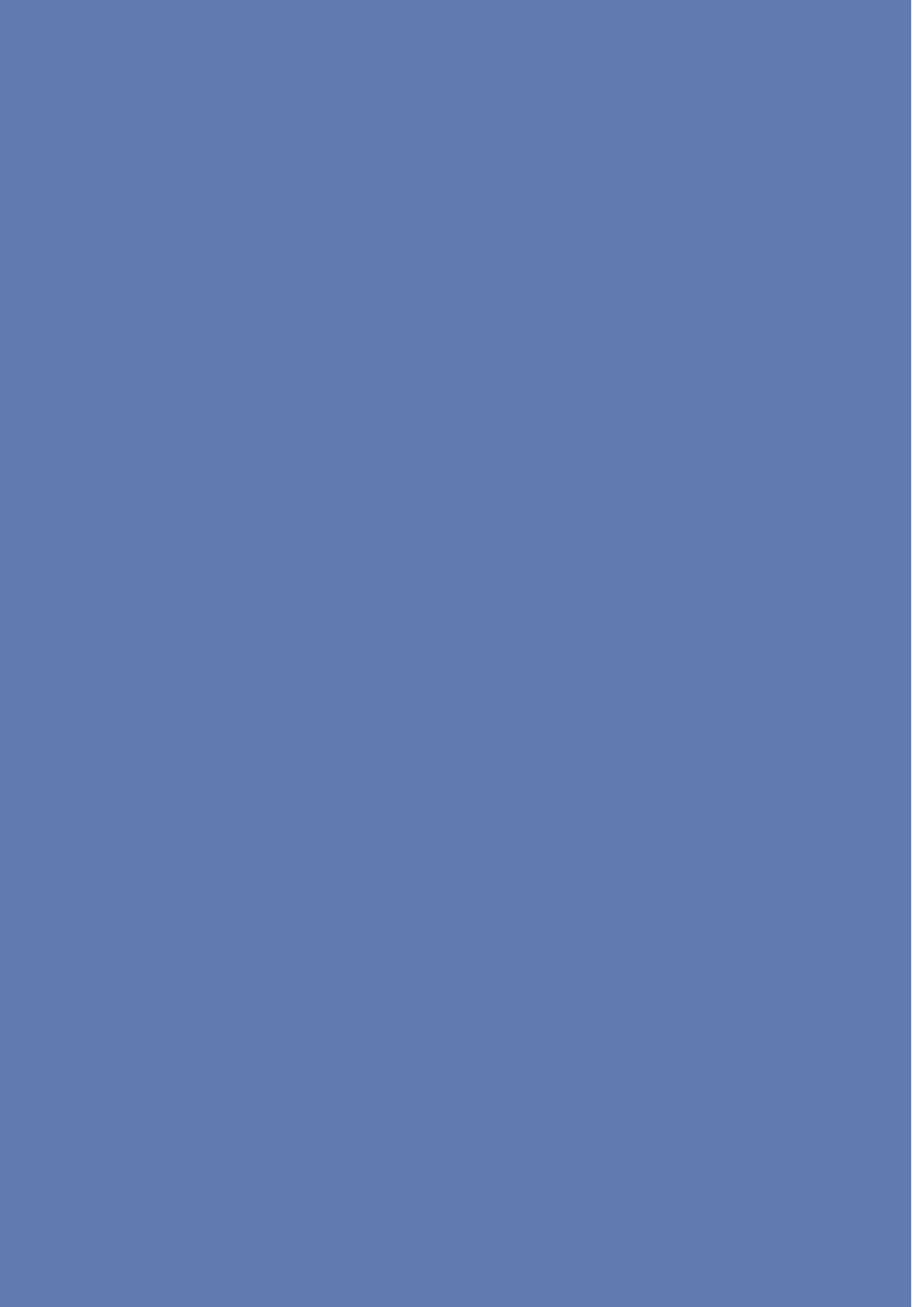




Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA EN EUROPA

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA
EN EUROPA





Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA EN EUROPA

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA
EN EUROPA

Advertencia legal

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

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

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

Número de teléfono gratuito (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Al final de la obra figura una ficha catalográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2010

ISBN 978-92-9168-433-5

doi:10.2810/33806

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2010

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

Printed in Luxembourg

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal
Tel. +351 211210200 • Fax +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Índice

Prefacio	5
Agradecimientos	9
Nota introductoria	11
Comentario: Antiguas realidades, nuevas amenazas y austeridad económica: panorama actual de la política europea sobre drogas	15
Capítulo 1: Políticas y legislación	
Introducción • Evolución de la política internacional y de la UE • Estrategias nacionales en materia de drogas • Gasto público y coste social • Legislación nacional • Investigación sobre las drogas	23
Capítulo 2: Respuestas a los problemas relacionados con las drogas en Europa: panorámica general	
Introducción • Prevención • Tratamiento • Reducción de daños • Exclusión y reinserción social • Cumplimiento de la legislación sobre drogas e infracciones de la misma • Respuestas sanitarias y sociales en los centros penitenciarios	32
Capítulo 3: Cannabis	
Introducción • Suministro y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Tratamiento	46
Capítulo 4: Anfetaminas, éxtasis y sustancias alucinógenas	
Introducción • Suministro y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Anfetaminas y éxtasis en entornos recreativos: consumo e intervenciones • Tratamiento	57
Capítulo 5: Cocaína y crack	
Introducción • Oferta y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Consecuencias sanitarias del consumo de cocaína • Consumo problemático de cocaína y demanda de tratamiento • Tratamiento y reducción de daños	69
Capítulo 6: Consumo de opiáceos y drogas por vía parenteral	
Introducción • Suministro y disponibilidad • Estimaciones de prevalencia del consumo problemático de opiáceos • Consumo de drogas por vía parenteral • Tratamiento del consumo problemático de opiáceos	81
Capítulo 7: Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas	
Introducción • Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas • Prevención y respuesta a las enfermedades infecciosas • Muertes relacionadas con las drogas y mortalidad • Reducción del número de muertes relacionadas con las drogas	91
Capítulo 8: Nuevas drogas y tendencias emergentes	
Introducción • Actuación frente a las nuevas drogas • El fenómeno del «Spice» • Vigilancia de otras sustancias	104
Bibliografía	111



Prefacio

Es para nosotros un orgullo presentar este decimoquinto Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en Europa. El análisis aquí recogido se basa en los datos recopilados por la red ReitoX de puntos focales nacionales, que trabaja en estrecha colaboración con sus expertos nacionales. Para su elaboración, hemos contado además con la colaboración de la Comisión Europea, Europol, la Agencia Europea de Medicamentos y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades.

En el informe de este año encontrará, como siempre, un completo panorama del problema de las drogas en Europa y las medidas adoptadas para afrontarlo. Sin embargo, nuestra tarea va más allá de la mera difusión de estadísticas. El informe está animado por la necesidad de identificar y compartir las mejores prácticas y de garantizar que las intervenciones con base científica reciben el debido apoyo. Este imperativo se aplica por igual a las acciones dirigidas a combatir la oferta de drogas y a las destinadas a combatir la demanda. La lectura de este informe deja bien claro que hoy tenemos una idea más precisa de las medidas que realmente surten efecto, y que Europa ha avanzado mucho en algunas áreas. Pese a ello, siguen financiándose enfoques cuya eficacia no está demostrada. Las actuales presiones sobre el erario público han hecho más acuciante la necesidad de demostrar que los fondos públicos se gastan de forma juiciosa. Nuestra función en este terreno es aportar una evaluación neutral y desapasionada de los hechos que fundamentan las intervenciones.

Aunque centrado en Europa, en el informe se reconoce repetidamente la naturaleza global del problema de las drogas. Podrá leer, por ejemplo, sobre los cada vez más numerosos y graves problemas causados por las drogas en muchos de nuestros países vecinos. Tales problemas no son solo catastróficos para la salud pública de los países afectados, sino que, por su acción erosiva sobre el desarrollo social y su capacidad para alimentar la corrupción y la delincuencia organizada, representan una auténtica amenaza para la Unión Europea (UE). Europa está comprometida con una política de lucha contra la droga equilibrada y fundada en hechos, apoyada en un sólido conocimiento del problema. Es para nosotros motivo de orgullo que el modelo europeo de desarrollo de sistemas nacionales de información

sobre drogas tenga una influencia cada vez mayor. y nos satisface informar sobre la creciente presencia del OEDT en las iniciativas europeas de asistencia a países no pertenecientes a la UE en el desarrollo de su capacidad en este ámbito.

El millón de personas que según las estimaciones están recibiendo tratamiento para su drogodependencia dan testimonio del trabajo realizado para asegurar que quienes necesitan atención la reciban. Al mismo tiempo, recuerda la magnitud del problema que Europa sigue afrontando. El tratamiento de sustitución de opiáceos continúa siendo el predominante, pero la actitud al respecto parece estar cambiando, y empiezan a cuestionarse los resultados a largo plazo para sus beneficiarios. Son cuestiones de peso, pero también es importante reconocer los beneficios para la salud pública y la sociedad del aumento de la oferta de este tratamiento.

La mayor disponibilidad de tratamiento es una observación positiva, aunque todavía persisten grandes desigualdades en el acceso a la asistencia dentro de Europa. En la práctica, el tratamiento es a veces más inaccesible para quienes más lo necesitan, y esta desigualdad no es solo geográfica. En el informe de este año se analiza la importancia de los centros penitenciarios para llegar a los consumidores de drogas. Aunque se han hecho progresos en este medio, con demasiada frecuencia se pierden oportunidades valiosas de intervenir en grupos importantes de consumidores problemáticos de drogas.

Presentamos este informe en unos tiempos difíciles. La situación económica actual es quizás la dificultad más apremiante que ahora afrontan todos los Estados miembros de la UE, y es preciso evaluar con detenimiento las repercusiones sobre el consumo de drogas y la prestación de servicios. Todavía es demasiado pronto para predecir el efecto que la crisis económica tendrá sobre el consumo de drogas en Europa, pero sabemos que los grupos marginales y socialmente desfavorecidos son los más duramente afectados por los problemas de la droga. Los servicios destinados a consumidores de drogas están cada vez más amenazados por los recortes presupuestarios, que pueden afectar negativamente no solo a quienes consumen drogas, sino también a las sociedades en

las que viven. Pero no es ésta la única dificultad que afronta Europa en el ámbito de las drogas. Los cambios en la oferta de drogas tradicionales y la aparición de sustancias nuevas ponen cada vez más a prueba nuestros modelos de control de drogas. Los problemas que plantean estos cambios son complejos y están interrelacionados, por lo que exigen una respuesta coordinada y colectiva. El mensaje positivo de este informe es que Europa está mejorando su capacidad para seguir la pista a este fenómeno en rápida evolución. Se trata de un requisito indispensable

para comprender las dificultades que nos esperan y garantizar que nuestras respuestas políticas estarán a la altura de una situación, la de las drogas, en transformación constante.

João Goulão

Presidente, Consejo de Administración del OEDT

Wolfgang Götz

Director, OEDT





Agradecimientos

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

- los directores de los puntos focales nacionales de la red Reitox y su personal;
- los servicios de cada Estado miembro encargados de recoger los datos básicos para el informe;
- los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del OEDT;
- el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea (en particular, su Grupo de trabajo horizontal sobre drogas) y la Comisión Europea;
- el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y Europol;
- el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Oficina regional para Europa de la OMS, Interpol, la Organización Mundial de Aduanas, el proyecto ESPAD y el Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN);
- 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, Noruega, los países candidatos y la Comisión Europea. Los puntos focales son autoridades nacionales que, bajo la responsabilidad de sus gobiernos, facilitan información sobre drogas al OEDT.

