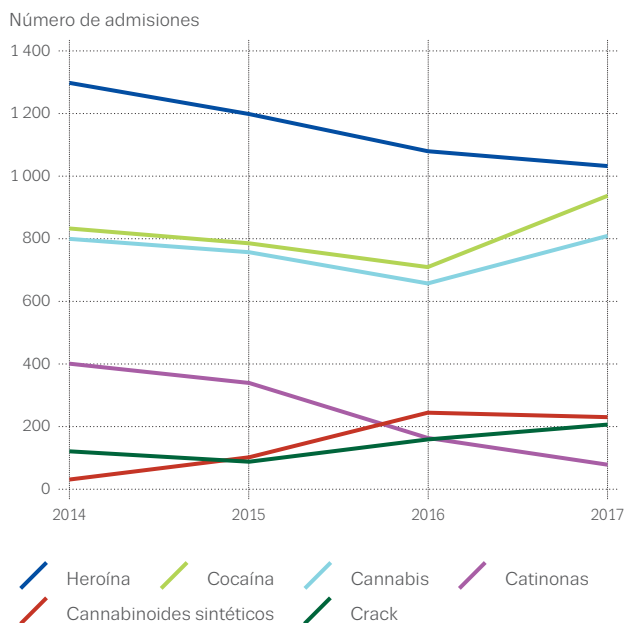
Solo un pequeño número de países vigila las urgencias agudas por drogas a escala nacional. Entre ellos, Chequia, Dinamarca, Eslovenia y Lituania registran una tendencia a la baja de las urgencias relacionadas con la heroína. Entre 2013 y 2017, Dinamarca notificó un incremento de las intoxicaciones por opioides distintos de la heroína y la metadona y una duplicación de los casos de intoxicación por cocaína. En España, casi la mitad de las urgencias por drogas notificadas en 2016 tuvo que ver con la cocaína, mientras que los informes de los centinelas regionales de los Países Bajos señalan un descenso de las urgencias relacionadas con la MDMA y el estimulante 4-fluoroanfetamina (4-FA) en los servicios de primeros auxilios entre 2016 y 2017. En los Países Bajos, casi un tercio de las solicitudes de ambulancias por causa de las drogas estaban relacionadas con el consumo de GHB.

Cocaína y crack: respuestas sanitarias

Existen intervenciones para tratar a los consumidores de cocaína y crack. En Europa tienden a ser intervenciones psicosociales, que incluyen terapia cognitiva y conductual, entrevistas motivacionales, intervenciones breves, gestión de contingencias y tratamiento farmacológico sintomático. Otras opciones de tratamiento que se exploran actualmente incluyen el uso de medicamentos estimulantes, como el modafinilo y la lisdexanfetamina, para reducir la ansiedad y los síntomas de abstinencia, así como una vacuna contra la cocaína para reducir los efectos euforizantes y gratificantes de esta droga.

Actualmente, los datos que sustentan la eficacia de las opciones de tratamiento de los problemas relacionados con la cocaína siguen siendo relativamente poco fiables, y este es un ámbito en el que hace falta más investigación y desarrollo. En este sentido, la disponibilidad de programas especializados para los consumidores de cocaína es limitada en Europa. Sin embargo, en respuesta al incremento de solicitudes de tratamiento por problemas relacionados con la cocaína, algunos países desarrollan intervenciones a medida, como, por ejemplo, programas que combinan sistemas de refuerzo en la comunidad con gestión de contingencias (Bélgica) y que adaptan los

Tendencias del número de admisiones en hospitales centinelas relacionadas con determinadas drogas



Nota: Datos de los quince hospitales centinelas Euro-DEN Plus que facilitaron datos cada año desde 2014 hasta 2017.
Fuente: Euro-Den Plus.

horarios de atención a las necesidades de los pacientes de cocaína (Luxemburgo y Austria).

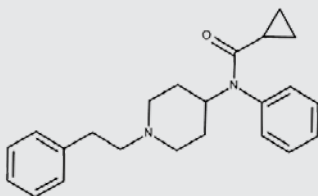
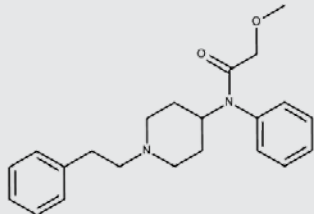
Algunos países también disponen de intervenciones de reducción de daños destinadas a consumidores de cocaína y crack, referidas a riesgos sanitarios relacionados con el consumo de cocaína por vía parenteral o de crack fumado y con conductas sexuales de riesgo. Es el caso de las salas de consumo supervisado de droga de Alemania, Dinamarca, Francia, Luxemburgo y Países Bajos, o el suministro de kits de consumo de crack (pipas y filtros en Francia y Portugal). Algunos países de la UE cuentan con servicios de análisis de estupefacientes destinados a reducir los riesgos asociados a la cocaína de gran pureza o adulterada.

Investigaciones conjuntas y evaluación de riesgos

En 2017, el Científico del EMCDDA evaluó formalmente los riesgos de nueve sustancias psicoactivas nuevas, incluidos cinco derivados del fentanilo (acriloilfentanilo, furanilfentanilo, 4-fluoroisobutirilfentanilo, tetrahydrofuranilfentanilo y carfentanilo). Desde entonces se han controlado a nivel internacional con arreglo a la Convención de las Naciones Unidas de 1961.

Después de las investigaciones sobre el ciclopropilfentanilo y el metoxiacetilfentanilo realizadas en 2017 por el EMCDDA y Europol conjuntamente, el EMCDDA realizó sendas evaluaciones formales de riesgos de estos dos derivados del fentanilo (implicados en más de 90 muertes) a lo largo de 2018 (cuadro 1). De acuerdo con los resultados de los informes de evaluación de riesgos, y a iniciativa de la Comisión Europea, el Consejo de la UE y el Parlamento Europeo decidieron someter estas dos sustancias a medidas de control en toda Europa.

Cuadro 1. Principales resultados de las evaluaciones de riesgos de dos derivados del fentanilo realizadas en 2018

Nombre común	Ciclopropilfentanilo	Metoxiacetilfentanilo
Denominación química	<i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-feniletil)piperidina-4-il]ciclopropanocarboxamida	2-metoxi- <i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-feniletil)piperidina-4-il]acetamida
Estructura química		
Notificación formal al Sistema de alerta temprana de la UE	4 de agosto de 2017	9 de diciembre de 2016
Informes de muertes relacionadas con el consumo	78	13
Número de países en los que se produjeron muertes relacionadas	3	4
Número de incautaciones por los cuerpos y fuerzas de seguridad	144	48
Número de países en los que se ha incautado (UE, Turquía y Noruega)	6	10
Cantidad total incautada	1,76 kg en polvo 772 ml en forma líquida 329 comprimidos	180 g en polvo 352 ml en forma líquida 119 comprimidos

Nuevas drogas: opioides sintéticos de gran potencia

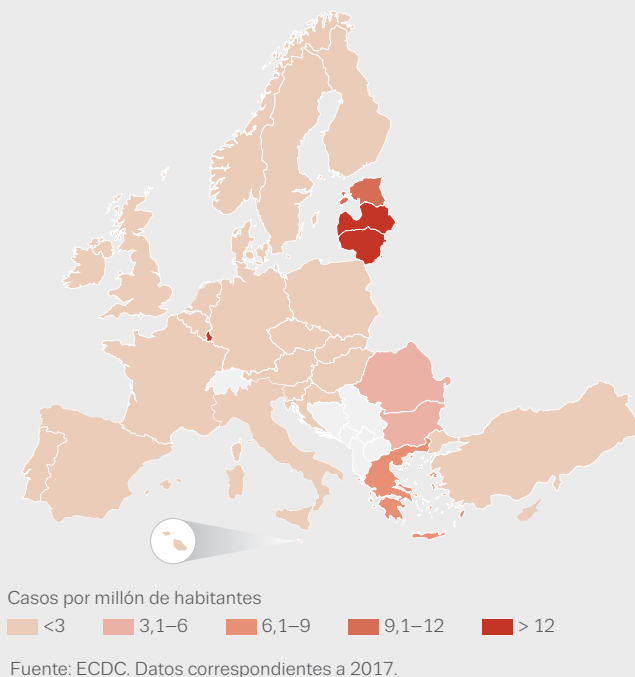
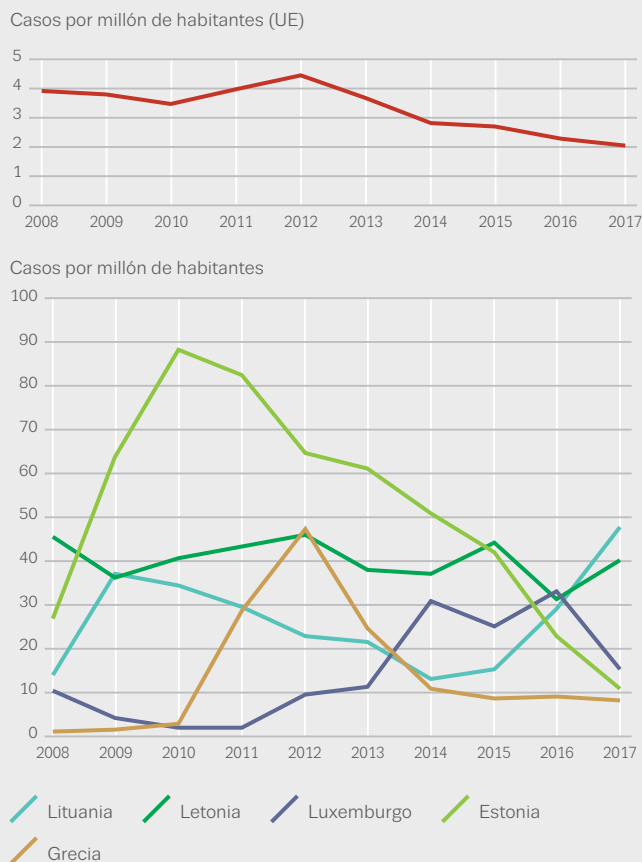
Las nuevas sustancias psicoactivas, como los opioides sintéticos, los cannabinoides sintéticos y las catinonas sintéticas, siguen asociándose en Europa a muertes e intoxicaciones agudas y, pese a adoptarse toda una serie de medidas nuevas en este ámbito, continúan desafiando las políticas vigentes sobre drogas.

Pese a su escasa presencia en el mercado de drogas europeo, los nuevos opioides suponen una grave amenaza para las personas y para la salud pública. Un motivo especial de preocupación son los derivados del fentanilo, que constituyen la mayoría de los nuevos opioides

notificados al EMCDDA. Estas sustancias pueden ser particularmente potentes, de modo que una cantidad minúscula es capaz de provocar una intoxicación mortal a causa de una depresión respiratoria rápida y severa. Entre los casos de sobredosis documentados hay personas que creían estar comprando heroína, otras drogas ilegales o calmantes para el dolor. Además del riesgo agudo de sobredosis, para el que puede estar indicada la administración de naloxona, los derivados del fentanilo entrañan un elevado riesgo de abuso y dependencia.