En el sitio web del OEDT encontrará los datos necesarios para poder ponerse en contacto con ellos.



Nota introductoria

Este informe anual se basa en la información facilitada al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) por los Estados miembros de la Unión Europea (UE), los países candidatos Croacia y Turquía, así como Noruega, en sus informes nacionales. Los datos estadísticos que aquí presentamos se refieren al año 2008 (o al último año para el que se dispone de datos). En ocasiones, los gráficos y las tablas se refieren solo a un subgrupo de países de la Unión Europea: esta selección se ha hecho en función de los países que cuentan con datos para el periodo de referencia o para hacer hincapié en determinadas tendencias.

El análisis de tendencias se basa únicamente en los países que facilitan información suficiente para describir los cambios durante el periodo especificado. En el análisis de tendencias de los datos sobre mercados de la droga, los valores no disponibles para 2008 se ha reemplazado en ocasiones por las cifras de 2007; en el análisis de tendencias de los demás datos, los valores no disponibles se han interpolado en ocasiones.

A continuación se presenta información de referencia y algunas salvedades que deben tenerse en cuenta al leer el informe anual.

Datos sobre el suministro y la disponibilidad de droga

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

Las incautaciones de drogas suelen considerarse un indicador indirecto del suministro, de las rutas de tráfico y de la disponibilidad de las sustancias. Por otra parte, constituyen también un indicador más directo de las actividades de las fuerzas de seguridad (por ejemplo, de sus prioridades, recursos o estrategias), al tiempo que reflejan los procedimientos de información y la vulnerabilidad de los traficantes. Se pueden analizar asimismo los datos sobre la pureza o potencia y los

Acceso al informe anual y a sus fuentes de datos en Internet

El informe anual está disponible en 22 lenguas y puede descargarse del sitio web del OEDT. La versión electrónica contiene hipervínculos para consultar todas las fuentes en línea que se citan en él.

Los siguientes recursos están disponibles solo en Internet.

El boletín estadístico de 2010 presenta todas las tablas originales en los que se han basado los análisis estadísticos en el informe anual. Se describe también con detalle la metodología empleada y se presentan unos 100 gráficos estadísticos adicionales.

Los informes nacionales de los puntos focales Reitox presentan una descripción y un análisis detallado del problema de las drogas en cada país.

Los resúmenes nacionales contienen una síntesis gráfica de los aspectos más importantes de la situación de la droga en cada país.

precios de venta al por menor de las drogas ilegales para conocer mejor los mercados minorista de las drogas. Los precios de venta al por menor de las drogas comunicados al OEDT reflejan los precios para el consumidor. Las tendencias en los precios incluyen un factor de corrección para descontar la inflación a escala nacional. Los datos sobre pureza o potencia facilitados por la mayoría de los países se basan en una muestra de todas las drogas incautadas, y generalmente no se pueden relacionar con un nivel específico del mercado de las drogas. Los análisis de la pureza o potencia y de los precios al por menor se basan en la media, la moda o, en su ausencia, la mediana de los valores declarados. No obstante, la disponibilidad de este tipo de datos puede ser limitada en algunos países y pueden plantearse dudas sobre su fiabilidad y comparabilidad.

El OEDT recopila datos nacionales sobre las incautaciones de droga, pureza y precios al por menor en Europa. Los demás datos sobre el suministro de droga proceden de los sistemas de información de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y sus análisis, y se complementan con información adicional de Europol. La información sobre precursores de drogas procede de la Comisión Europea, que recoge datos sobre las incautaciones de estas sustancias en la UE, así como de la Junta Internacional de Fiscalización

de Estupefacientes (JIFE), que participa en iniciativas internacionales para la prevención del desvío de precursores químicos usados en la fabricación de drogas ilegales.

Los datos y estimaciones contenidos en este informe representan la mejor aproximación disponible, pero deben interpretarse con cautela, ya que en muchas partes del mundo todavía se carece de sistemas avanzados de información sobre el suministro de drogas.

Prevalencia del consumo de droga basada en encuestas de población general

El consumo de drogas en la población general o escolar se puede evaluar mediante encuestas representativas que permiten estimar la proporción de personas que declaran haber consumido drogas específicas durante determinados periodos. Las encuestas ofrecen también información útil sobre el contexto en relación con las pautas de consumo, las características sociodemográficas de los consumidores, la percepción de riesgos y la disponibilidad.

El OEDT, en estrecha colaboración con expertos nacionales, ha desarrollado una serie de temas básicos para las encuestas realizadas a la población adulta («modelo de cuestionario europeo», EMQ). Este protocolo se aplica ya en la mayoría de los Estados miembros de la UE. No obstante, todavía existen diferencias en la metodología empleada y en el año de recopilación de datos, por lo que incluso las pequeñas disparidades que existen, particularmente entre países, deben interpretarse con prudencia.

El coste de la realización de encuestas es elevado y son pocos los países europeos que recopilan información anualmente, aunque muchos lo hacen a intervalos de dos a cuatro años. En este informe se presentan los datos obtenidos de las últimas encuestas disponibles en cada país, realizadas en la mayoría de los casos entre 2005 y 2008. Los datos de prevalencia para el Reino Unido se refieren a Inglaterra y Gales, a menos que se especifique lo contrario, aunque se dispone también de datos por separado para Escocia e Irlanda del Norte.

De los tres intervalos de tiempo normalizados usados para comunicar datos de encuestas, el relativo a la prevalencia a lo largo de la vida (consumo de una droga en cualquier momento de la vida de una persona) es el más amplio. Esta unidad de medida no refleja la situación actual del consumo de drogas entre adultos, pero resulta útil para conocer las pautas de consumo y la incidencia. El OEDT

divide a los adultos en dos franjas de edad normalizadas, a saber, 15-64 años (todos los adultos) y 15-34 años (adultos jóvenes). Entre los países que utilizan límites de edad máximos o mínimos distintos se cuentan Alemania (18), Dinamarca (16), Hungría (18-59), Malta (18), Reino Unido (16-59) y Suecia (16). Se toma como referencia el consumo durante el último año y durante el último mes (consumo durante los últimos 12 meses o los últimos 30 días de la encuesta) (para más información, consulte el sitio web del OEDT). Para los escolares, la prevalencia a lo largo de la vida y durante el último año es similar, ya que el consumo de drogas ilegales antes de los 15 años de edad es raro.

El proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD, *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*) utiliza métodos e instrumentos normalizados para medir el consumo de drogas y alcohol entre muestras representativas de escolares de 15 a 16 años. Se han realizado encuestas en 1995, 1999, 2003 y 2007. En 2007 se recogieron datos en 35 países, entre ellos 25 Estados miembros de la UE, Noruega y Croacia.

Demanda de tratamiento

En los informes sobre demanda de tratamiento, el término «nuevos pacientes» hace referencia a los que han iniciado un tratamiento por primera vez en su vida, mientras que el término «todos los pacientes» se aplica a todos los que han empezado a recibirlo. No se incluye a los pacientes que estaban recibiendo tratamiento continuo a comienzos del año en cuestión. En los casos en los que se indica un porcentaje de demanda de tratamiento para una droga principal, el denominador es el número de casos para los que se conoce la droga principal.

Intervenciones

La información sobre la disponibilidad y puesta en marcha de diversas intervenciones en Europa se basa por lo general en la opinión informada de expertos nacionales, recogida mediante cuestionarios estructurados. No obstante, se dispone también de datos cuantitativos de vigilancia para algunos indicadores.

Infracciones de la legislación sobre drogas

El término «notificación» en relación con las infracciones de la legislación sobre drogas puede describir diferentes conceptos en los distintos países.





Comentario

Antiguas realidades, nuevas amenazas y austeridad económica: panorama actual de la política europea sobre drogas

Necesidad de evitar el pago de un alto precio por las medidas de contención de costes

Cuando Europa inicia un periodo de austeridad económica, con un nivel cada vez mayor de desempleo juvenil, crecen los temores de que pueda aumentar también el consumo problemático de drogas. Las comunidades deprimidas y marginadas tienen siempre un mayor riesgo de experimentar problemas con las drogas y sufrir los daños colaterales de delincuencia e inseguridad. Europa se enfrenta ahora a la doble amenaza de que, en un momento en el que la necesidad de respuestas eficaces posiblemente sea cada vez mayor, las medidas de austeridad puedan suponer recortes en las prestaciones. En los últimos diez años se han conseguido éxitos importantes, aunque irregulares, en la lucha contra las drogas. El número de tratamientos administrados ha aumentado mucho y se ha realizado un progreso considerable para prevenir las consecuencias sanitarias más negativas del consumo de drogas, como la infección por el VIH. Por otra parte, algunos estudios han demostrado que esas intervenciones pueden ser eficaces con relación al coste y reducir los gastos en problemas médicos, sociales y delictivos relacionados. El peligro está en que la situación económica actual pueda llevar a decisiones políticas que impongan a Europa unos costes a largo plazo muy superiores a los ahorros que puedan conseguirse a corto plazo.

En el centro de atención: directrices, marcos y mejora de los datos disponibles para evaluar la reducción de la oferta

El Tratado de Lisboa, en vigor desde el 1 de diciembre de 2009, ha dado un impulso renovado al papel de la Unión Europea en la elaboración de directrices, el establecimiento de indicadores y la promoción del intercambio de buenas prácticas en la lucha contra las drogas. En tiempos de austeridad económica, es muy importante asegurarse de que el gasto se oriente a intervenciones de eficacia demostrada. La estrategia europea en materia de drogas se caracteriza porque da más importancia a los resultados materiales que a la ideología. No obstante, siguen existiendo muchos ámbitos donde las inversiones se orientan a estrategias que no han demostrado claramente

su eficacia o que no han sido debidamente evaluadas, en lugar de adoptar otras estrategias de valor demostrado. Ese es un problema constante en el ámbito de la prevención, aunque no exclusivo de él. Existen ejemplos de programas eficaces en muchos aspectos de la reducción de la demanda, así como un conocimiento cada vez mayor de lo que probablemente constituye una actuación eficaz. El reto está en conseguir el consenso necesario para traducir ese conocimiento en una serie de directrices y marcos que sean suficientemente prescriptivos como para basar en ellos la mejora de los servicios, además de tener en cuenta los diferentes contextos que se encuentran en la Unión Europea.

El campo de la salud pública está acostumbrado desde hace mucho a la disciplina de tener que justificar los resultados de sus intervenciones. La necesidad de aplicar ese mismo enfoque a las actividades de reducción de la oferta se ha convertido en un tema cada vez más frecuente en los debates políticos de la UE. El gasto dedicado a la reducción de la oferta suele ser difícil de identificar en los presupuestos nacionales, pero los estudios indican que es considerable y que generalmente excede al empleado en respuestas de salud pública. En deliberaciones recientes del Consejo se ha concluido que la evaluación de las actividades de reducción de la oferta adolece de una falta de medidas e indicadores normalizados. El uso de indicadores básicos de reducción de la oferta es un objetivo contemplado en el actual plan de acción contra las drogas de la UE. En 2009, la Comisión Europea y el OEDT emprendieron una iniciativa conjunta para abordar este problema, y en 2011 está previsto que se identifiquen los indicadores básicos de la oferta y un mecanismo para su implantación.

Perspectivas políticas: retos para el modelo de política europea en materia de drogas

Prácticamente todos los Estados miembros de la UE han adoptado un enfoque común basado en una estrategia nacional contra las drogas, generalmente respaldado por un plan de acción que establece unos objetivos concretos y un horizonte temporal. Este modelo de política es

racional, ya que permite auditar periódicamente el progreso y ofrece la oportunidad de reorientar la política siempre que se considere que ha tomado un rumbo equivocado. Es también un enfoque riguroso, ya que obliga a formular, consensuar y adoptar nuevas estrategias frente a las drogas, a menudo cuando todavía se está evaluando la estrategia anterior. Tales dificultades se ponen de relieve en el informe de este año, donde por primera vez se reconoce que ya son menos los países que aplican una estrategia nacional válida en su lucha contra las drogas. Eso se debe en gran medida a las dificultades prácticas que plantean la evaluación y renovación de los documentos nacionales de estrategia que dejaron de ser válidos en 2008 o 2009. El OEDT está trabajando con los Estados miembros en la creación de herramientas de evaluación de políticas que permitan un análisis continuo de las tendencias en las políticas sobre drogas. No existen soluciones sencillas al problema que plantea la evaluación de esas políticas, pero sería una pena que las deficiencias en los procesos y en la planificación empañaran un logro importante de la respuesta europea al problema de las drogas.

Como se veía en el informe del año pasado, existe una estrecha relación entre los problemas del alcohol y las drogas. A pesar de ello, no se observa ninguna estrategia común que aúne las políticas relacionadas con las drogas y con el alcohol en los Estados miembros de la UE. Algunos países mantienen políticas separadas, otros las integran en una sola y otros ni siquiera han formulado una estrategia frente al alcohol. Existen sólidos argumentos que justifican la necesidad de buscar sinergias entre las políticas relacionadas con las drogas y las relacionadas con el alcohol, sobre todo porque en muchos casos se dirigen a las mismas poblaciones y entornos. Los modelos actuales de política se enfrentan también a un aumento del mercado de las sustancias psicotrópicas «legales», así como al uso indebido de productos farmacéuticos, como se verá más adelante. Desde la perspectiva de la salud pública, se hace evidente la necesidad de adoptar un enfoque más global que abarque tanto las sustancias ilegales como las legales, y posiblemente también otras conductas adictivas. El reto que se plantea es doble: considerar en qué medida esa visión de conjunto está justificada, y cómo esa perspectiva puede traducirse en un marco adecuado de reglamentación y control.

Las nuevas aportaciones a la legislación nacional sobre drogas revelan puntos en común y diferencias

Un ejemplo de las diferencias que existen entre los Estados miembros de la UE en la ejecución de sus políticas, incluso cuando existe un consenso general, se encuentra en las penas impuestas por delitos relacionados

con las drogas. En la mayoría de los países de la UE, los sistemas judiciales tienen en cuenta el tipo y la «peligrosidad» de la droga en cuestión, y si el delito tiene que ver con la participación en el mercado de las drogas o con el consumo personal o la posesión para consumo personal. Estas distinciones varían mucho de un país a otro. También pueden estar recogidas en la propia legislación o ser resultado de procesos que tienen lugar dentro del sistema judicial penal. No se sabe bien qué beneficios comportan los distintos enfoques, ni qué es lo que constituye una buena práctica, por lo que parece evidente que se necesita un análisis comparativo en este ámbito. En la actualidad, las comparaciones entre países deben hacerse con prudencia, ya que las diferencias entre los delitos pueden venir determinadas tanto por la jurisprudencia del país en cuestión como por la naturaleza de la propia infracción. Una segunda cuestión es el grado de distinción que se puede hacer entre los que se benefician de la venta y el tráfico de drogas y los que la consumen. Los datos más recientes indican una tendencia ligeramente a la baja en los delitos relacionados con el suministro, mientras que el número de delitos relacionados con el consumo sigue aumentando.

Tratamiento de las drogodependencias: mayor disponibilidad que nunca, pero algunas desigualdades evidentes

El tratamiento eficaz de los consumidores problemáticos de drogas es un pilar básico de la respuesta de Europa a las drogas. Se trata de un ámbito en el que tanto la calidad como la cantidad de la asistencia prestada siguen aumentando. El OEDT estima que más de un millón de personas al año reciben algún tipo de tratamiento por problemas con las drogas en la Unión Europea. La expansión de los tratamientos ha estado impulsada por la creación de nuevos servicios ambulatorios especializados, que cuentan con el respaldo de centros de bajo umbral o de proximidad. Es importante que, en algunos países, los servicios prestados a los consumidores de drogas combinen la asistencia especializada con la contribución de los servicios de atención primaria y los médicos de cabecera. Algunos tipos de problemas con las drogas, sobre todo los casos más difíciles de tratar, son probablemente los que mejor se resuelven con equipos de especialistas. No obstante, una mezcla adecuada de especialistas y generalistas puede ser un elemento importante para aumentar la oferta global de asistencia, especialmente cuando existen canales de derivación y apoyo sólidamente establecidos.

A pesar de esa mayor oferta de tratamientos, siguen existiendo algunas desigualdades evidentes en el

acceso en toda Europa. En la mayoría de los países de Europa oriental y meridional, la disponibilidad de tratamiento es algo limitada, como reflejan las largas listas de espera. El grado de disponibilidad no se puede evaluar correctamente si no se considera la cobertura relativa de la población que necesita asistencia. Es difícil saber con cierta seguridad si el grado de asistencia disponible puede atender las necesidades, aunque puede afirmarse que se ha avanzado algo en lo que respecta al tratamiento de sustitución de opiáceos. Globalmente, el OEDT estima que cerca de 670 000 europeos reciben hoy en día tratamiento de sustitución de opiáceos, lo que supone casi la mitad del número estimado de consumidores problemáticos de estas sustancias. La cifra varía mucho de un país a otro, con estimaciones nacionales que van desde menos del 10 % hasta más del 50 % de los consumidores problemáticos de opiáceos que reciben asistencia. Las diferencias en la disponibilidad de asistencia se ilustran mejor con la observación de que solo el 2 % de los tratamientos de sustitución se administran en los 12 Estados miembros que ingresaron en la Unión Europea en 2004.

El tratamiento de sustitución se considera también una medida de reducción de daños. Conjuntamente con el intercambio de agujas y jeringuillas, ha sido objeto de una intensa campaña de promoción, por ser un componente importante de una estrategia integral de prevención del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Con unas tendencias generalmente estables o a la baja en los niveles de consumo por vía parenteral y en las infecciones por VIH relacionadas con las drogas, la situación de la Unión Europea en cuanto a la transmisión de VIH relacionada con las drogas parece positiva en comparación con otras regiones del mundo. El OEDT ha publicado una monografía científica sobre la reducción de daños en 2010, en la que se representa gráficamente la integración del concepto de reducción de daños en otras políticas europeas y se constata que, hoy en día, tanto el tratamiento de sustitución como el intercambio de jeringuillas son ya componentes habituales de las políticas europeas sobre drogas. En esta monografía se insiste también en la necesidad de mejorar las evidencias que sirvan como base para otras intervenciones de reducción de daños y la escasez de modelos sólidos de reducción de daños para hacer frente al consumo problemático de estimulantes y al policonsumo de drogas, dos tipos de consumo que están aumentando en Europa. Hay que decir también que las respuestas en Europa siguen sin tener un efecto significativo en la infección por el virus de la hepatitis C entre los consumidores de drogas por vía parenteral y en

las muertes por sobredosis de drogas, y que las medidas de reducción de daños podrían realizar una contribución importante aquí.

Modelos de asistencia y respuesta ante el problema, en constante transformación, de las drogas en Europa

Las pautas actuales de consumo de drogas plantean un desafío a los servicios públicos, que deben dar respuestas más complejas y diferenciadas en función de las necesidades, con una mejor coordinación de los recursos genéricos de asistencia sanitaria y social. El tratamiento de sustitución, por ejemplo, se puede observar en un grupo de más edad y más crónico que necesita asistencia, un aspecto que se analiza en una Cuestión particular que acompaña a este informe. La necesidad de ofrecer tratamiento y encontrar otras respuestas a los problemas relacionados con drogas no opiáceas es también cada vez mayor, como lo es también el número de consumidores de cannabis y estimulantes que establecen contacto con los servicios. Las complejas pautas de policonsumo de drogas, que a menudo incluyen problemas relacionados con el alcohol, plantean otro reto. Los modelos asistenciales están mejorando en esos ámbitos, aunque sigue existiendo un margen considerable para la elaboración y el intercambio de buenas prácticas. Aunque los tratamientos puramente farmacológicos de los consumidores de estimulantes siguen pareciendo bastante improbables, el interés cada vez mayor que despierta la investigación en este campo ha conseguido resultados alentadores, como un mejor conocimiento de la contribución que realizan las intervenciones psicosociales.

Cannabis: importantes variaciones regionales

El cannabis sigue siendo la droga ilegal más popular en Europa, aunque se observan grandes diferencias en la prevalencia del consumo entre unos países y otros, como demuestra el hecho de que las estimaciones más altas sean hasta 30 veces mayores que las más bajas. Globalmente, las tendencias en el consumo indican niveles estables o a la baja. Pero dentro de ese panorama general a largo plazo, se pueden identificar algunas pautas divergentes. Destacan algunos países en Europa oriental donde los niveles de consumo siguen aumentando y, en algunos casos, alcanzan o exceden los niveles de prevalencia encontrados en Europa occidental.

Cada vez se conocen mejor las consecuencias sanitarias del consumo de cannabis, que en su mayoría afectan a los consumidores con pautas de consumo diario o crónico. En análisis recientes de las consecuencias adversas para la salud de esa droga se han identificado

algunos efectos como ansiedad, reacción de pánico y síntomas psicóticos. Estos efectos agudos son la causa de un número importante de urgencias hospitalarias relacionadas con drogas en los pocos países que hacen un seguimiento de ellas.

Según los datos más recientes, el número total de pacientes que inician un tratamiento de drogadicción por primera vez y que declaran el cannabis como principal droga consumida está disminuyendo en la mayoría de los países. Los factores que han producido ese cambio no están claros, pero merecen ser investigados, ya que podrían indicar tanto una reducción de la capacidad de los servicios para atender a pacientes nuevos como una disminución del número de personas derivadas a tratamiento por consumo de cannabis.

La elevada demanda de cannabis en Europa se refleja en unas incautaciones anuales cercanas a las 1 000 toneladas de esta droga. En total, los datos indican que la disponibilidad de cannabis, en sus distintas formas, puede estar aumentando más que reduciéndose en el mercado europeo. A pesar de los indicios que apuntan a que la producción doméstica de cannabis se ha hecho más frecuente, la cantidad de hierba de cannabis incautada en la Unión Europea se ha mantenido estable, mientras que la de resina de cannabis ha aumentado. En términos de volumen, la diferencia entre las incautaciones de resina de cannabis y de hierba de cannabis es del orden de diez a una. Cualquier conclusión que se extraiga sobre la disponibilidad de los distintos tipos de cannabis en Europa exige mucha cautela, ya que la hierba de cannabis se produce más cerca de su mercado de destino y, por tanto, la probabilidad de que sea interceptada es menor. Cada vez hay más informes sobre la participación de la delincuencia organizada en la producción doméstica de cannabis, lo que exige nuevas actuaciones de las fuerzas de seguridad tanto nacionales como europeas.