GRÁFICO 3.10

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



Daños crónicos relacionados con el consumo de drogas: brotes locales de VIH, diagnóstico tardío

Además de los riesgos que entraña el sexo sin protección, las personas que consumen drogas, especialmente si lo hacen por vía parenteral, corren el riesgo de contraer enfermedades infecciosas como las causadas por el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) si comparten el material que utilizan para consumir. En este sentido, la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral es mayor que en la población general.

En 2017, se notificaron en la Unión Europea 1 046 diagnósticos nuevos de VIH en personas infectadas por consumo de drogas por vía parenteral. El 83 % eran hombres, la mayoría por encima de 35 años, y representan el 5 % del total de 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 notificaciones de nuevos diagnósticos de infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral han bajado en la mayoría de los países europeos entre 2008 y 2017 (gráfico 3.10). Sin embargo, el consumo de drogas por vía parenteral sigue siendo un

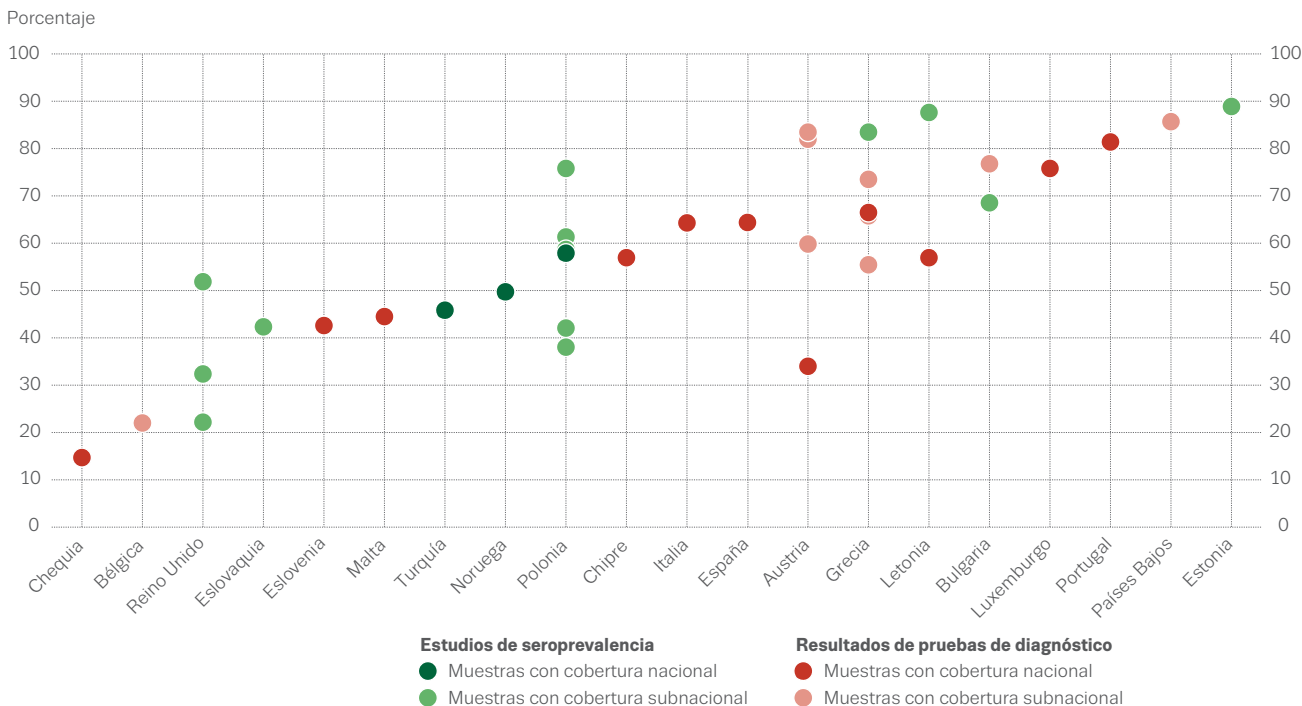
importante modo de transmisión en algunos países. En 2017, según los datos facilitados al Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, el consumo de drogas por vía parenteral se relacionó con el 62 % de los nuevos diagnósticos de VIH en Lituania y el 33 % en Letonia. Los estudios de seroprevalencia —basados en muestras de sangre— de consumidores de drogas por vía parenteral que se realizaron en Estonia, Letonia y Polonia en 2016-2017 determinaron que más del 10 % de las personas analizadas era seropositivo.

Se han documentado brotes de VIH localizados entre grupos marginados de consumidores de drogas por vía parenteral en Dublín (2014-2015), Luxemburgo (2014-2016), Múnich (2015-2016) y Glasgow (2015-2018). Los cuatro brotes se han asociado al consumo de estimulantes por vía parenteral.

De acuerdo con la información disponible, la mitad de los nuevos casos de VIH atribuidos al consumo de drogas por vía parenteral en la Unión Europea en 2017 se diagnosticaron de forma tardía, es decir, cuando el virus ya había comenzado a dañar el sistema inmunológico. El diagnóstico tardío del VIH se asocia a retrasos en el comienzo del tratamiento antirretrovírico y a una mayor

GRÁFICO 3.11

Prevalencia de anticuerpos del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral: estudios de seroprevalencia (SP) y resultados de pruebas de diagnóstico (PD) de cobertura nacional y subnacional, 2016-2017



morbimortalidad. La política de «diagnóstico y tratamiento» del VIH, conforme a la cual el tratamiento antirretrovírico comienza inmediatamente después del diagnóstico, puede reducir el contagio 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 brindan a las personas infectadas una esperanza de vida normal.

En 2017, el 14 % de los nuevos casos de sida notificados en la UE en los que se conoce la vía de transmisión se atribuyó al consumo de drogas por vía parenteral. Las 379 notificaciones de estos casos representan poco más de una cuarta parte de la cifra notificada hace diez años.

Prevalencia del virus de la hepatitis C: variación de las tendencias nacionales

Las hepatitis víricas, en particular la causada por el virus de la hepatitis C (VHC), tienen una elevada prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa. Por cada 100 personas infectadas por el VHC, entre 75 y 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

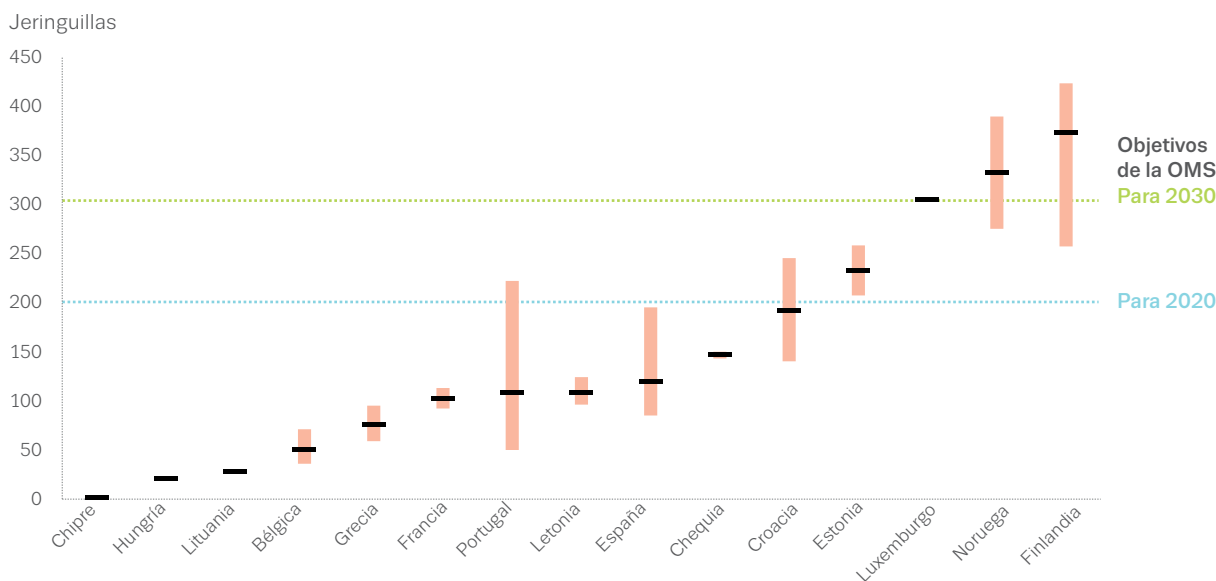
cirrosis y cáncer, entre los consumidores de drogas de alto riesgo de edad más avanzada.

Las estimaciones de prevalencia de anticuerpos del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral, que indican una infección presente o pasada, se han obtenido de estudios de seroprevalencia o de análisis de diagnóstico rutinarios ofrecidos por los servicios de atención a las drogodependencias. En el periodo de 2016-2017, la prevalencia de anticuerpos del VHC en las muestras nacionales obtenidas de consumidores de drogas por vía parenteral osciló entre el 15 % y el 82 %, y ocho de los catorce países que disponían de datos nacionales notificaron niveles superiores al 50 % (gráfico 3.11). En seis de los países que disponían de datos de tendencias nacionales relativos al periodo de 2011-2017, se observó una disminución de la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral, mientras que en otros tres se apreció un aumento.

Entre los consumidores de drogas por vía parenteral, la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es menos frecuente que la infección por VHC, pero sigue siendo mayor que en la población general, pese a la existencia de una vacuna eficaz. La presencia del antígeno de superficie del VHB es indicio de una infección activa que puede ser aguda o crónica. Se estima que, en los siete países que disponen de datos nacionales relativos al periodo de

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. Objetivos definidos en la Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas, 2016-2021, publicada por la OMS.

2016-2017, entre el 1 y el 9 % 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 Chequia y Alemania. En el Reino Unido, el número de casos notificados de infección por estreptococo del grupo A relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral ha aumentado desde 2013, y en Europa se siguen notificando casos de botulismo por herida.

Prevención de enfermedades infecciosas: disponibilidad variable de medidas eficaces

Se recomiendan una serie de medidas para reducir las enfermedades infecciosas en las personas que consumen drogas por vía parenteral, como el tratamiento de sustitución de opioides, la distribución de jeringuillas, agujas y otros equipos de inyección estériles, la vacunación, la realización de pruebas de diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis víricas y el VIH, así como intervenciones de promoción de la salud centradas en reducir el consumo por vía parenteral y las conductas sexuales de riesgo.

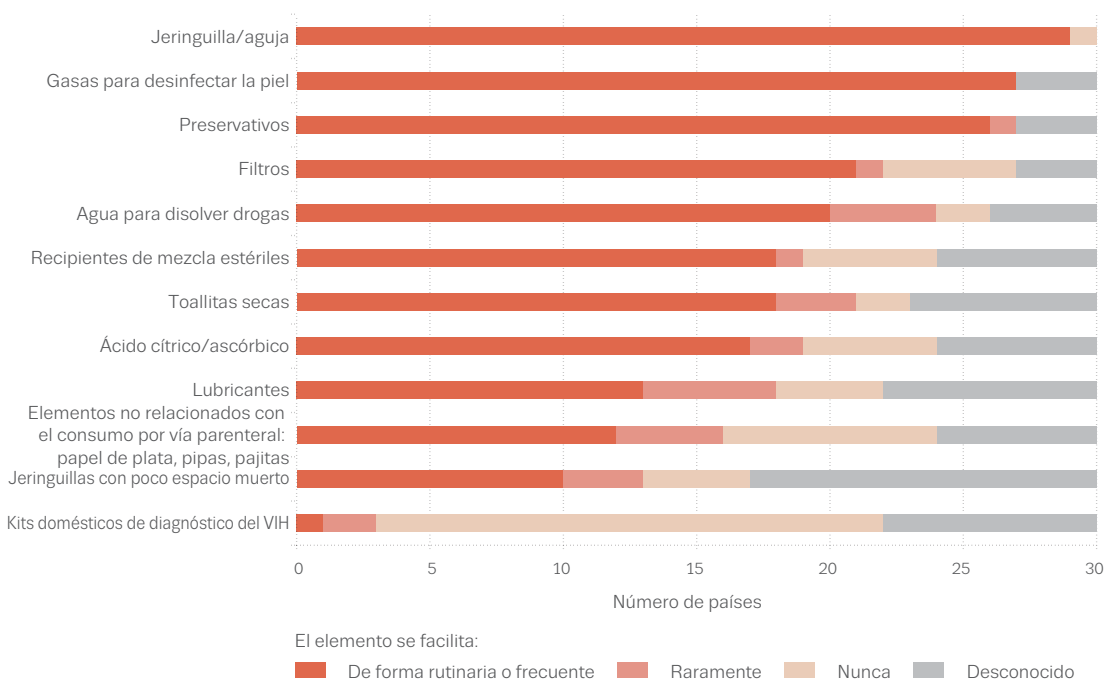
El tratamiento de sustitución reduce notablemente el riesgo de infección en los consumidores de opioides por

vía parenteral; algunos análisis indican un aumento de los efectos protectores cuando se combina un tratamiento de amplia cobertura 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 de distribución especializados. Veinticinco países han facilitado información sobre el suministro de jeringuillas a través de programas especializados, que en total distribuyeron más de cincuenta y tres millones de unidades en el año más reciente del que se tienen datos (2015/2017). Este número supone una importante subestimación, ya que muchos países grandes, como Alemania, Italia y el Reino Unido, no notifican datos nacionales completos sobre el suministro de jeringuillas. Además, en algunos países es posible comprar jeringuillas en las farmacias. No obstante, parecen existir grandes variaciones en la cobertura de los sistemas de distribución de jeringuillas en los quince países de los que se tienen datos, lo que impide efectuar comparaciones con las estimaciones recientes del número de personas que consumen drogas por vía parenteral (gráfico 3.12).

Además de jeringuillas y agujas estériles, los servicios de reducción de daños de muchos países suministran rutinaria o frecuentemente gasas para desinfectar la piel, agua para disolver drogas y recipientes de mezcla limpios (gráfico 3.13), mientras que no es tan común suministrar

GRÁFICO 3.13

Disponibilidad de equipamiento de consumo/sexo seguro en treinta países europeos



Nota: De acuerdo con opiniones de expertos.

elementos como papel de plata y pipas, que son ajenos al consumo por vía parenteral. Los kits domésticos de diagnóstico del VIH pueden ayudar a los consumidores de drogas por vía parenteral a diagnosticar la infección de forma temprana. Estos kits se pueden comprar en farmacias en un número cada vez mayor de países europeos y en algunos son suministrados por los servicios de reducción de daños.

Eliminación del VHC: mejorar el acceso a pruebas y tratamientos

Europa pretende eliminar la amenaza para la salud pública que representan las hepatitis víricas de acuerdo con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Para cumplir este objetivo, es fundamental facilitar el acceso de los consumidores de drogas por vía parenteral a medidas de prevención, pruebas de diagnóstico y tratamientos del VHB y del VHC. En 2018, diecisiete países de la UE y Noruega contaban con estrategias o planes de acción nacionales contra la hepatitis.

La analítica del VHC es clave para obtener acceso a la atención de la hepatitis y a tratamientos efectivos para las personas diagnosticadas, y es esencial para prevenir el contagio. Existen barreras de acceso a diagnósticos y tratamientos a nivel de sistema, proveedor del servicio y paciente, que pueden incluir factores como limitaciones económicas, un conocimiento deficiente de los

tratamientos para el VHC, y la estigmatización y marginalización de los consumidores de drogas. Hacen falta métodos innovadores para resolver estos problemas, y los servicios comunitarios para drogodependientes son esenciales para facilitar el diagnóstico de las personas que consumen drogas por vía parenteral y su derivación al sistema de atención.

Los expertos europeos recomiendan ofrecer sin demora el tratamiento contra el VHC a las personas con riesgo elevado de transmisión del virus, como la población reclusa y los consumidores de drogas por vía parenteral. Los nuevos tratamientos orales con antivíricos de acción directa pueden lograr la curación en el 95 % de los casos en un plazo de ocho a doce semanas. A raíz de la rebaja de los precios de estos medicamentos, crece el número de países europeos que ofrece actualmente acceso ilimitado a antivíricos de acción directa para todos los grupos de pacientes y para todos los genotipos del virus, sea cual sea la fase de infección.

Intervenciones en centros penitenciarios: la disponibilidad varía según los países

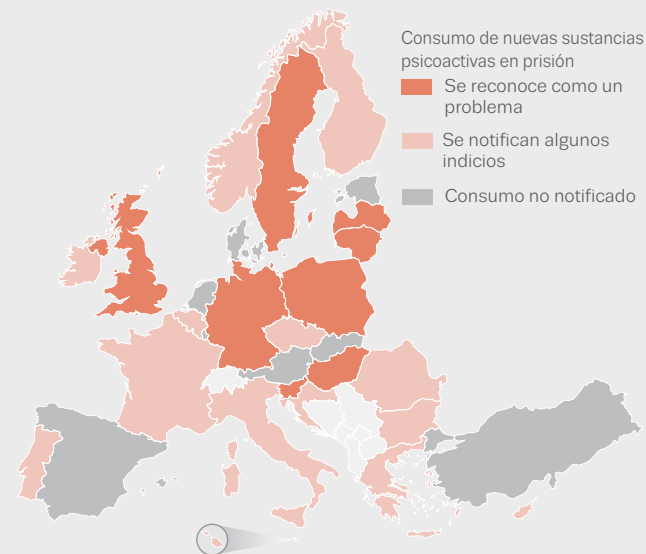
Los reclusos presentan tasas de consumo de drogas a lo largo de la vida más altas que la población general y pautas de consumo más peligrosas (incluida la administración por vía parenteral), lo que convierte a los centros penitenciarios en espacios fundamentales para las intervenciones relacionadas con las drogas. Un reciente estudio del EMCDDA detectó el consumo de nuevas sustancias psicoactivas en centros penitenciarios de veintidós países (gráfico 3.14), con los cannabinoides sintéticos como principal problema. Las nuevas sustancias psicoactivas se asocian a una gran variedad de daños para la salud física y mental, ya sea por intoxicación aguda o por consumo crónico. En Letonia, el consumo de nuevos opioides sintéticos en prisión se ha vinculado a incrementos de los casos de sobredosis, así como al consumo por vía parenteral y al uso compartido de jeringuillas.

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 se ha notificado en veinticuatro países, pero solo en cinco recibe el tratamiento más del 60 % de las personas que lo necesitan. 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 tres países existen programas de intercambio de jeringuillas en este entorno. Un análisis de prevalencia del VIH y del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral de diecisiete países europeos, que abarca el periodo de 2006 a 2017, detectó tasas de VIH y VHC notablemente superiores entre las personas que habían pasado por la cárcel.

La cobertura de las intervenciones de tratamiento que se ofrecen a la población reclusa varía considerablemente según el país, pero pueden incluir la desintoxicación, el asesoramiento individual y grupal, y el tratamiento en comunidades terapéuticas y en pabellones de internamiento especiales. Algunos países europeos han alcanzado acuerdos de colaboración interinstitucional entre los servicios de salud penitenciarios y los organismos responsables de esos servicios en la comunidad, con el fin de facilitar la aplicación de programas terapéuticos y de educación en 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

GRÁFICO 3.14

Consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre la población reclusa



Nota: De acuerdo con los informes de expertos nacionales.

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 que recuperan la libertad, en los que se enseña a los reclusos a reconocer y reaccionar a las sobredosis, y se les entrega naloxona una vez fuera de prisión.

En 2017, veintiocho países declararon permitir el tratamiento de sustitución de opioides en prisión; no obstante, su cobertura suele ser escasa. En veinticuatro países es posible iniciar el tratamiento de sustitución de opioides en prisión, y en cinco solo se contempla la opción de continuarlo si ya se había iniciado antes de su ingreso.

Los reclusos presentan tasas de consumo de drogas a lo largo de la vida más altas que la población general, así como pautas de consumo más peligrosas

Sobredosis: una causa de muerte importante en los consumidores de drogas de alto riesgo

El consumo de drogas es una causa reconocida de mortalidad evitable entre los adultos europeos. En Europa, en términos generales, los consumidores de opioides tienen una probabilidad entre cinco y diez veces mayor de morir que las demás personas de su edad y sexo. La importancia de reducir la mortalidad por sobredosis entre los consumidores de opioides está ampliamente reconocida. Sin embargo, otras causas de muerte indirectamente relacionadas con el consumo de drogas, como infecciones, accidentes o hechos violentos, incluido el homicidio y el suicidio, son también importantes factores de mortalidad en este grupo. Son frecuentes las enfermedades pulmonares y hepatopatías crónicas, así como los problemas cardiovasculares, y el porcentaje de muertes por estos motivos es mayor entre los consumidores crónicos y de más edad.

Es necesaria cierta precaución al interpretar los datos de sobredosis, en especial el total acumulado de la UE. Esto se debe a que algunos países notifican sistemáticamente datos incompletos, a las diferencias en los procedimientos de examen toxicológico y a la utilización de procesos de registro que pueden provocar retrasos en la comunicación de la información. Por lo tanto, las estimaciones anuales representan un valor mínimo provisional.

Se calcula que, en 2017, se produjeron en la UE al menos 8 238 muertes por sobredosis asociadas a una o varias drogas ilegales. Esta estimación asciende a 9 461 muertes si se incluyen Noruega y Turquía, lo que representa una situación estable en relación con la cifra estimada revisada de 9 397 en 2016. El total general de la UE también se mantiene estable con respecto a 2016. Al igual que en años anteriores, el Reino Unido (34 %) y Alemania (13 %) suman casi la mitad de las muertes por sobredosis notificadas en la UE, Noruega y Turquía. Esta cifra ha de interpretarse considerando el tamaño de las poblaciones en situación de riesgo en estos países, pero también el hecho de que algunos países notifican datos incompletos.