El complejo mercado de las drogas estimulantes en Europa

La cocaína sigue siendo la segunda droga ilegal más consumida en Europa después del cannabis, aunque se aprecian grandes diferencias en los niveles y las tendencias del consumo entre unos países y otros. Se observan niveles altos y cada vez mayores de consumo de cocaína solo en un pequeño número de países, casi todos ellos en Europa occidental, mientras que en el resto de Europa el consumo de esta droga sigue siendo limitado. No se sabe si esta situación se mantendrá o si el consumo de cocaína se extenderá a otras partes de Europa, en especial a Europa oriental. Algunas informaciones han

Resumen de las estimaciones sobre el consumo de drogas en Europa

Las estimaciones se refieren a la población adulta (de 15 a 64 años) y se basan en los datos más recientes de los que se dispone (encuestas realizadas entre 2004 y 2008). El conjunto completo de datos e información sobre la metodología se puede consultar en el boletín estadístico adjunto.

Cannabis

Prevalencia a lo largo de la vida: al menos 75,5 millones (el 22,5 % de los europeos adultos)

Consumo durante el último año: unos 23 millones de adultos europeos (6,8 %), es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida

Consumo durante el último mes: unos 12,5 millones de europeos (3,7 %)

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses:

Variación general: del 0,4 % al 15,2 %

Cocaína

Prevalencia a lo largo de la vida: unos 14 millones (el 4,1 % de los europeos adultos)

Consumo durante el último año: 4 millones de adultos europeos (1,3 %), es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida

Consumo durante el último mes: unos 2 millones (0,5 %)

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses:

Variación general: del 0,0 % al 3,1 %

Éxtasis

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

Consumo durante el último año: unos 2,5 millones (0,8 %), es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses:

Variación general: del 0,1 % al 3,7 %

Anfetaminas

Prevalencia a lo largo de la vida: unos 12 millones (el 3,7 % de los europeos adultos)

Consumo durante el último año: unos dos millones (0,6 %), es decir, una sexta parte de los consumidores a lo largo de la vida

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses:

Variación general: del 0,0 % al 1,7 %

Opiáceos

Consumidores problemáticos de opiáceos: se estiman entre 1,2 y 1,5 millones de europeos

Las muertes inducidas por drogas representan el 4 % de todas las muertes de europeos de 15 a 39 años de edad, habiéndose encontrado opiáceos en casi el 75 % de los casos.

Droga principal en un 50 % de todas las solicitudes de tratamiento

Cerca de 670 000 consumidores de opiáceos recibieron tratamiento de sustitución en 2008

suscitado preocupación por el posible aumento del tráfico de esta droga en la región; también preocupan los informes esporádicos de consumo de cocaína en algunos entornos.

Las nuevas rutas a través de Europa oriental no son el único motivo de preocupación con relación al tráfico de cocaína. La droga sigue entrando en Europa principalmente a través de la península Ibérica y los Países Bajos. Un hecho relativamente nuevo es el desmantelamiento de laboratorios de extracción secundaria que recuperan la cocaína en forma de clorhidrato o de base que se encuentra en materiales portadores como cera de abeja, fertilizantes, tejidos, hierbas, plásticos o líquidos. En 2008, España informó a Europol del desmantelamiento de treinta laboratorios de ese tipo. Este hecho indica unos niveles altos de innovación y sofisticación tecnológica entre los importadores de cocaína a la Unión Europea. La cocaína, debido a su gran valor económico, puede cortarse varias veces con una o más sustancias. En los Estados Unidos y Europa se ha detectado el uso de levamisol (l-tetramisol) como adulterante de la cocaína, lo que ha llevado al sistema europeo de alerta temprana a emitir una alerta en 2009. Esta sustancia puede comportar otros riesgos para la salud de los consumidores de cocaína.

Aunque los servicios de tratamiento de drogodependencias en Europa siguen estando orientados sobre todo a los consumidores problemáticos de opiáceos, la cocaína es ya la droga consumida por el 25 % de los que inician por primera vez un tratamiento de ese tipo. La mayoría de esos casos se han notificado en un reducido número de países, principalmente España, Italia y Reino Unido, y se pueden diferenciar dos grupos: varones sin problemas de integración social que esnifan la droga; y consumidores marginados que consumen cocaína por vía parenteral o que consumen *crack* junto con otras sustancias. La creciente mortalidad asociada al consumo de cocaína es también motivo de preocupación. En la actualidad se notifican cerca de 1 000 muertes al año relacionadas con la cocaína, habiéndose producido un marcado aumento en España y el Reino Unido, dos países donde el consumo de esta droga está muy extendido desde hace tiempo. Aunque en general se detecta también la presencia de otras drogas, ese aumento es preocupante, especialmente debido a los problemas que siguen existiendo de infranotificación del papel de la cocaína en las muertes de consumidores que tenían problemas cardiovasculares previos.

En conjunto, el consumo de anfetaminas sigue siendo menor que el de cocaína en Europa, pero en muchos países la anfetamina o la metanfetamina siguen siendo

las drogas estimulantes consumidas con más frecuencia. El consumo problemático de anfetamina se notifica principalmente en países del norte de Europa, mientras que el consumo problemático de metanfetamina se restringe en gran parte a la República Checa y a Eslovaquia. No obstante, esta situación podría estar cambiando lentamente, puesto que ahora se notifica también la producción de metanfetamina en Lituania y Polonia, con los mercados escandinavos como destino principal. En esos países se puede estar vendiendo en lugar de anfetamina. El consumo problemático de anfetamina y metanfetamina es el motivo de una Cuestión particular que acompaña a este informe anual.

Opiáceos y consumo de drogas por vía parenteral

El consumo de heroína, sobre todo por vía parenteral, sigue siendo responsable de la mayor tasa de morbilidad y mortalidad relacionadas con el consumo de drogas en la Unión Europea. Una estimación prudente del número de consumidores problemáticos de opiáceos en Europa arroja una cifra de 1,35 millones, y la mayoría de los que inician un nuevo tratamiento siguen mencionando los opiáceos como la principal droga consumida. Los datos procedentes de distintas fuentes indican que el problema con los opiáceos se mantiene en general estable o se ha agravado en la Unión Europea desde 2003-2004. Las incautaciones de heroína han aumentado en número, pero no en cantidad, aunque ese dato debe interpretarse teniendo en cuenta el aumento de incautaciones de la droga en Turquía. Los datos sobre tendencias obtenidas de estimaciones de la prevalencia parecen estables, la demanda de un primer tratamiento está creciendo lentamente en algunos países y se ha observado un aumento de las muertes inducidas por drogas y de las infracciones de la legislación sobre drogas en los últimos dos años. En cierta medida, ese aumento puede reflejar la naturaleza a largo plazo de los problemas con los opiáceos, ya que una vez que se adquiere dependencia, ésta se mantiene durante mucho tiempo. Por consiguiente, incluso un número relativamente pequeño de nuevos consumidores es suficiente para mantener la población total. El número de consumidores de drogas por vía parenteral en Europa es de 750 000 a 1 000 000, con grandes diferencias de prevalencia entre unos países y otros. Los problemas que existen con la calidad de los datos obligan a interpretar con mucha prudencia estas cifras. Las tendencias en el consumo de drogas por vía parenteral son especialmente difíciles de interpretar, pero los datos de seguimiento de los tratamientos indican que la tendencia a medio plazo es a la baja y que los consumidores por vía parenteral constituyen ya una

minoría entre los consumidores de opiáceos que acuden por primera vez a servicios de tratamiento en Europa.

No obstante, la vía parenteral sigue siendo la más utilizada para la administración de opiáceos en muchos países de Europa oriental. Esa observación aumenta la preocupación considerable que ya existe por las consecuencias del consumo de drogas para la salud pública en algunos países vecinos de la Unión Europea. En la frontera oriental de la Unión Europea, tanto Rusia como Ucrania parecen tener niveles de consumo problemático de opiáceos entre dos y cuatro veces mayores que la media de la UE. Algunos de los problemas relacionados con el consumo de opiáceos en esta región son las elevadas tasas de infección por el VIH y las muertes inducidas por drogas.

Las sobredosis constituyen la principal causa de muertes evitables relacionados con el consumo de drogas ilegales en Europa, y los análisis toxicológicos detectan la presencia de heroína en la mayoría de las muertes inducidas por drogas. Esto vuelve a poner de relieve la importancia que tienen los opiáceos para entender las consecuencias del consumo de drogas para la salud pública en Europa. Desde 2003, el número de muertes inducidas por drogas ha aumentado en la mayoría de los países europeos, al igual que la edad de los fallecidos, lo que indica el envejecimiento de la población de consumidores crónicos. Los datos provisionales sugieren un aumento moderado del número de muertes inducidas por drogas en los Estados miembros de la UE y Noruega: 7 371 casos notificados en 2008 frente a 7 021 en 2007. Esas estimaciones son probablemente conservadoras. Se estima también que, por cada sobredosis mortal, se producen 20-25 sobredosis no mortales, o unas 150 000 al año en la Unión Europea. Actualmente se reconoce que las sobredosis no mortales pueden causar un daño importante en la salud, además de asociarse a un riesgo más alto de sobredosis en el futuro. Desde la perspectiva de la salud pública, uno de los retos más importantes para los servicios prestados a los consumidores de drogas en Europa es la necesidad de adoptar medidas para la prevención eficaz de las sobredosis, tanto mortales como no mortales. En la actualidad no se está haciendo nada para afrontar ese problema.

Sustancias psicotrópicas «legales»: un reto continuo para la vigilancia y la respuesta frente a las drogas

Los intentos para detectar y responder debidamente ante la aparición de nuevas sustancias psicoactivas se esfuerzan por seguir a un mercado sofisticado, innovador y dinámico, que continuamente está buscando nuevos

productos y estrategias de comercialización. Con 24 nuevas drogas sintéticas identificadas por primera vez en Europa, 2009 fue un año récord para el sistema europeo de alerta temprana. Esta pauta se ha mantenido igual en 2010, con 15 nuevas sustancias detectadas a mediados de julio, entre ellas catinonas sintéticas, cannabinoides sintéticos y nuevos derivados sintéticos de la cocaína y la anfetamina.

En julio de 2010, el comité científico del OEDT realizó una evaluación formal del riesgo de la mefedrona, una catinona sintética. El motivo fue la creciente preocupación que suscitaba esa droga, que se estaba comercializando como una alternativa legal a estimulantes como la cocaína y el éxtasis. La evaluación del riesgo se realizó como parte del mecanismo europeo de alerta temprana utilizado para controlar las nuevas sustancias psicotrópicas. No obstante, la velocidad a la que evoluciona este ámbito es tal que no solo algunos Estados miembros han tenido que introducir ya legislación para prohibir la mefedrona, sino que algunos sitios web que la vendían han tenido que cerrarse y en ocasiones han sido sustituidos rápidamente por otros que ofrecían sustancias alternativas.

Es necesaria una vigilancia permanente y una respuesta rápida ante la entrada de nuevas sustancias en el mercado, como son los nuevos grupos químicos de sustancias psicotrópicas «legales». Algunos ejemplos son los aminoindanos (metilendioxi aminoindano, MDAl) y los derivados sintéticos de la cocaína (como fluorotropacocaína). Aunque esas sustancias son todavía poco frecuentes, tras las medidas adoptadas para prohibir la mefedrona en 2010, se han empezado a detectar cada vez con más frecuencia y el sistema de alerta temprana ha empezado a recibir casos de consumidores que tienen problemas. El OEDT está vigilando la disponibilidad y los posibles efectos de estas sustancias sobre la salud.