Más de tres cuartas partes de las personas muertas por sobredosis son hombres (78 %). La edad media en el momento de la muerte sigue aumentando, situándose en 39,4 años en 2017, si bien los hombres son dos años más jóvenes que las mujeres. Esto es reflejo del envejecimiento de la población consumidora de opioides en Europa, que están en mayor riesgo de muerte por sobredosis. En algunos países, parte de los casos relacionados con el consumo de opioides pueden tener que ver con muertes que se producen en el contexto del tratamiento del dolor a largo plazo.

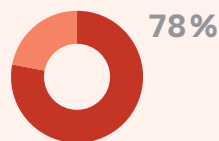
MUERTES INDUCIDAS POR DROGAS

Características

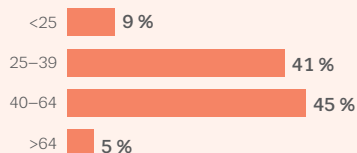


Edad media en el momento de la muerte **39** años

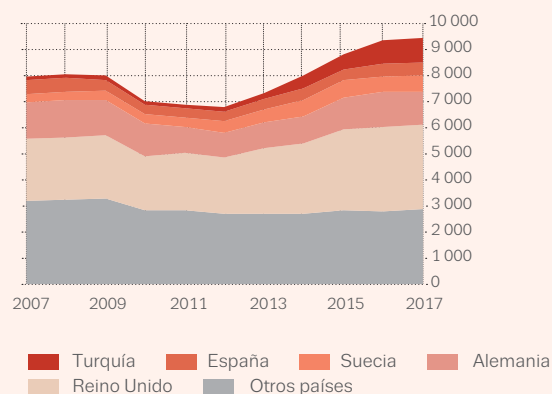
Muertes con presencia de opioides



Edad en el momento de la muerte



Tendencias en las muertes por sobredosis



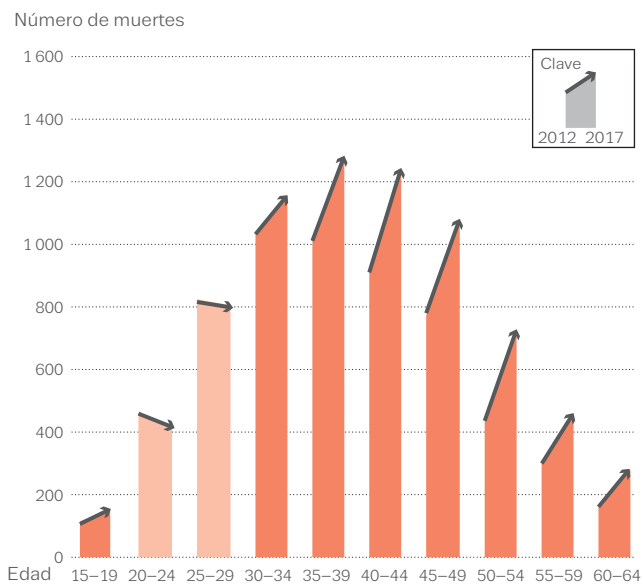
Número de muertes

8 238 UE **9 461** UE + 2

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

GRÁFICO 3.15

Número de muertes inducidas por drogas notificadas en la Unión Europea en 2012 y 2017, o en el año más reciente, por intervalo de edad



Entre 2012 y 2017, las muertes por sobredosis en la UE aumentaron en todas las categorías de edades por encima de 30 años (gráfico 3.15). Las muertes entre los grupos mayores de 50 años aumentaron un 62 % en total, mientras que las muertes entre los grupos más jóvenes se han mantenido en general estables. El análisis de las

sobredosis mortales notificado por Turquía en 2017 revela un perfil más joven que la media de la UE, con un promedio de 32 años (gráfico 3.16).

Mortalidad inducida por drogas: tasas por encima de la media en el norte de Europa

En 2017, la tasa de mortalidad por sobredosis en Europa se estimó en 22,6 muertes por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad. Esta tasa es casi cuatro veces más alta en los hombres (35,8 casos por millón de hombres) que en las mujeres (9,3 casos por millón de mujeres). Las tasas y tendencias de mortalidad nacionales varían considerablemente (gráfico 3.17) y muestran la influencia de factores como la prevalencia y las pautas de consumo (especialmente de opioides por vía parenteral), factores de riesgo y protección (como la disponibilidad de tratamiento), así como las prácticas nacionales de presentación de informes y de recogida y codificación de información sobre los casos de sobredosis (que incluyen niveles variables de notificación de datos incompletos) en las bases de datos de mortalidad nacionales. Conforme a los últimos datos disponibles, ocho países del norte de Europa notificaron una tasa de más de 40 muertes por millón de habitantes, registrándose las cifras más altas en Estonia (130 por millón) y Suecia (92 por millón) (gráfico 3.17).

GRÁFICO 3.16

Distribución de las muertes inducidas por drogas notificadas 2017, o en el año más reciente, por intervalo de 10 años de edad

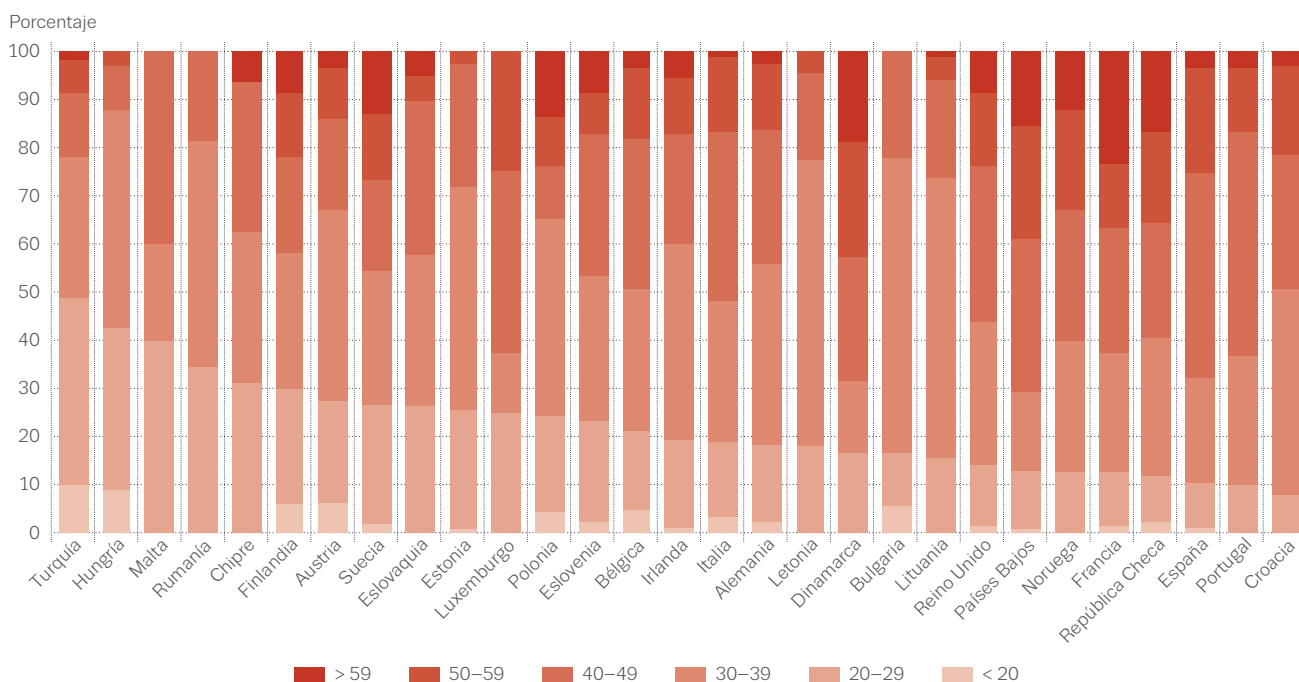
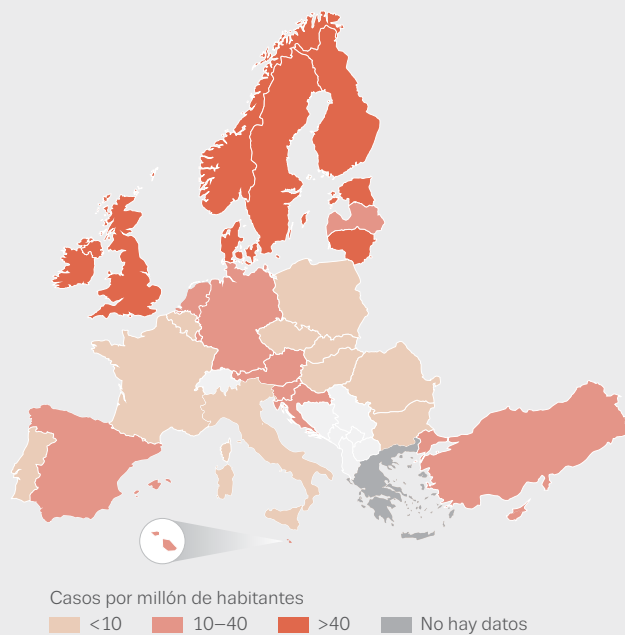
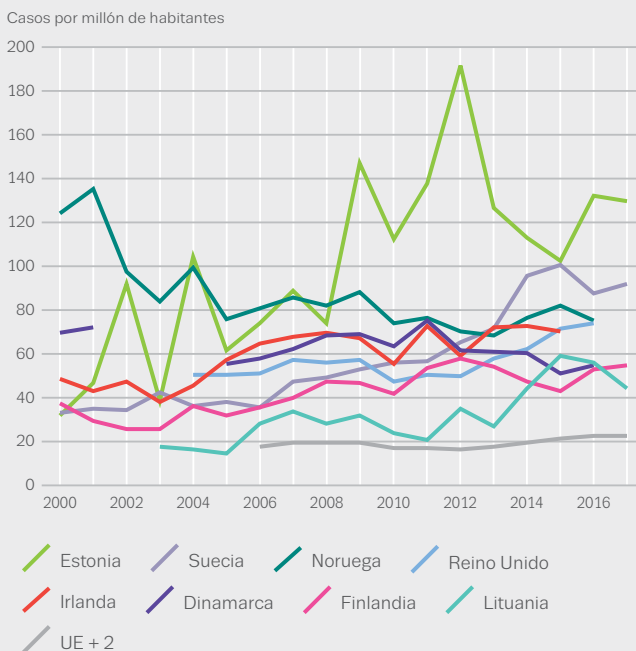


GRÁFICO 3.17

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



Nota: Tendencias en los ocho países que notificaron los valores más altos en 2017 o 2016 y tendencia general europea. UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE más Turquía y Noruega.