El ejemplo de la mefedrona pone de relieve la presión que los Estados miembros de la UE soportan a veces de los medios de comunicación y el público en general para responder con rapidez ante una nueva amenaza potencial. El OEDT ha trabajado y colaborado estrechamente con Europol y la Agencia Europea de Medicamentos, para facilitar información puntual que sea veraz y fiable. En este ámbito sujeto a tantos cambios, existe una necesidad cada vez mayor de reforzar la capacidad de Europa para vigilar proactivamente la situación y, sobre todo, para analizar e identificar los componentes químicos de las mezclas de los productos vendidos y evaluar sus posibles consecuencias para la salud pública. La ausencia de material de referencia

estandarizado es un problema aquí. En cuanto a las estrategias de control, la forma en que se producen y comercializan estos productos constituye un buen argumento para justificar la necesidad de adoptar medidas eficaces a escala europea que respalden las iniciativas nacionales.

La delincuencia organizada reconoce el potencial que ofrecen las nuevas sustancias sintéticas

La tarea de legislar para estas nuevas sustancias se ve complicada por numerosos factores. Algunos Estados miembros han introducido legislación genérica que abarca sustancias del mismo grupo químico. Esta opción legal está disponible solo en algunos países, y puede ser difícil de poner en práctica. Otras dificultades se deben a que algunas de esas sustancias pueden tener usos legítimos no médicos, venderse para fines supuestamente legítimos o utilizarse para fines de investigación y desarrollo en la industria farmacéutica. Dicho eso, incluso las medidas de control que están bien concebidas no siempre pueden resolver todos los problemas en este ámbito, y existe el peligro de que puedan hasta impulsar una transición no deseada de un mercado «legal highs» (sustancias psicoactivas «legales») restringido en su mayor parte a Internet, a otro en el que se vea implicada la delincuencia organizada. Las drogas del grupo de las catinonas, como la mefedrona, la metilona y la MDPV, han aparecido todas ellas en el mercado ilegal, donde se venden como alternativas a la cocaína, el éxtasis y la anfetamina, o como las propias drogas que son. Europol ha informado del desmantelamiento de algunos grandes laboratorios ilegales de fabricación de éxtasis que también producían pastillas de mefedrona, y más de 20 países europeos han informado de la presencia de esta droga en sus incautaciones. Es difícil de predecir hasta qué punto las nuevas drogas sintéticas llegarán a constituir una parte importante del futuro mercado de drogas ilegales en Europa. No obstante, es probable que las organizaciones criminales no tarden en reconocer el potencial que ofrecen esas sustancias, que pueden comprarse muy baratas y en grandes cantidades, que en el futuro se podrán sintetizar fácilmente y que constituyen alternativas atractivas a las drogas reguladas.

El «diseño» de una droga capaz de sustituir a una sustancia regulada no es un concepto nuevo. Antes, las drogas de diseño se producían ilegalmente y se vendían directamente en los mercados ilegales. Una diferencia

importante es que ahora está surgiendo una nueva interacción entre los mercados legales y no legales, que consiste en comprar legalmente sustancias químicas para luego venderlas como alternativas a sustancias psicotrópicas ilegales.

Lo que se avecina: medicamentos, medicamentos falsificados y nuevos medicamentos de diseño

Estados Unidos tiene desde hace mucho tiempo un problema con las drogas y la evolución de ese mercado ha repercutido a veces en Europa. En la actualidad, el uso indebido de medicamentos sujetos a prescripción médica, especialmente de opiáceos como OxyContin, es motivo de gran preocupación para los responsables de la política de Estados Unidos en materia de drogas. En Europa, el uso indebido de medicamentos sujetos a prescripción médica, con la excepción de los utilizados en tratamientos de sustitución de opiáceos, no se considera un problema grave. Eso se debe en parte al marco regulador y a las prácticas de prescripción que existen y que son diferentes que las de Estados Unidos. La posibilidad de un uso indebido es también una cuestión que contempla el sistema europeo de farmacovigilancia, del que es responsable la Agencia Europea de Medicamentos, con la colaboración del OEDT en cuestiones relacionadas con el uso indebido de medicamentos. La expansión de los medicamentos falsificados, que se fabrican y venden en lugar de los productos legítimos, es un problema cada vez mayor. En 2009, el sistema de alerta temprana detectó la presencia de sustancias basadas en ligeras modificaciones de las estructuras químicas de medicamentos con un riesgo conocido de abuso. El auge de las nuevas medicinas de diseño supondrá un esfuerzo más en la tarea de asegurar que los medicamentos sujetos a prescripción médica no se destinen a usos indebidos. Ése es un ejemplo de cómo las nuevas sustancias introducidas en el mercado ilegal requieren una respuesta firme y conjunta por parte de los marcos reguladores en los que se basa el control de los medicamentos y las drogas. Esta cuestión es más una amenaza potencial que un problema inmediato, pero dada la velocidad a la que suceden las cosas en este campo, es importante anticiparse a los futuros retos. La sugerencia de que en el futuro podría aumentar el número de drogas nuevas basadas en medicamentos ya existentes, pero utilizadas con fines no terapéuticos, es motivo de especial preocupación.

Capítulo 1

Políticas y legislación

Introducción

El seguimiento y evaluación de las estrategias y planes de acción contra las drogas es un tema importante tanto a escala nacional como internacional. Los últimos avances en este ámbito, descritos en el presente capítulo, incluyen un nuevo sistema de vigilancia creado por las Naciones Unidas y los primeros resultados de la ejecución del nuevo plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE. Se describen también algunos de los éxitos y las dificultades relativas a los exigentes ciclos de evaluación y renovación de las políticas sobre drogas que han adoptado la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea (UE).

En este capítulo se analizan los distintos enfoques jurídicos utilizados en Europa para diferenciar unas drogas de otras. Son enfoques de este tipo los basados en la aplicación de una amplia serie de disposiciones legales, los sustentados en sistemas de clasificación de las drogas y los basados en el criterio discrecional de la fiscalía y la judicatura. Otra forma de diferenciación es la basada en las cantidades umbral establecidas para distinguir entre consumo personal y delito de tráfico. En este capítulo se comentan los nuevos datos y las tendencias del gasto público relacionado con las drogas, así como los avances recientes de la investigación en este ámbito en Europa.

Evolución de la política internacional y de la UE

Seguimiento de la declaración política y del plan de acción de las Naciones Unidas

En la reunión política de alto nivel celebrada en 2009 por la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas (CND), los Estados miembros de dicha organización adoptaron una nueva declaración política y un nuevo plan de acción para afrontar el problema de las drogas en todo el mundo (OEDT, 2009a). Aprobaron también una resolución (52/12) para mejorar la recogida, publicación y análisis de datos, con el fin de hacer un seguimiento de

la aplicación de esos nuevos documentos de la política sobre drogas.

Ante las dificultades surgidas en la revisión final de la declaración política y de los planes de acción de los diez años anteriores, la resolución instaba al desarrollo de herramientas y mecanismos de recogida de datos que proporcionasen datos fiables y comparables. Una de las prioridades establecidas fue la necesidad de mejorar la calidad de los informes de los Estados miembros de las Naciones Unidas, y el objetivo de evitar una duplicación innecesaria con los sistemas internacionales de vigilancia, entre ellos los de otros organismos de Naciones Unidas o los de organismos regionales como el OEDT.

La nueva herramienta de las Naciones Unidas para la recogida de datos se combinará con el Cuestionario de información anual (ARQ), una herramienta de vigilancia asociada a los convenios de las Naciones Unidas en materia de control de drogas, que incluye una nueva serie de preguntas relacionadas con la declaración política y los planes de acción aprobados recientemente. El nuevo cuestionario debe ser aprobado en la reunión que celebrará la CND en 2011, para iniciar de inmediato el primer ciclo de recogida de datos.

Estrategia y plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE

En el primer año de ejecución del nuevo plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE (2009-2012) se llevaron a cabo diversas actividades. Durante sus respectivas presidencias de la Unión Europea, tanto la República Checa como Suecia contribuyeron a la ejecución del plan de acción con la adopción de varias conclusiones del Consejo. En una de ellas se instaba al desarrollo de indicadores clave en el ámbito de los mercados de la droga, la delincuencia relacionada con la droga y la reducción de la oferta, en otra se invitaba al intercambio de buenas prácticas, directrices y normas de calidad para la prevención universal, y en una tercera se recomendaba reforzar la capacidad de investigación de la Unión Europea en materia de drogas ilegales.

La Comisión Europea publicó un informe sobre la aplicación de la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo, de 25 de octubre de 2004, relativa al establecimiento de disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delito y las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas. La Comisión concluyó que dicha decisión, si bien representaba un primer paso hacia un enfoque común en la lucha contra el tráfico de drogas, no suponía ningún avance importante en la armonización de las legislaciones nacionales ⁽¹⁾. La Comisión publicó también un documento de trabajo en el que describía los mecanismos existentes para la detección, vigilancia y respuesta a las tendencias emergentes en la Unión Europea y en el que proponía directrices para el trabajo en el futuro ⁽²⁾. Se emprendió además un nuevo proyecto para facilitar la implantación de un sistema comunitario de elaboración de perfiles forenses de drogas sintéticas ⁽³⁾. Esos perfiles ofrecen una especie de «huella» de las drogas y pueden, por tanto, ayudar a localizar a los fabricantes y conocer los canales de distribución. En este capítulo se describen también otras actividades de la Comisión relativas a la colaboración con la sociedad civil y la investigación en materia de drogas. La primera evaluación completa del progreso en la ejecución del plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE (2009-2012) se publicará a finales de 2010.

Sociedad civil y formulación de las políticas en materia de drogas

El Foro de la Sociedad Civil sobre las drogas de la Comisión Europea celebró su tercera reunión en marzo de 2009. Uno de los dos puntos principales del orden del día fue la Acción Europea sobre la Droga (véase más adelante). El otro fue el futuro del foro, a cuyo efecto se centró el debate en aspectos prácticos como la selección de participantes y la organización de reuniones. Se consideró además el futuro papel del Foro de la Sociedad Civil sobre las drogas y se analizó si debía seguir siendo una plataforma informal de intercambio o convertirse en un órgano consultivo formal de la Comisión.

Otra iniciativa encaminada a la implicación y movilización de la sociedad civil es la Acción Europea sobre la Droga de la Comisión Europea. El proyecto invita a organismos públicos, instituciones, asociaciones, organizaciones no gubernamentales, empresas y ciudadanos a comprometerse con una acción específica en el ámbito de las drogas. De esta forma,

Respuesta a las drogas en el Tratado de Lisboa

El Tratado de Lisboa, en vigor desde el 1 de diciembre de 2009, pretende dotar a la Unión Europea de unos métodos de trabajo y unas reglas de votación simplificados, así como de unas instituciones eficientes y modernas ⁽¹⁾. Refuerza asimismo la capacidad de la Unión Europea para actuar en diversos ámbitos de la política sobre drogas.

El tráfico de drogas ilegales se afronta en el espacio de libertad, seguridad y justicia (artículo 83), que prevé el establecimiento de unas normas mínimas relativas a la definición de delitos penales y sanciones. El Tratado permite la creación de una fiscalía europea, con la posibilidad de ampliar sus competencias a la lucha contra los delitos graves que tengan una dimensión transfronteriza (artículo 86). En última instancia, podría perseguir delitos relacionados con el tráfico de drogas a escala de la UE.

El Tratado de Lisboa se ocupa también de la salud pública y, como antes, capacita a la Unión Europea para que complemente la actuación de los Estados miembros en la reducción de «los daños en la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención». El nuevo artículo sobre salud pública permite a la Comisión Europea tomar la iniciativa, en estrecho contacto con los Estados miembros, para establecer directrices e indicadores, organizar el intercambio de buenas prácticas y preparar los elementos necesarios para un seguimiento y una evaluación continuos. De esta forma se refuerza el trabajo realizado por la Comisión y el OEDT en esos ámbitos.

⁽¹⁾ Para más información, consulte el Tratado de Lisboa en la página web Europa.

trata de ofrecer a la sociedad civil una plataforma para sensibilizar más aún a los ciudadanos sobre el problema de las drogas y los riesgos asociados a su consumo, además de promover el diálogo y los intercambios de buenas prácticas. Cerca de 640 solicitantes habían contraído ya un compromiso formal en marzo de 2010.

La movilización de la sociedad civil debe ser uno de los principios básicos de la nueva estrategia de la UE en materia de drogas ⁽⁴⁾. Así quedó establecido en el Programa de Estocolmo adoptado por el Consejo Europeo. Dicho programa crea un marco para la acción comunitaria en cuestiones como la participación ciudadana, la justicia, la seguridad, el asilo y la inmigración en el espacio de justicia, libertad y seguridad para los años 2010-2014.

⁽¹⁾ Comunicado de prensa Europa MEMO/09/548.

⁽²⁾ SEC(2009) 1090 final.

⁽³⁾ 13405/09 Cordroque 63.

⁽⁴⁾ El refuerzo de la cooperación con terceros países y la mejora de la investigación y la información fueron los otros dos principios básicos.

Estrategias nacionales en materia de drogas

Evolución reciente

Las estrategias y planes de acción en materia de drogas son actualmente instrumentos fundamentales de las políticas nacionales en este ámbito en Europa. De los 30 países examinados por el OEDT, casi todos han adoptado ya documentos sobre una política de este tipo, que renuevan periódicamente. En 2009, siete países europeos adoptaron nuevas estrategias y planes de acción contra las drogas (ver tabla 1), mientras que otros 12 estaban trabajando a principios de 2010 en la renovación de los documentos sobre la política nacional al respecto ⁽⁵⁾.

Retos que plantea la renovación de los documentos relativos a la política en materia de drogas

Algunos países han notificado recientemente un retraso en la renovación de los documentos relativos a la política nacional en materia de drogas ⁽⁶⁾. Cinco de los países cuya estrategia o plan de acción sobre drogas expiró en diciembre de 2008 no habían aprobado todavía ningún documento nuevo un año después (Italia, Letonia, Lituania, Portugal y Rumanía). Otros países cuyos documentos expiraban en 2009 tampoco los habían renovado durante ese año. Como resultado, por primera vez desde mediados de la década de 1990, se registra un descenso en el número de países europeos que disponen de una estrategia o plan de acción sobre drogas válido a escala nacional.

La renovación de los documentos de este tipo es un proceso complejo que consta de varias etapas. La primera de ellas es la evaluación final de la estrategia o plan de acción vigente todavía o expirado recientemente ⁽⁷⁾. Durante la siguiente fase, de formulación de la nueva política, se consulta también a las partes interesadas y, en ocasiones, a la población general. Puesto que las estrategias y planes de acción sobre las drogas vienen a coordinar la labor de los distintos órganos administrativos, su redacción suele implicar el envío de borradores sucesivos a los distintos ministerios. Finalmente, los documentos definitivos han de obtener la aprobación del Gobierno o del Parlamento. Informes recientes indican que todo este proceso puede tardar entre seis meses y dos años en completarse. No obstante, en la práctica el plazo de elaboración de los documentos nacionales en materia de drogas suele ser de cuatro a ocho años. Así pues, para que el proceso de renovación tenga lugar a tiempo, a veces ha de iniciarse cuando el documento existente apenas ha llegado a la mitad del periodo de validez o, como muy tarde, varios meses antes de su fecha de expiración. En cambio, la evaluación final no puede hacerse hasta que finalice la estrategia o el plan de acción, y posiblemente haya que esperar más aún, hasta disponer de datos epidemiológicos y de otro tipo que permitan evaluar su impacto.

La Unión Europea y algunos países europeos han decidido recientemente abordar, casi de forma

Tabla 1: Documentos de política sobre drogas adoptados en 2009

País	Nombre del documento de política	Periodo abarcado	Ámbito de aplicación	Notas
Bulgaria	Estrategia nacional de lucha contra las drogas	2009-2013	Drogas ilegales	Complementada por un plan de acción (2009-2013)
Irlanda	Estrategia nacional en materia de drogas. Provisional	2009-2016	Drogas ilegales	Será sustituida por una estrategia de lucha contra el consumo indebido de sustancias que incluirá también el alcohol
España	Estrategia nacional en materia de drogas	2009-2016	Drogas ilegales, alcohol y tabaco	Complementada por un plan de acción (2009-2012)
Chipre	Estrategia nacional en materia de drogas	2009-2012	Drogas ilegales	
Hungría	Estrategia nacional frente al problema de las drogas	2010-2018	Drogas ilegales	Se complementará con planes de acción
Eslovaquia	Estrategia nacional de lucha contra las drogas	2009-2018	Drogas ilegales	Se complementará con planes de acción
Croacia	Plan de acción para combatir el consumo de narcóticos	2009-2012	Drogas ilegales	Segundo plan de acción en el marco de la estrategia nacional 2006-2012

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

⁽⁵⁾ Eslovenia, Estonia, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia, Portugal, República Checa, Rumanía y Turquía.

⁽⁶⁾ El término «documento sobre política nacional en materia de drogas» se refiere a cualquier documento oficial aprobado por un gobierno que defina principios generales e intervenciones u objetivos específicos en el ámbito de las drogas, y que sea presentado oficialmente como estrategia, plan de acción, programa o cualquier otro documento de orientación en materia de drogas.

⁽⁷⁾ Véase el recuadro «Evaluación de las estrategias y los planes de acción nacionales en materia de drogas».

simultánea, tanto la evaluación final de un documento sobre una política en vigor como la preparación de otro nuevo que le sustituya. Como es probable que esta situación se repita en los próximos años, se ofrecen algunas sugerencias para cambiar el modo de actuar en el futuro. Una de ellas es prever un año de transición entre la vigencia de dos planes o estrategias sucesivas, que pueda dedicarse a la evaluación y renovación de la política seguida.

Relación entre las estrategias de lucha contra las drogas y el alcohol

El consumo de diferentes sustancias está generalizado entre los consumidores de drogas europeas y casi todas las pautas de policonsumo incluyen además el alcohol (OEDT, 2009d). Los profesionales que trabajan en la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la reinserción social conocen de sobra el solapamiento de los problemas con las drogas y del alcohol, y se esfuerzan por encontrar soluciones prácticas que les permitan abordarlos ambos de forma simultánea. Sin embargo, en el plano político la situación parece ser más compleja (Muscatt, 2008).

Un análisis de las estrategias de lucha contra el consumo tanto de drogas como de alcohol en Europa indica que las situaciones nacionales varían mucho: en ocasiones no hay ninguna estrategia nacional; o hay una estrategia contra el uso de drogas ilegales, pero no contra el consumo de alcohol; o hay estrategias distintas de lucha contra uno y otro problema; o esas dos estrategias están interrelacionadas, o el documento de política abarca tanto las drogas ilegales como el alcohol. Tampoco existe una tendencia clara a la aplicación de ninguno de estos modelos. Mientras que muchos países parecen haber adoptado ya una estrategia de lucha contra el alcohol (Comisión Europea, 2009b) además de su estrategia contra las drogas, otros han ampliado el ámbito de aplicación de su documento de política sobre drogas. Un ejemplo es la decisión en Irlanda de incluir el alcohol en la nueva estrategia de lucha contra el abuso de sustancias.

La ausencia de un modelo y unas tendencias comunes en Europa es un reflejo de las numerosas cuestiones que han de considerar los gobiernos cuando formulan sus estrategias contra el abuso de sustancias. Algunas de las razones para mantener estrategias distintas son la necesidad de abordar específicamente los problemas relacionados con el alcohol, cuya magnitud es a menudo distinta de la que presenta el problema de las drogas ilegales, o la simple constatación de los límites legales

existentes entre drogas legales e ilegales. Por el contrario, la importancia del consumo de alcohol entre los consumidores de drogas ilegales o la necesidad de adoptar estrategias de salud pública orientadas a la adopción de estilos de vida y conductas más que al consumo de sustancias concretas, exigen una estrategia combinada. Estas polémicas cuestiones han llevado a algunos países a optar por soluciones pragmáticas, como la integración de las distintas estrategias en materia de drogas y alcohol en una única estrategia de salud pública o la creación de un único órgano nacional que coordine ambas políticas (como en Portugal). En el futuro, habrá que evaluar la calidad de los distintos modelos de coordinación de las estrategias contra las drogas y el alcohol en Europa.

Gasto público y coste social

El gasto público total relacionado con el fenómeno de las drogas en Europa se estimó en unos 34 000 millones de euros en 2005 (OEDT, 2008d). Esta cifra incluye el gasto «consignado», que el Gobierno tiene previsto destinar a actividades relacionadas con las drogas y que figura como tal en el presupuesto. El gasto consignado queda registrado en los documentos de contabilidad oficiales. Sin embargo, la mayor parte del gasto público relacionado con las drogas no es de ese tipo, es decir, no se identifica como tal en el presupuesto nacional. El gasto no consignado ha de estimarse utilizando un modelo de costes.

Los datos anuales disponibles se refieren únicamente a los gastos consignados. En 2008, 22 Estados miembros de la UE indicaron un gasto total consignado en relación con las drogas de 4 200 millones de euros. En los 16 países que publicaron esos datos tanto en 2005 como en 2008, esa partida aumentó de 2 100 millones a 2 250 millones de euros. Expresada como porcentaje del producto interior bruto, disminuyó en nueve países, aumentó en seis y se mantuvo sin cambios en uno ⁽⁸⁾.

El gasto público relacionado con las drogas se puede clasificar aplicando el Sistema de clasificación internacional de las funciones de la administración pública (COFOG). La mayor parte del gasto total clasificado por los siete países que facilitan ese tipo de información (1 820 millones de euros) se puede atribuir a dos funciones de la administración pública: salud (60 %) y seguridad y orden público (34 %) (es decir, servicios policiales, tribunales, prisiones). Ese desequilibrio puede explicarse por la tendencia a integrar el gasto en seguridad y orden públicos en programas de mayor alcance y más generales de lucha contra la delincuencia (gasto no consignado) (OEDT, 2008d).

⁽⁸⁾ Véase tabla PPP-10 en el boletín estadístico de 2010.

Evaluación de las estrategias y los planes de acción nacionales en materia de drogas

Actualmente es práctica habitual que los países europeos realicen un análisis o evaluación final de su estrategia o plan de acción nacional contra las drogas. Normalmente, el objetivo es evaluar el grado de aplicación conseguido, así como los cambios en la situación general de las drogas, con vistas a la formulación de la estrategia o el plan de acción siguientes.

La evaluación de la lógica, la relevancia y la coherencia interna de esos documentos de política constituye una etapa preliminar de evaluación en algunos países. El análisis de contenidos, que a veces requiere la creación de árboles de decisión o marcos lógicos para la resolución de problemas, sirve para establecer con claridad el fundamento teórico de la política, pero también para identificar incoherencias entre objetivos, acciones y necesidades.