Sobredosis mortales: la mayoría de las muertes están relacionadas con el consumo de opioides

En la mayoría de las sobredosis mortales notificadas en Europa aparecen sustancias opioides, principalmente heroína o sus metabolitos, a menudo en combinación con otras sustancias. Los datos más recientes indican un incremento del número de muertes relacionadas con el consumo de opioides en algunos países europeos, por ejemplo en el reino Unido, donde nueve de cada diez muertes (el 89 %) estaban relacionadas con algún tipo de opiode.

En Francia, la heroína estuvo implicada en el 26 % de las muertes por sobredosis en 2016, frente al 15 % en 2012, mientras que la metadona estuvo presente en más de un tercio (36 %) de los fallecimientos. 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 (sobre todo en Estonia) y el tramadol— están relacionadas con una parte importante de las muertes por sobredosis en algunos países. El incremento del número de muertes por sobredosis notificado por Chequia en 2017 se debió principalmente al incremento de los casos relacionados con sustancias similares al fentanilo, la morfina y la codeína, mientras que el incremento notificado en Eslovaquia tuvo que ver sobre todo con el tramadol.

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 según los países. En Francia, una quinta parte de los fallecimientos tuvieron que ver con la cocaína, y en la mitad de estos también estaba presente algún opiode. En Eslovenia, donde la mayor parte de las muertes se asociaron a la heroína, se detectó cocaína en un tercio de los casos aproximadamente. En 2017, Turquía notificó 185 muertes relacionadas con la MDMA, lo que supone un descenso en comparación con 2016.

Turquía también notificó un importante incremento del número de muertes relacionadas con cannabinoides sintéticos: de 137 en 2015 a 563 en 2017. En el 60 % de las muertes relacionadas con las drogas notificadas por este país se detectaron cannabinoides sintéticos, y en la mayoría de los casos eran hombres jóvenes en la veintena. En más de una cuarta parte de los casos se encontró también cannabis. En el Reino Unido, sobre todo Escocia, se ha notificado un incremento del número de muertes relacionadas con nuevas sustancias psicoactivas vinculadas a las benzodiazepinas.

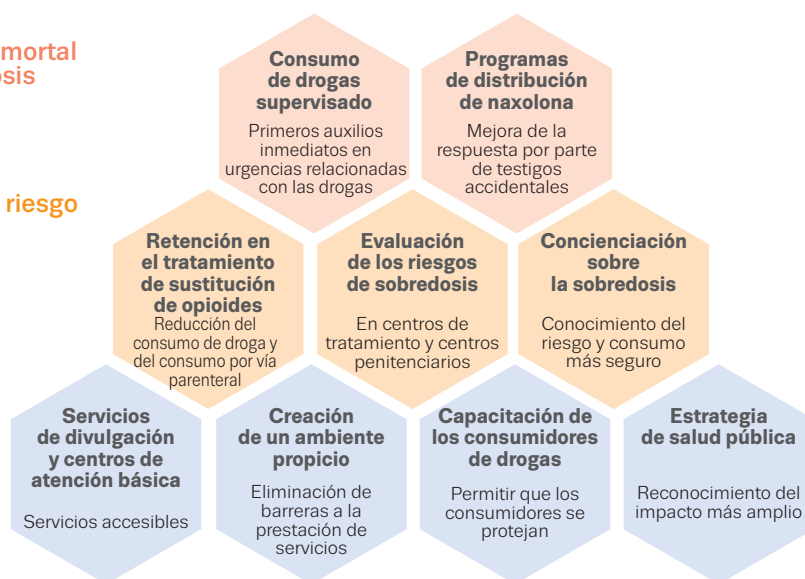
GRÁFICO 3.18

Enfoques clave para reducir las muertes relacionadas con el consumo de opioides

Reducción del desenlace mortal de las sobredosis

Reducción del riesgo de sobredosis

Reducción de la vulnerabilidad



Prevención de sobredosis y muertes relacionadas con las drogas: enfoques principales

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 3.18). 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 supervisado de drogas y los programas de dispensación de naxolona «para llevar» son respuestas muy específicas, dirigidas a mejorar las probabilidades de sobrevivir a una sobredosis. La importancia del tratamiento de sustitución de opioides para reducir la mortalidad es evidente en un metaanálisis de los estudios sobre esta materia realizado en 2018.

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. También ofrecen la oportunidad de interactuar con grupos de usuarios a menudo marginados y con los

que es difícil contactar, y prestan apoyo y asesoramiento en materia de drogas y salud en general. Normalmente, las salas de consumo también constituyen un punto de acceso y derivación a otros servicios médicos y sociales, incluidos los servicios de tratamiento de las drogodependencias. También se ha argumentado que, al reducir el consumo de drogas en público, contribuyen a mejorar el entorno social en las zonas donde esto ocurre, por ejemplo, los mercados de drogas urbanos.

Cada centro supervisa un gran número de consumos — algunos de los más grandes notifican unos 80 000 al año— que de otro modo habrían tenido lugar en las calles o en otras circunstancias de riesgo. Los primeros centros de consumo de drogas establecidos en las décadas de 1980 y 1990 se dedicaban fundamentalmente a supervisar el consumo de heroína por vía parenteral. Sin embargo, hoy en día también se supervisa el consumo de drogas esnifadas, fumadas o inhaladas. En la Unión Europea y Noruega hay centros de consumo supervisado en cincuenta y una ciudades, con un total de setenta y dos centros operativos.

Reversión de los efectos de la sobredosis: naloxona «para llevar»

La naloxona es un medicamento antagonista de las sustancias opioides utilizado por el personal de las urgencias hospitalarias y de las ambulancias para revertir los efectos de la sobredosis por consumo de opioides. En los últimos años, han aumentado los programas de dispensación de naloxona, que enseñan a reconocer las sobredosis y ponen este medicamento a disposición de aquellas personas que puedan presenciar un caso de sobredosis por consumo de opioides.

Recientemente se han llevado a cabo estudios sistemáticos sobre la eficacia de los programas de distribución de naloxona que han demostrado que, en combinación con intervenciones educativas y formativas, reducen la mortalidad por sobredosis.

En 2018, había programas comunitarios de distribución de naloxona en diez países europeos. Estos programas suelen ser organizados por los servicios de salud y tratamiento de las drogodependencias, con la excepción de Italia, donde la naloxona es un medicamento comercial que se dispensa sin receta. La población reclusa está incluida entre los destinatarios de los programas de distribución de naloxona de Estonia, Francia, Reino Unido y Noruega.

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

MÁS INFORMACIÓN

Publicaciones del EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical reports.

An analysis of practices of post-mortem toxicology practices in drug-related deaths cases in Europe, Technical reports.

2018

Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study, Rapid communications.

m-Health applications for responding to drug use and associated harms, EMCDDA Papers.

New psychoactive substances in prison, Rapid communications.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical reports.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Report on the risk assessment of CUMYL-4CN-BINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of ADB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of THF-F, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4F-iBF, Risk assessments.

Report on the risk assessment of AB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5F-MDMB-PINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of carfentanil, Risk assessments.

Report on the risk assessment of cyclopropylfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of methoxyacetylfentanyl, Risk assessments.

2017

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

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.

New developments in national drug strategies in Europe, EMCDDA Papers.

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.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Publicaciones conjuntas del EMCDDA y el ECDC

2018

Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings.

Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Systematic review on the prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Guidance in brief: prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

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

Anexo

Datos nacionales para las estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas, incluidos el consumo 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 parte del **Boletín estadístico de 2019** 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 de opioides de alto riesgo		Consumidores que inician tratamiento durante el año						Consumidores que reciben tratamiento de sustitución
			Consumidores de opioides como % del total de consumidores que inician tratamiento			% de consumidores de opioides que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)			
			Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	
Año de la estimación	casos por 1 000	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	recuento	
Bélgica	–	–	22,5 (2 493)	8,2 (345)	32 (2 048)	14,1 (309)	9 (28)	15,2 (272)	16 546
Bulgaria	–	–	67,8 (1 136)	55,9 (100)	89,7 (600)	64,4 (437)	53,8 (50)	66,7 (377)	3 247
Chequia	2017	1,8-2,0	19,1 (799)	10,9 (192)	25,6 (565)	63,9 (470)	57,4 (101)	66,1 (347)	5 000
Dinamarca	–	–	12 (587)	7,5 (170)	16,5 (399)	17,5 (94)	5,6 (9)	22 (80)	7 050
Alemania (¹)	2016-17	0,9-3,0	29,9 (–)	9,6 (–)	–	20,1 (–)	17,9 (–)	–	78 800
Estonia	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 186
Irlanda	2014	6,1-7,0	44,9 (3 837)	24,8 (807)	58,8 (2 860)	31,7 (1 180)	23 (184)	33,6 (930)	10 316
Grecia	2017	1,8-2,5	60,9 (2 593)	38,9 (652)	74,8 (1 892)	28,7 (733)	22,2 (143)	31 (581)	9 388
España	2016	1,5-2,9	26,8 (12 235)	13,3 (3 043)	42,6 (8 573)	14,9 (1 796)	7 (212)	17,2 (1 454)	58 749
Francia	2017	4,5-5,9	27,3 (12 899)	13,7 (1 813)	44 (8 039)	16,4 (1 842)	10,4 (174)	19,3 (1 360)	178 665
Croacia	2015	2,5-4,0	–	21,2 (203)	–	–	30,9 (56)	–	4 792
Italia	2017	5,7-6,4	43,1 (20 095)	28,3 (5 921)	55,3 (14 174)	40,9 (7 137)	28,4 (1 395)	45,8 (5 742)	69 642
Chipre	2017	1,6-2,6	25,2 (212)	13,8 (58)	41,8 (137)	50,5 (104)	40,4 (23)	56 (75)	209
Letonia	2017	4,7-7,0	49,4 (399)	28,7 (123)	72,8 (276)	82,8 (323)	73,8 (90)	86,9 (233)	669
Lituania	2016	2,7-6,5	85,3 (1 448)	57 (138)	91,1 (1 298)	85,5 (1 236)	86,9 (119)	85,4 (1 108)	1 136
Luxemburgo	2015	4,5	60,9 (109)	60,4 (29)	59,5 (47)	41,7 (43)	50 (14)	41,9 (18)	1 142
Hungría	2010-11	0,4-0,5	4 (192)	1,8 (61)	9,4 (104)	40,5 (66)	36,2 (21)	43,9 (43)	669
Malta	2017	4,2-4,9	69,7 (1 274)	32,8 (76)	75,1 (1 198)	55,2 (690)	21,1 (16)	57,5 (674)	1 025
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)	5 241
Austria	2017	6,1-6,5	48,7 (1 793)	27,8 (432)	63,8 (1 361)	37,7 (529)	21,8 (70)	42,5 (459)	18 632
Polonia	2014	0,4-0,7	15,8 (1 122)	5,9 (211)	26,2 (898)	57,4 (636)	37,4 (79)	62,2 (550)	2 685
Portugal	2015	3,8-7,6	41,4 (1 247)	23 (376)	63,3 (871)	13,1 (155)	9,3 (33)	14,7 (122)	16 888
Rumanía	2017	0,8-2,9	25,7 (918)	14,1 (359)	56,9 (551)	84,7 (729)	83,3 (295)	85,8 (429)	1 530
Eslovenia	2017	3,2-4,2	86,5 (211)	67,7 (42)	93,4 (169)	44,1 (93)	21,4 (9)	49,7 (84)	3 042
Eslovaquia	–	–	26,3 (760)	12 (154)	39,5 (601)	70,7 (525)	53,6 (81)	75,2 (442)	620
Finlandia	2012	3,8-4,5	51,1 (363)	36,5 (92)	59,2 (271)	76 (275)	66,3 (61)	79,3 (214)	3 329
Suecia (²)	–	–	24,2 (9 387)	15,5 (2 140)	29 (7 247)	–	–	–	4 468
Reino Unido (³)	2014-15	8,3-8,7	49,8 (57 430)	21,8 (8 051)	63,1 (49 252)	31,8 (12 407)	16,5 (746)	33,9 (11 633)	149 420
Turquía	2011	0,2-0,5	58,6 (6 817)	43,4 (2 451)	72,9 (4 366)	27,3 (1 858)	17,8 (437)	32,5 (1 421)	–
Noruega (⁴)	2013	2,0-4,2	17 (973)	11,2 (302)	22,1 (672)	–	–	–	7 622
Unión Europea	–	–	35,1 (163 557)	16,6 (28 845)	47,9 (129 944)	29,1 (38 450)	20,8 (4 988)	31,3 (32 839)	654 086
UE, Turquía y Noruega	–	–	35,4 (171 347)	17,4 (31 598)	48,2 (134 982)	29,0 (40 308)	20,5 (5 425)	31,4 (34 260)	661 708