La puesta en práctica de las medidas contempladas en los documentos de política se evalúa utilizando métodos distintos. En algunos países, las instituciones responsables de la aplicación de esas medidas facilitan datos sistemáticamente. En otros países, se pide a los proveedores de servicios o a las autoridades regionales que cumplimenten un cuestionario sobre el grado de aplicación y, en ocasiones, sobre las dificultades encontradas.

La mayoría de los evaluadores reconocen la dificultad de evaluar los efectos de una estrategia de lucha contra las drogas en el problema de las drogas. No obstante, casi siempre se presenta un análisis de la situación de las drogas basado en indicadores epidemiológicos y en otros datos sobre salud o cumplimiento de la legislación, además de tratar de vincular algunos elementos de la política con los cambios observados en la situación de las drogas. Lamentablemente, el análisis rara vez incluye una comparación a escala europea, por lo que algunos países han llegado a relacionar la reducción del consumo de cannabis con el contenido de su política nacional en materia de drogas, cuando en realidad los datos apuntan a una tendencia internacional más global.

La interpretación de los datos es una de las etapas críticas de cualquier evaluación. En algunos países, esa tarea es responsabilidad exclusiva del organismo nacional responsable de coordinar la lucha contra las drogas, mientras que en otros se encomiendan a evaluadores externos, comisiones especiales o grupos de expertos tareas como la recogida de datos, la evaluación de resultados o la formulación de recomendaciones para la siguiente estrategia o plan de acción.

Coste social del consumo de drogas

El coste social del consumo de drogas indica la cantidad que se ahorraría si se eliminara este consumo e identifica los distintos componentes del coste y la magnitud de la contribución de cada sector en la sociedad. Esta información puede ayudar a determinar las prioridades

de financiación. El gasto público es aquella parte del coste social que adopta la forma de costes directos desde la perspectiva de la administración pública. No obstante, el coste social incluye también costes indirectos (como pérdida de productividad por morbilidad y mortalidad) y costes generados por agentes privados (por ejemplo, atención médica privada).

Los estudios del coste social requieren mucho tiempo y dinero. Por ese motivo, en Europa no se dispone de mucha información al respecto en lo que concierne al consumo de drogas. Se han hecho estimaciones recientes en Finlandia y el Reino Unido (Escocia). En Finlandia, los costes directos relacionados con el consumo de drogas ilegales y el abuso de medicamentos se estimaron entre 200 y 300 millones de euros en 2007. Los costes indirectos se estimaron entre 500 y 1 100 millones de euros. Los costes de bienestar social representaron la mayor parte, casi una tercera parte, de los costes directos, seguidos de los costes vinculados al mantenimiento del orden público y la seguridad, en torno a una cuarta parte. La mayor parte de los costes indirectos cabe atribuirlos al valor de las vidas perdidas por muerte prematura.

En Escocia, la estimación más reciente de los costes económicos y sociales del abuso de drogas fue de 5 100 millones de euros en 2006. La mitad de esa cifra se atribuyó a «costes sociales generales», como los soportados por las víctimas de delitos cometidos por consumidores problemáticos de drogas y los vinculados al dolor emocional sufrido por las familias de los consumidores de drogas que mueren como resultado de esta práctica. El 96 % de los costes sociales y económicos se atribuyeron al consumo problemático de drogas, y el 4 % al consumo recreativo.

Legislación nacional

La mayoría de los países europeos han examinado o decidido la introducción en su ordenamiento jurídico de distinciones entre unas drogas y otras. Algunos ejemplos recientes son el nuevo Código penal checo, que reduce la pena máxima para los delitos de posesión de cannabis o de su principio activo THC para consumo personal, en comparación con la que se aplica a otras sustancias. En Estonia se barajó la posibilidad de hacer algo parecido en 2009, pero diez de los 13 expertos convocados por el Ministerio de Justicia se declararon en contra de diferenciar los delitos por su contenido y se decidió no cambiar la legislación. En los Países Bajos, el Gobierno aceptó la recomendación del Comité Consultivo de Política sobre Drogas de modificar el número de listados de drogas equivalentes a efectos jurídicos y de control.

Los órganos legislativos de la Unión Europea han establecido una amplia serie de distinciones y medidas de control, dependiendo de la mayor o menor orientación de la sustancia a su comercialización y venta legal debido a sus propiedades comerciales, industriales o medicinales. Un primer grupo de medidas son las que prevén controles que se desarrollan al margen de la legislación sobre drogas y que pueden dividirse en tres categorías: venta sin restricciones, venta restringida sin supervisión médica y venta restringida con supervisión médica. La primera categoría se basa en la legislación de protección de los consumidores y permite controlar la venta en *smart shops* de algunos productos, como las sustancias supuestamente psicoactivas, o la de sustancias nuevas aún no controladas. La segunda categoría se basa en la aplicación de restricciones tales como el límite de edad del comprador y, en ocasiones, del usuario, o la exigencia de licencia al establecimiento de venta. Así se controla la venta de tabaco y de alcohol, pero también la de cannabis en cafés de los Países Bajos o la de algunas sustancias volátiles, por ejemplo, en el Reino Unido. La tercera categoría se basa en la normativa sobre la venta en farmacias, tanto en lo que respecta a la venta sin receta de remedios para la tos y el resfriado como a la necesidad de receta para gran parte de los medicamentos. En los últimos años, la República Checa y el Reino Unido han introducido restricciones en la venta de remedios para el resfriado que contienen pseudoefedrina, al constatar que se compraban para obtener de ellos anfetaminas ilegales. En Austria, se utiliza la legislación sobre medicamentos para restringir la venta de productos «spice» sin penalizar a los consumidores (OEDT, 2009a).

Un segundo grupo de medidas son las dirigidas a diferenciar unas sustancias de otras sobre la base de la legislación sobre medicamentos. En ocasiones, adoptan la forma de una pirámide de diferenciaciones sucesivas (Ballotta *et al.*, 2008). En su base se encuentra el sistema de diferenciación basado en la clasificación legal. Las penas por los delitos relacionados con las drogas varían dependiendo de la clase o el daño de la sustancia de que se trate, según las listas incluidas en las disposiciones legales. Por ejemplo, en Bulgaria, Chipre, Países Bajos, Portugal, Rumanía y el Reino Unido, la legislación exige a la fiscalía que proceda o no según que la actuación relacionada con la droga constituya o no delito, en función del tipo de ésta; en España, Letonia y Malta, la pena varía solo para el caso de tráfico de drogas. En un segundo nivel de la pirámide, no se establece ninguna diferenciación entre las drogas, pero la legislación prevé excepciones específicas, suavizando, por ejemplo, la

Recesión económica y problemas con las drogas

La Comisión Europea (2009a) ha comparado la crisis económica actual con la recesión de la década de 1930. En 2009, el producto interior bruto de los Estados miembros de la UE se redujo un 4,0 %, mucho más que en crisis anteriores. Los mercados de trabajo de la UE se han debilitado de una forma alarmante y el desempleo ha aumentado en más de un 25 % (frente al 6,7 % en 2008) y probablemente alcance el 11 % en 2010. El empleo ha descendido considerablemente: la creación de 9,5 millones de puestos de trabajo en 2006-2008 dará paso a la destrucción de 8,5 millones en 2009-2010.

Las consecuencias de la recesión económica en el consumo de drogas y los problemas relacionados con las drogas han sido objetivo de análisis en la conferencia de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Política de Drogas (ISSDP) de 2010. Una de las conclusiones generales es que existe un amplio abanico de posibles mecanismos a través de los cuales la crisis puede afectar. Por ejemplo, es posible que aumente el número de jóvenes desempleados que se dedican a la venta de drogas y que, de esa forma, aumente la disponibilidad y el consumo de cannabis entre otros jóvenes. Es posible que algunos adultos jóvenes consuman también drogas para hacer frente al estrés y a las dificultades económicas, si bien la pérdida de ingresos puede llevar a otros a reducir su gasto en drogas. Los problemas actuales relacionados con las drogas pueden verse afectados tanto directamente, si los consumidores de drogas más pobres recurren a vías de administración más eficientes y peligrosas, como indirectamente, si se reducen los servicios como consecuencia de un recorte del gasto público.

La evaluación de todas las consecuencias que tendrá la recesión actual lleva su tiempo, sobre todo porque entran en juego los mecanismos descritos antes y porque los efectos se dejarán sentir durante años. Ahora bien, los gobiernos que estén considerando un recorte del gasto en el ámbito de las drogas deben tener muy en cuenta la relación entre coste y eficacia de las medidas adoptadas.

pena por la posesión de una pequeña cantidad de cannabis para consumo personal, siempre que no haya circunstancias agravantes, como en Bélgica, Irlanda, Luxemburgo y la República Checa. En un tercer nivel, se diferencia entre unas drogas y otras de conformidad con las pautas dadas por la fiscalía o con la jurisprudencia establecida. En Dinamarca, por ejemplo, una directiva del fiscal general del Estado recomienda la imposición de penas diferentes por la posesión de drogas distintas; por el contrario, en Alemania una sentencia del Tribunal Constitucional tiene en cuenta la recomendación constitucional de no excederse en las penas y recomienda la adopción de medidas menos severas para delitos menores de posesión de cannabis para consumo personal.

En la punta de la pirámide, la diferenciación entre las drogas se basa en el criterio discrecional de la fiscalía o de la judicatura en la aplicación del derecho. En este caso, la naturaleza de la sustancia es uno de los criterios que se consideran para decidir si se procesa o no al autor o se le impone una pena reducida. Aunque basándose en datos limitados, el OEDT (2009e) consideró que en ocasiones las sentencias varían aun cuando todas las drogas se consideren iguales a efectos legales. En la República Checa, donde todas las drogas se consideran iguales desde el punto de vista legal, se impusieron penas de privación de libertad en el 44 % de las sentencias por delitos relacionados con la heroína, frente al 39 % en el caso de la pervitina (metanfetamina) y el 11 % en el caso del cannabis. En el Reino Unido, las sentencias de privación de libertad fueron por término medio de cinco meses por los delitos de posesión de cocaína, de siete meses en el caso del éxtasis y de diez meses en el caso de la heroína. Las sentencias para los delitos de tráfico (excluidos los de importación y exportación) duraron un promedio de 29 meses en el caso del éxtasis y de 37 meses en el caso de la cocaína y la heroína. Sin embargo, las tres sustancias pertenecen a la misma clase, lo que sugiere que los jueces perciben diferencias en los daños o la gravedad de las distintas drogas, que no se reflejan en la legislación.

Las cantidades umbral que delimitan la existencia de delito, como las establecidas en la posesión para uso personal, son un elemento adicional de diferenciación en todos los niveles de la pirámide. En el reciente «Resumen temático» del OEDT sobre estas cantidades umbral se identifican diferencias importantes en el fundamento jurídico y en las cantidades de las sustancias. Los correspondientes umbrales se establecen, en algunos casos, en leyes o reglamentos (por ejemplo, en Austria, Chipre, Grecia, Hungría, Italia, Lituania, República Checa), en directrices de la fiscalía (Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, Noruega), en ambas fuentes de Derecho (Bélgica, Portugal) o incluso en la jurisprudencia (Finlandia). Los umbrales varían de un país a otro; por ejemplo, en Lituania se puede iniciar un proceso penal por la posesión de cualquier cantidad de resina de cannabis, mientras que en muchos Estados federados alemanes esa cantidad debe ser como mínimo de 6 gramos. También varían entre unas drogas y otras; por ejemplo, el umbral de peso fijado para el cannabis es entre tres (Chipre) y diez veces (Países Bajos) mayor que el de la heroína. El umbral de peso para la cocaína puede ser el mismo que el de la heroína (Dinamarca) o hasta diez veces mayor (Letonia).