Los datos de consumidores que inician tratamiento son de 2017 o del año más reciente disponible: Estonia y España, 2016; Países Bajos, 2015.

Los datos de consumidores que reciben tratamiento de sustitución son de 2017 o del año más reciente disponible: España y Eslovenia, 2016; Dinamarca, Hungría, Países Bajos y Finlandia, 2015. La cifra de Suecia no representa a todos los pacientes.

(¹) Por cambios en el sistema de notificación del inicio del tratamiento, solo se presentan proporciones.

(²) Los datos de pacientes que inician tratamiento corresponden a servicios de atención hospitalaria y atención especializada en régimen ambulatorio. Los datos mostrados no son totalmente representativos de la situación nacional.

(³) En la estimación de consumo de opioides de alto riesgo no está incluida Irlanda del Norte. La cifra de consumidores que reciben tratamiento de sustitución se refiere a Inglaterra y Gales.

(⁴) El porcentaje de pacientes en tratamiento por problemas relacionados con los opioides es un valor mínimo, que no representa a los consumidores de opioides registrados como pacientes de policonsumo.

CUADRO A2

COCAÍNA

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año						
	Población general			Población escolar	Consumidores de cocaína como % del total de consumidores que inician tratamiento			% de consumidores de cocaína 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	Personas que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	Todos los consumidores	Personas que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	
Bélgica	2013	–	0,9	1	24,3 (2 690)	23,9 (1 007)	24,2 (1 552)	6,2 (124)	1,4 (11)	8,6 (97)	
Bulgaria	2016	0,9	0,5	2	2,7 (46)	3,9 (7)	1,6 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Chequia	2017	2,4	0,2	1	0,7 (28)	0,7 (12)	0,7 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Dinamarca	2017	6,4	3,9	2	15,9 (776)	17,9 (407)	14 (338)	2,1 (15)	0,3 (1)	4,1 (13)	
Alemania (¹)	2015	3,8	1,2	3	4,8 (–)	6,4 (–)	–	1,5 (–)	0,8 (–)	–	
Estonia	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–	
Irlanda	2015	7,8	2,9	3	16,8 (1 431)	23 (748)	12,8 (623)	1,3 (18)	0 (0)	2,6 (16)	
Grecia	2015	1,3	0,6	1	8,1 (345)	10,3 (172)	6,8 (172)	9,9 (34)	4,7 (8)	15,2 (26)	
España	2017	10,3	2,8	3	39,2 (17 889)	39,7 (9 052)	38,2 (7 678)	0,8 (134)	0,4 (33)	1,3 (98)	
Francia	2017	5,6	3,2	4	8,4 (3 988)	7,8 (1 035)	9,8 (1 801)	8,8 (324)	3,8 (37)	13,6 (229)	
Croacia	2015	2,7	1,6	2	–	3,2 (31)	–	–	3,2 (1)	–	
Italia	2017	6,9	1,7	2	33 (15 394)	38,1 (7 993)	28,9 (7 401)	2 (299)	1,1 (86)	3 (213)	
Chipre	2016	1,4	0,4	3	14,7 (124)	12,1 (51)	19,8 (65)	5 (6)	2 (1)	7,9 (5)	
Letonia	2015	1,5	1,2	2	0,5 (4)	0,7 (3)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Lituania	2016	0,7	0,3	2	0,8 (13)	2,1 (5)	0,5 (7)	11,1 (1)	33,3 (1)	0 (0)	
Luxemburgo	2014	2,5	0,6	2	21,8 (39)	14,6 (7)	25,3 (20)	40,5 (15)	57,1 (4)	42,1 (8)	
Hungría	2015	1,2	0,9	2	3,5 (167)	3,9 (132)	2,4 (26)	2,5 (4)	2,3 (3)	4 (1)	
Malta	2013	0,5	–	3	18,6 (340)	41,8 (97)	15,2 (243)	13,4 (43)	4,1 (4)	17,5 (39)	
Países Bajos	2017	6,2	4,5	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	9,2 (339)	10,1 (156)	8,6 (183)	9,3 (30)	5,4 (8)	12,6 (22)	
Polonia	2014	1,3	0,4	4	2,3 (163)	2,5 (88)	2,1 (72)	2,5 (4)	1,2 (1)	2,9 (2)	
Portugal	2016	1,2	0,3	2	17,3 (522)	20,8 (341)	13,2 (181)	2,6 (13)	0,6 (2)	6,3 (11)	
Rumanía	2016	0,7	0,2	3	1,2 (44)	1,4 (36)	0,6 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Eslovenia	2012	2,1	1,2	2	4,5 (11)	6,5 (4)	3,9 (7)	45,5 (5)	25 (1)	57,1 (4)	
Eslovaquia	2015	0,7	0,3	2	1,1 (31)	1,9 (24)	0,3 (5)	3,3 (1)	–	25 (1)	
Finlandia	2014	1,9	1,0	1	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Suecia (²)	2017	–	2,5	1	1,4 (552)	2,7 (371)	0,7 (181)	–	–	–	
Reino Unido	2017	10,7	4,7	3	17,6 (20 290)	22,1 (8 185)	15,4 (12 054)	1,9 (259)	0,5 (31)	2,9 (226)	
Turquía	2017	0,2	0,1	–	3,9 (456)	4,4 (247)	3,5 (209)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Noruega	2017	5,1	2,1	1	1,8 (102)	2,7 (72)	1 (30)	–	–	–	
Unión Europea	–	5,4	2,1	–	15,5 (72 424)	19,1 (33 178)	16,5 (36 594)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)	
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	15,1 (72 982)	18,4 (33 497)	15,9 (36 833)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)	

Las estimaciones de prevalencia en la población escolar se han extraído de la Encuesta ESPAD de 2015, salvo las correspondientes a Alemania (2011), Bélgica (2017, solo Flandes), Bulgaria (2017), España (2016), Italia (2017), Luxemburgo (2014, 15 años de edad), Reino Unido (2016, solo Inglaterra, 15 años de edad) y Suecia (2017). Dada la incertidumbre acerca de los procedimientos de recopilación de datos, puede que los datos de Letonia no sean comparables.

Las estimaciones de prevalencia en la población general del Reino Unido se refieren a Inglaterra y Gales únicamente. Rango de edad correspondiente a las tasas de prevalencia de la población general: Alemania, Francia, Grecia y Hungría, 18-64, 18-34; Dinamarca y Noruega, 16-64, 16-34; Malta, 18-65; Reino Unido, 16-59, 16-34; Suecia, 17-34.

Los datos de personas que inician tratamiento son de 2017 o del año más reciente disponible: Estonia y España, 2016; Países Bajos, 2015.

(¹) Por cambios en el sistema de notificación del inicio del tratamiento, solo se presentan proporciones.

(²) Los datos de pacientes que inician tratamiento corresponden a servicios de atención hospitalaria y atención especializada en régimen ambulatorio. Los datos mostrados no son totalmente representativos de la situación nacional.

CUADRO A3

ANFETAMINAS

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año						
	Población general			Población escolar	Consumidores de anfetaminas como % del total de 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	Personas que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	Todos los consumidores que inician tratamiento	Personas que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	
Bélgica	2013	–	0,5	1	9,1 (1 011)	7,5 (315)	10,6 (681)	11,8 (96)	6,2 (16)	14,6 (80)	
Bulgaria	2016	1,5	1,8	3	12,6 (211)	12,8 (23)	2,7 (18)	4,9 (2)	0 (0)	11,8 (2)	
Chequia	2017	3,3	0,7	1	49,6 (2 078)	52,8 (933)	47,2 (1 041)	62,8 (1 256)	57,6 (520)	67,2 (683)	
Dinamarca	2017	7,0	1,4	1	6,2 (303)	5,4 (122)	7 (170)	1,8 (5)	0,9 (1)	2,5 (4)	
Alemania (¹)	2015	3,6	1,9	4	14,5 (–)	15,3 (–)	–	2,1 (–)	1,9 (–)	–	
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	0,4 (38)	0,6 (19)	0,3 (17)	–	–	–	
Grecia	–	–	–	2	0,8 (33)	1,3 (22)	0,4 (11)	18,2 (6)	22,7 (5)	9,1 (1)	
España	2017	4	0,9	2	1,7 (754)	1,9 (431)	1,4 (291)	0,9 (7)	0,9 (4)	1 (3)	
Francia	2017	2,2	0,6	2	0,4 (212)	0,5 (63)	0,5 (91)	9,7 (18)	8,5 (5)	10,8 (9)	
Croacia	2015	3,5	2,3	3	–	3,4 (33)	–	–	0 (0)	–	
Italia	2017	2,4	0,3	2	0,2 (93)	0,3 (55)	0,1 (38)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)	
Chipre	2016	0,5	0,1	3	6,8 (57)	6,2 (26)	9,5 (31)	9,1 (5)	4 (1)	13,3 (4)	
Letonia	2015	1,9	0,7	3	17,5 (141)	22,9 (98)	11,3 (43)	64,1 (84)	54,9 (50)	85 (34)	
Lituania	2016	1,2	0,5	1	3,5 (59)	9,9 (24)	2 (29)	29,6 (16)	13,6 (3)	48,1 (13)	
Luxemburgo	2014	1,6	0,1	1	–	–	–	–	–	–	
Hungría	2015	1,7	1,4	3	11,1 (534)	11,2 (378)	11,3 (124)	9,7 (51)	4,8 (18)	27 (33)	
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (3)	0,4 (1)	0,1 (2)	66,7 (2)	100 (1)	50 (1)	
Países Bajos	2017	5,4	3,9	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)	7,2 (111)	4,3 (92)	2,2 (4)	1 (1)	3,6 (3)	
Polonia	2014	1,7	0,4	4	29,4 (2 085)	31,6 (1 126)	26,9 (924)	2,7 (55)	1,3 (15)	4,3 (39)	
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,1 (3)	0,1 (2)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Rumanía	2016	0,3	0,1	1	0,8 (30)	1 (26)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Eslovenia	2012	0,9	0,8	1	0,8 (2)	3,2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Eslovaquia	2015	1,4	0,8	1	40,8 (1 182)	44 (566)	38,1 (580)	30,9 (350)	26,8 (148)	34,9 (192)	
Finlandia	2014	3,4	2,4	1	18,9 (134)	20,2 (51)	18,1 (83)	71,2 (94)	52 (26)	82,9 (68)	
Suecia (²)	2017	–	1,2	1	5,3 (2 076)	7,3 (1 007)	4,3 (1 069)	–	–	–	
Reino Unido	2017	9,9	1,0	1	2,1 (2 476)	2,7 (1 015)	1,9 (1 450)	18,9 (295)	11,7 (70)	23,6 (225)	
Turquía	2017	0,0	–	–	6,5 (751)	9,7 (549)	3,4 (202)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Noruega	2017	3,9	0,8	1	13 (744)	10,3 (277)	15,4 (467)	–	–	–	
Unión Europea	–	3,7	1,0	–	6,1 (28 291)	6,6 (11 393)	5,9 (16 465)	9,4 (2 871)	8,8 (1 015)	9,3 (1 714)	
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	6,2 (29 786)	6,7 (12 219)	6,0 (17 134)	9,2 (2 871)	8,4 (1 015)	9,2 (1 714)	

Las estimaciones de prevalencia en la población escolar se han extraído de la Encuesta ESPAD de 2015, salvo las correspondientes a Alemania (2011), Bélgica (2017, solo Flandes), Bulgaria (2017), España (2016), Italia (2017), Luxemburgo (2014, 15 años de edad), Reino Unido (2016, solo Inglaterra, 15 años de edad) y Suecia (2017). Dada la incertidumbre acerca de los procedimientos de recopilación de datos, puede que los datos de Letonia no sean comparables.

Las estimaciones de prevalencia en la población general del Reino Unido se refieren a Inglaterra y Gales únicamente. Rango de edad correspondiente a las tasas de prevalencia de la población general: Alemania, Francia y Hungría, 18-64, 18-34; Dinamarca y Noruega, 16-64, 16-34; Malta, 18-65; Reino Unido, 16-59, 16-34; Suecia, 17-34.

Los datos de personas que inician tratamiento son de 2017 o del año más reciente disponible: Estonia y España, 2016; Países Bajos, 2015. Los datos de Alemania, Suecia y Noruega se refieren al consumo de «estimulantes distintos de la cocaína».

(¹) Por cambios en el sistema de notificación del inicio del tratamiento, solo se presentan proporciones.

(²) Los datos de pacientes que inician tratamiento corresponden a servicios de atención hospitalaria y atención especializada en régimen ambulatorio. Los datos mostrados no son totalmente representativos de la situación nacional.

CUADRO A4

MDMA

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año		
	Población general		Población escolar		Consumidores de MDMA como % del total de 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	Personas que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	
Bélgica	2013	–	0,8	2	0,5 (53)	0,8 (32)	0,3 (19)
Bulgaria	2016	2,1	3,1	2	1,7 (29)	1,1 (2)	0 (0)
Chequia	2017	5,8	2,1	3	0,6 (27)	1 (17)	0,4 (9)
Dinamarca	2017	3,2	1,5	1	0,3 (16)	0,6 (14)	0,1 (2)
Alemania	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irlanda	2015	9,2	4,4	4	0,5 (42)	0,9 (29)	0,3 (13)
Grecia	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
España	2017	3,6	1,2	2	0,2 (89)	0,3 (66)	0,1 (16)
Francia	2017	3,9	1,3	2	0,4 (168)	0,4 (54)	0,3 (56)
Croacia	2015	3,0	1,4	2	–	0,8 (8)	–
Italia	2017	2,7	0,8	1	0,1 (59)	0,2 (34)	0,1 (25)
Chipre	2016	1,1	0,3	3	0,1 (1)	–	–
Letonia	2015	2,4	0,8	3	0,4 (3)	0,2 (1)	0,5 (2)
Lituania	2016	1,7	1,0	2	0,1 (2)	0 (0)	0,1 (2)
Luxemburgo	2014	1,9	0,4	1	0,6 (1)	2,1 (1)	–
Hungría	2015	4,0	2,1	2	2,3 (111)	1,7 (57)	3,7 (41)
Malta	2013	0,7	–	2	0,7 (12)	0,9 (2)	0,6 (10)
Países Bajos	2017	9,4	7,1	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austria	2015	2,9	1,1	2	0,9 (32)	1,2 (19)	0,6 (13)
Polonia	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (12)	0,3 (9)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (7)	0,2 (3)	0,3 (4)
Rumanía	2016	0,5	0,2	2	0,9 (33)	1,2 (30)	0,2 (2)
Eslovenia	2012	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslovaquia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (2)
Finlandia	2014	3,0	2,5	1	0,1 (1)	0,4 (1)	0 (0)
Suecia	2017	–	2,0	1	–	–	–
Reino Unido	2017	10,0	3,3	4	0,5 (616)	1,1 (415)	0,3 (200)
Turquía	2017	0,4	0,2	–	2 (230)	2,9 (161)	1,2 (69)
Noruega	2017	4,1	2,2	1	–	–	–
Unión Europea	–	4,1	1,7	–	0,3 (1 428)	0,5 (872)	0,2 (442)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	0,3 (1 658)	0,6 (1 033)	0,2 (511)

Las estimaciones de prevalencia en la población escolar se han extraído de la Encuesta ESPAD de 2015, salvo las correspondientes a Alemania (2011), Bélgica (2017, solo Flandes), Bulgaria (2017), España (2016), Italia (2017), Luxemburgo (2014, 15 años de edad), Reino Unido (2016, solo Inglaterra, 15 años de edad) y Suecia (2017). Dada la incertidumbre acerca de los procedimientos de recopilación de datos, puede que los datos de Letonia no sean comparables.

Las estimaciones de prevalencia en la población general del Reino Unido se refieren a Inglaterra y Gales únicamente. Rango de edad correspondiente a las tasas de prevalencia de la población general: Alemania, Francia, Grecia y Hungría, 18-64, 18-34; Dinamarca y Noruega, 16-64, 16-34; Malta, 18-65; Reino Unido, 16-59, 16-34; Suecia, 17-34.

Los datos de personas que inician tratamiento son de 2017 o del año más reciente disponible: Estonia y España, 2016; Países Bajos, 2015.

CUADRO A5

CANNABIS

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año		
	Población general			Población escolar	Consumidores de cannabis como % del total de 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	34,2 (3 786)	50,7 (2 132)	23,2 (1 487)
Bulgaria	2016	8,3	10,3	20	9,9 (166)	5 (9)	2,5 (17)
Chequia	2017	28,6	19,3	37	23,6 (988)	28,4 (501)	19,6 (433)
Dinamarca	2017	38,4	15,4	12	62,7 (3 069)	65,9 (1 501)	59,5 (1 435)
Alemania (1)	2015	27,2	13,3	19	43,1 (-)	64,1 (-)	-
Estonia	2008	-	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irlanda	2015	27,9	13,8	19	24,6 (2 102)	39 (1 270)	14,6 (712)
Grecia	2015	11,0	4,5	9	26,9 (1 148)	46,1 (773)	14,7 (373)
España	2017	35,2	18,3	31	29,2 (13 304)	40,7 (9 278)	15,9 (3 208)
Francia	2017	44,8	21,8	31	59,6 (28 205)	74,4 (9 828)	41,1 (7 517)
Croacia	2015	19,4	16,0	21	-	62,9 (602)	-
Italia	2017	32,7	20,9	19	21,8 (10 155)	30,9 (6 483)	14,3 (3 672)
Chipre	2016	12,1	4,3	7	52,7 (444)	67,5 (284)	28,4 (93)
Letonia	2015	9,8	10,0	17	24 (194)	36 (154)	10,6 (40)
Lituania	2016	10,8	6,0	18	6,5 (110)	22,7 (55)	3,5 (50)
Luxemburgo	2014	23,3	9,8	20	16,2 (29)	22,9 (11)	13,9 (11)
Hungría	2015	7,4	3,5	13	63 (3 031)	68,2 (2 310)	49,2 (542)
Malta	2013	4,3	-	13	9,1 (167)	19 (44)	7,7 (123)
Países Bajos	2017	26,6	17,5	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austria	2015	23,6	14,1	20	33,2 (1 222)	51,7 (802)	19,7 (420)
Polonia	2014	16,2	9,8	24	31,2 (2 209)	39 (1 390)	23,2 (796)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	37,2 (1 120)	51,8 (848)	19,8 (272)
Rumanía	2016	5,8	5,8	8	49,3 (1 764)	62,4 (1 585)	15,8 (153)
Eslovenia	2012	15,8	10,3	25	6,1 (15)	19,4 (12)	1,7 (3)
Eslovaquia	2015	15,8	9,3	26	25,7 (743)	38,5 (495)	14,3 (218)
Finlandia	2014	21,7	13,5	8	18 (128)	31,3 (79)	10,7 (49)
Suecia (2)	2017	-	9,6	6	10 (3 878)	15,4 (2 125)	7 (1 753)
Reino Unido	2017	30	12,3	19	24,2 (27 920)	45,3 (16 733)	14,2 (11 114)
Turquía	2017	2,7	1,9	-	6,4 (745)	9,2 (520)	3,8 (225)
Noruega	2017	24,5	10,1	7	28,8 (1 651)	36,8 (989)	21,8 (662)
Unión Europea	-	27,4	14,4	-	32,7 (152 373)	47,0 (81 566)	17,5 (58 103)
UE, Turquía y Noruega	-	-	-	-	32,0 (154 769)	45,7 (83 075)	17,2 (58 990)

Las estimaciones de prevalencia en la población escolar se han extraído de la Encuesta ESPAD de 2015, salvo las correspondientes a Alemania (2011), Bélgica (2017, solo Flandes), Bulgaria (2017), España (2016), Italia (2017), Luxemburgo (2014, 15 años de edad), Reino Unido (2016, solo Inglaterra, 15 años de edad) y Suecia (2017). Ante la incertidumbre acerca de los procedimientos de recopilación de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

Las estimaciones de prevalencia en la población general del Reino Unido se refieren a Inglaterra y Gales únicamente. Rango de edad correspondiente a las tasas de prevalencia de la población general: Alemania, Francia, Grecia y Hungría, 18-64, 18-34; Dinamarca y Noruega, 16-64, 16-34; Malta, 18-65; Reino Unido, 16-59, 16-34; Suecia, 17-34.

Los datos de personas que inician tratamiento son de 2017 o del año más reciente disponible: Estonia y España, 2016; Países Bajos, 2015.

(1) Por cambios en el sistema de notificación del inicio del tratamiento, solo se presentan proporciones.

(2) Los datos de pacientes que inician tratamiento corresponden a servicios de atención hospitalaria y atención especializada en régimen ambulatorio. Los datos mostrados no son totalmente representativos de la situación nacional.

CUADRO A6

OTROS INDICADORES

País	Muertes inducidas por drogas			Diagnósticos de VIH relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral (ECDC)	Estimación del consumo de drogas por vía parenteral		Jeringuillas distribuidas en virtud de programas especializados
	Año	Todas las edades	De 15 a 64 años		año de la estimación	casos por 1 000 habitantes	recuento
		recuento	casos por millón de habitantes (recuento)	casos por millón de habitantes (recuento)			
Bélgica	2014	61	8 (60)	0,6 (7)	2015	2,32-4,61	1 203 077
Bulgaria	2017	18	4 (18)	4,4 (31)	–	–	52 927
Chequia	2017	42	5 (35)	0,5 (5)	2017	6,18-6,47	6 409 862
Dinamarca (1)	2016	237	55 (202)	1 (6)	–	–	–
Alemania (1) (2)	2017	1 272	21 (1 120)	1,5 (127)	–	–	–
Estonia	2017	110	130 (110)	10,6 (14)	2015	9,01-11,25	1 997 158
Irlanda	2015	224	69 (215)	2,9 (14)	–	–	519 578
Grecia	2017	62	– (–)	8 (86)	2017	0,43-0,68	278 415
España (3)	2016	483	16 (482)	2,3 (105)	2016	0,25-0,57	1 503 111
Francia (4)	2015	373	7 (299)	0,6 (43)	2017	2,58-3,29	11 907 416
Croacia	2017	65	23 (64)	0 (0)	2015	1,79-2,87	244 299
Italia	2017	294	8 (293)	1,6 (94)	–	–	–
Chipre	2017	16	26 (15)	0 (0)	2017	0,38-0,59	245
Letonia	2017	22	17 (22)	40 (78)	2016	5,31-6,83	833 817
Lituania	2017	83	44 (83)	47,8 (136)	2016	4,37-4,89	251 370
Luxemburgo	2017	8	19 (8)	15,2 (9)	2015	3,77	447 681
Hungría	2017	33	5 (33)	0,1 (1)	2015	0,98	137 580
Malta	2017	5	16 (5)	0 (0)	–	–	315 541
Países Bajos	2017	262	22 (243)	0,1 (2)	2015	0,07-0,09	–
Austria	2017	154	26 (151)	1,4 (12)	–	–	6 293 593
Polonia (1)	2016	204	7 (181)	0,7 (27)	–	–	59 958
Portugal	2016	30	4 (30)	1,7 (18)	2015	1,00-4,46	1 421 666
Rumanía (5)	2017	32	2 (32)	4,4 (86)	–	–	1 095 284
Eslovenia	2017	47	32 (44)	0 (0)	–	–	578 926
Eslovaquia	2017	19	5 (18)	0 (0)	–	–	395 877
Finlandia	2017	200	55 (189)	1,8 (10)	2012	4,1-6,7	5 824 467
Suecia	2017	626	92 (574)	2 (20)	–	–	517 381
Reino Unido (6)	2016	3 256	74 (3 108)	1,7 (115)	2004-11	2,87-3,22	–
Turquía (1)	2017	941	17 (907)	0,2 (14)	–	–	–
Noruega	2016	282	75 (258)	1,3 (7)	2016	2,15-3,04	2 884 230
Unión Europea	–	8 238	23 (7 634)	2,0 (1 046)	–	–	–
UE, Turquía y Noruega	–	9 461	22,6 (8 799)	1,8 (1 067)	–	–	–

(1) En algunos casos no se especifica el intervalo de edad y estos casos no se han incluido en el cálculo de la tasa de mortalidad: Alemania (147), Dinamarca (5), Polonia (1), Turquía (22).

(2) Los datos de VIH de Alemania corresponden a 2016.

(3) Los datos sobre jeringuillas distribuidas en virtud de programas especializados corresponden a 2016.

(4) Los datos sobre jeringuillas distribuidas en virtud de programas especializados corresponden a 2015.

(5) Muertes inducidas por drogas en Rumanía: cobertura subnacional

(6) Datos sobre distribución de jeringuillas en el Reino Unido: Inglaterra, sin datos; Escocia 4 401 387 y Gales 2 630 382 (ambos de 2017); Irlanda del Norte 310 005 (2016).

CUADRO A7

INCAUTACIONES

País	Heroína		Cocaína		Anfetaminas		MDMA, MDA, MDEA	
	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones
	kg	recuento	kg	recuento	kg	recuento	comprimidos (kg)	recuento
Bélgica	53	1 790	44 752	4 695	163	2 855	491 183 (-)	1 692
Bulgaria	698	32	42	30	406	80	2 335 (322)	41
Chequia	19	90	27	227	95	1 703	15 279 (5)	387
Dinamarca	16	561	151	4 786	322	2 244	2 731 476 (34)	933
Alemania	298	-	8 166	-	1 784	-	693 668 (-)	-
Estonia	<0,1	3	17	154	33	454	- (6)	310
Irlanda	-	765	-	792	-	91	- (-)	344
Grecia	359	1 952	234	596	164	16	589 (6)	83
España	524	7 283	40 960	42 206	272	4 505	363 138 (-)	3 569
Francia	658	4 544	17 500	12 214	405	773	1 130 839 (-)	1 073
Croacia	27	140	466	418	38	775	- (9)	743
Italia	610	2 296	4 084	7 812	72	271	10 844 (8)	267
Chipre	0,4	4	8	118	1	73	159 (3)	13
Letonia	0,2	66	2	61	21	502	3 660 (28)	169
Lituania	4	173	623	98	28	278	- (22)	140
Luxemburgo	1	69	3	222	0,2	26	956 (<0,1)	25
Hungría	21	34	6	276	25	973	51 836 (1)	650
Malta	13	25	0,3	232	<0,1	1	405 (<0,1)	99
Países Bajos (¹)	1 110	-	14 629	-	146	-	- (1 250)	-
Austria	70	967	71	1 571	55	1 488	446 465 (4)	1 183
Polonia	2	2	69	9	608	33	- (-)	-
Portugal	29	492	2 734	816	1	51	1 598 (2)	282
Rumanía	4	222	8	169	2	115	18 810 (0,9)	477
Eslovenia	11	286	12	277	6	242	1 537 (1)	63
Eslovaquia	0,6	41	3	42	4	661	2 448 (<0,1)	74
Finlandia	0,4	138	7	383	259	2 263	66 420 (-)	695
Suecia	45	675	162	3 640	770	5 524	34 919 (24)	1 993
Reino Unido	844	11 075	5 697	18 912	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turquía	17 385	12 932	1 476	3 829	7 268	9 405	8 606 765 (-)	6 663
Noruega	99	628	80	1 185	503	5 734	33 657 (12)	1 122
Unión Europea	5 418	36 786	140 435	104 348	7 037	43 720	6 581 823 (1 727)	22 803
UE, Turquía y Noruega	22 902	50 346	141 990	109 362	14 808	58 859	15 222 245 (1 739)	30 588

En las anfetaminas se incluyen la anfetamina y la metanfetamina.

Todos los datos son de 2017 o del último año disponible.

(¹) Los datos de número y cantidad de incautaciones no incluyen a todos los cuerpos y fuerzas de seguridad pertinentes y deben considerarse cifras mínimas y parciales. Las incautaciones de cocaína representan la mayoría de los grandes alijos incautados.

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	947	6 133	946	28 519	416 576 (-)	1 234
Bulgaria	0,2	9	1 580	57	16 087 (33 822)	102
Chequia	9	173	1 095	5 369	54 392 (-)	502
Dinamarca	6 637	16 678	293	1 803	38 859 (236)	380
Alemania	1 295	-	7 731	-	101 598 (-)	-
Estonia	80	54	54	823	- (24)	35
Irlanda	-	257	-	1 546	- (-)	280
Grecia	6 251	257	24 940	8 866	46 907 (-)	742
España	334 919	157 346	34 517	151 968	1 124 674 (-)	3 038
Francia	67 300	82 797	20 200	44 301	137 074 (-)	395
Croacia	8	351	2 410	7 057	7 405 (-)	213
Italia	18 755	8 922	90 097	11 253	265 635 (-)	1 545
Chipre	1	8	151	826	161 (-)	23
Letonia	202	36	43	848	- (102)	55
Lituania	2 089	53	124	924	- (-)	-
Luxemburgo	19	348	113	935	74 (-)	13
Hungría	114	153	3 674	3 751	5 287 (-)	156
Malta	591	109	0,2	175	11 (-)	5
Países Bajos (*)	942	-	3 104	-	722 618 (-)	-
Austria	100	1 841	1 557	16 969	31 102 (-)	533
Polonia	1 237	18	1 043	93	448 (-)	8
Portugal	14 790	3 647	410	437	22 910 (-)	158
Rumanía	6	185	276	2 861	6 780 (1 540)	179
Eslovenia	20	126	838	3 768	13 594 (-)	218
Eslovaquia	1	26	144	1 115	2 299 (-)	31
Finlandia	693	252	322	1 158	15 200 (-)	1 150
Suecia	2 809	13 140	1 125	8 825	- (-)	-
Reino Unido	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turquía	81 429	8 718	94 379	41 929	- (-)	3 143
Noruega	2 035	9 533	385	3 473	- (43)	167
Unión Europea	466 097	311 071	209 401	440 295	3 370 222 (35 725)	22 745
UE, Turquía y Noruega	549 561	329 322	304 165	485 697	3 370 222 (35 768)	26 055

Nota: Todos los datos son de 2017 o del último año disponible.

(*) Los datos de número y cantidad de incautaciones no incluyen a todos los cuerpos y fuerzas de seguridad pertinentes y deben considerarse cifras mínimas y parciales.

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

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

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

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).

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 el tráfico y el consumo de drogas y los problemas de salud pública hasta la política sobre drogas y las respuestas ofrecidas. Junto con el [Boletín Estadístico](#) en línea y los treinta [Resúmenes por país](#), conforma el conjunto del [Informe Europeo sobre Drogas 2019](#).

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 contrastados 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.