En conjunto, la diferenciación entre unas drogas y otras en los Estados miembros de la UE no está supeditada solo a la existencia de una clasificación formal en la legislación sobre drogas. Depende también del tipo de la legislación de control aplicada, de las directrices de la fiscalía y la jurisprudencia, de los umbrales establecidos para las distintas cantidades consideradas y de la actitud de los jueces en la aplicación de la normativa.

Investigación sobre las drogas

Refuerzo de la capacidad investigadora de la UE

El refuerzo de la capacidad investigadora de la UE en materia de drogas ha formado parte del programa de trabajo europeo de los últimos años. En 2008, la Comisión Europea financió un estudio sobre el análisis comparativo de la investigación sobre drogas ilegales en la Unión Europea (*) y en septiembre de 2009 organizó una conferencia para examinar el reforzamiento de las capacidades de la Unión Europea al respecto. De ambas actividades obtuvo valiosa información sobre el tema.

Resultados de las investigaciones y barreras lingüísticas

La mayoría de los artículos que aparecen en revistas con comités de revisión se publican en inglés, lo que limita su accesibilidad para un número importante de investigadores, profesionales y responsables de las políticas europeas. Lo mismo puede decirse de los trabajos publicados en revistas con comités de revisión en otras lenguas. En 2008, el OEDT identificó 27 revistas de ese tipo en Europa, publicadas en alemán, checo, danés, español, francés, griego, húngaro, polaco, portugués, sueco y noruego. Muchas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales publican también los resultados de sus investigaciones en informes solo en sus lenguas nacionales. El acceso a la mayor parte de esa información queda restringido a un número limitado de personas.

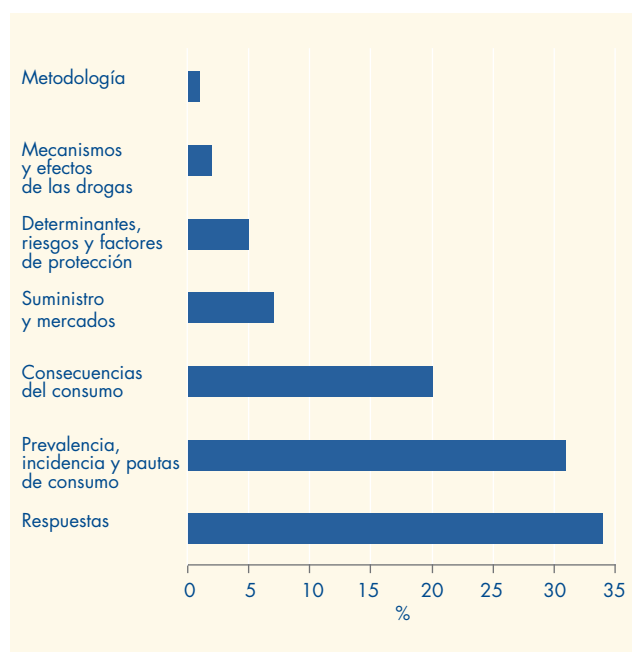
La importancia de las barreras lingüísticas se ha puesto de relieve en un estudio sobre el análisis comparativo de la investigación de drogas ilegales en la Unión Europea («*Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union*») y se ha debatido también en una conferencia sobre las lagunas que existen en la investigación de las drogas ilegales en la UE («*Bridging the research gap in the field of illicit drugs research in the EU*»). Como primer paso para sortear esas barreras, el OEDT ha creado una página web temática sobre investigación, en la que puede encontrarse una lista de estudios nacionales con enlaces a informes tanto publicados como no publicados.

(*) Los documentos y presentaciones de la conferencia, incluido un informe completo del estudio, están disponibles en el sitio web de la conferencia.

La mayor parte de las investigaciones europeas en ese ámbito es realizada por los Estados miembros, los cuales establecen las prioridades al respecto en función de sus necesidades nacionales. En la mayoría de los casos no existe una estrategia coherente de investigación sobre las drogas que sea objeto de una financiación especial. Por el contrario, la investigación relacionada con las drogas suele integrarse en programas de salud, de ciencias sociales o de otros ámbitos. Además, está claramente sesgada hacia la epidemiología y hacia la evaluación de las intervenciones, en detrimento del estudio del suministro de drogas, la reducción de este suministro y la evaluación de las políticas. En general, la coordinación entre política, investigación y práctica carece también de un enfoque coherente a largo plazo. Los programas nacionales de investigación se complementan con las actividades de investigación, desarrollo tecnológico y demostración que forman parte del Séptimo Programa Marco de Investigación de la Unión Europea (2007-2013).

Esa información sirvió como base para las conclusiones del Consejo de la UE relativas al reforzamiento de las capacidades de investigación de la UE sobre las drogas ilegales ⁽¹⁰⁾, en las que se establecían como prioridades futuras la investigación de la causa y la naturaleza de los problemas relativos a los estupefacientes y las respuestas a los mismos; y la investigación para evaluar tanto la reducción de la oferta como de la demanda. Se instaba también a los Estados miembros a reforzar sus capacidades de investigación y sus mecanismos de coordinación, así como a explorar, con la ayuda de la Comisión Europea, las oportunidades que ofrece el Séptimo Programa Marco de Investigación, como, por ejemplo, las redes del Espacio Europeo de Investigación (ERA-NET) y el programa de becas Marie Curie. Se animaba a los Estados miembros y a la comunidad investigadora «a contribuir activamente a las consultas sobre la futura política europea de investigación y a los objetivos futuros de la investigación sobre los estupefacientes en virtud de la próxima estrategia de la UE sobre drogas». El Consejo acordó asimismo realizar un intercambio anual de investigaciones sobre los estupefacientes para reforzar la cooperación internacional en este ámbito. Reconocía la necesidad de mejorar el acceso a los resultados de la investigación por parte de los responsables políticos y los profesionales y animaba al OEDT a proporcionar y difundir, a través de su página web temática sobre investigación y su portal de buenas prácticas, información y resultados de la investigación en materia de drogas.

Gráfico 1: Temas de investigación en estudios nacionales relacionados con las drogas que se citan en los informes nacionales de Reitox en 2009 (porcentaje de todos los estudios citados)



N.B.: Se revisaron 29 informes nacionales de la red Reitox (2009) para buscar referencias de estudios relacionados con drogas en el periodo 2007-2009. Los estudios se clasificaron en función del contexto en el que se citaban.

Fuente: Informes nacionales de la red Reitox (2009).

Información sobre la investigación procedente de los Estados miembros

En los últimos informes nacionales de la red Reitox, los países europeos mencionaron la realización o publicación de más de 650 proyectos de investigación entre 2007 y 2009, aproximadamente dos veces más que en el periodo anterior. Ese aumento se verificó en 26 de los 29 países que facilitaron información. El Reino Unido comunicó el mayor número de proyectos, más de 100, seguido de Alemania, los Países Bajos y Finlandia, con más de 50 cada uno, y la República Checa, Irlanda y Suecia, con más de 30.

Como en años anteriores, la investigación sobre las respuestas a la situación en materia de drogas y sobre la prevalencia, incidencia y pautas de su consumo ocupó aproximadamente un tercio de los últimos estudios, frente a un quinto correspondiente a las consecuencias del consumo (gráfico 1). En comparación con el año anterior, se citaron unos 40 estudios más sobre el suministro y los mercados. Ese aumento se debió sobre todo a la recogida especial de datos sobre los mercados del cannabis, coordinada por el OEDT en 2009, pero indica también un creciente interés por los estudios del lado de la oferta.

⁽¹⁰⁾ Disponible en la página «Investigaciones relacionadas con las drogas» en el sitio web del OEDT.



Capítulo 2

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

Introducción

Este capítulo ofrece una panorámica general de las respuestas a los problemas vinculados a las drogas en Europa y, en la medida de lo posible, destaca tendencias, evoluciones y cuestiones de calidad. En primer lugar examina las medidas de prevención, seguidas de las intervenciones en los ámbitos del tratamiento, la reducción de daños y la reinserción social. En su conjunto, todas estas medidas conforman un sistema integral de reducción de la demanda de drogas. Por otra parte, pueden considerarse complementarias y a veces se aplican de forma combinada y en los mismos establecimientos. Así sucede, cada vez con mayor frecuencia, con los tratamientos y las medidas de reducción de daños.

Las respuestas desarrolladas en el marco de las actividades de las fuerzas de seguridad en relación con las drogas se consideran en un apartado distinto, que incluye los datos más recientes sobre las infracciones de la legislación sobre drogas. El capítulo concluye con una revisión de los datos disponibles sobre las necesidades de los consumidores de drogas en las prisiones y las respuestas existentes en este entorno particular.

Prevención

La prevención en materia de drogas se articula en distintos niveles o estrategias, desde la que va dirigida a la sociedad en su conjunto (prevención ambiental) hasta la dirigida a las personas en riesgo (prevención indicada). En principio, las diferentes estrategias no deberían competir entre sí, sino complementarse. Los retos principales que plantean las políticas de prevención radican en equiparar esos distintos niveles con el grado de vulnerabilidad de los grupos destinatarios (Derzon, 2007) y asegurar que las intervenciones tengan una base científica y una cobertura suficiente.

Estrategias de prevención ambiental

Las estrategias de prevención ambiental tienen como objetivo actuar sobre el entorno cultural, social, físico y económico más inmediato en el que las personas toman

sus decisiones sobre el consumo de drogas. Suelen incluir medidas relacionadas con la prohibición de fumar, los precios del alcohol o la promoción de la salud en las escuelas. Los datos indican que las que se adoptan a escala social y van dirigidas a mejorar el clima social en las escuelas y las comunidades son eficaces para cambiar las creencias normativas y, en consecuencia, el consumo de sustancias (Fletcher *et al.*, 2008).

La prohibición parcial o total de fumar se está implantando en casi todos los países europeos y la publicidad del tabaco está prohibida en virtud de una Directiva europea de 2003 (2003/33/CE). En algunos de ellos se está estudiando también la fijación de unos precios mínimos para el alcohol y la prohibición de su publicidad. Diez Estados miembros mencionaban ya en 2009 iniciativas dirigidas a crear un clima positivo y protegido en las escuelas mediante actuaciones como el establecimiento de normas estrictas sobre la posesión y el consumo de sustancias. Algunos países del norte de Europa han elaborado además el concepto de un entorno positivo protegido a escala de la comunidad a través, por ejemplo, de planes de acción municipales contra el consumo de alcohol.

Prevención universal

La prevención universal se dirige a toda la población, principalmente a través de la escuela y la comunidad. Tiene por objeto impedir o retrasar el inicio del consumo de drogas y los problemas relacionados, dotando a los jóvenes de las competencias necesarias para evitar que se inicien en el consumo de drogas. Los datos disponibles indican que las intervenciones de este tipo correctamente diseñadas y estructuradas pueden ser eficaces. Un ejemplo reciente lo encontramos en los Países Bajos, con un programa combinado escuela-padres que ha conseguido reducir el consumo de alcohol (Koning *et al.*, 2009). En lo que respecta a otras intervenciones, principalmente las campañas en medios de comunicación, existen pocas pruebas de su eficacia y en algunos estudios se han observado incluso efectos negativos.

A pesar de ello, la mayoría de los países europeos siguen destinando recursos a campañas de advertencia.

En todos los países europeos existen actividades de prevención universal en las escuelas, aunque con distintos contenidos y grados de cobertura. Los dos principales tipos de intervención son la provisión de información y la formación en habilidades para la vida. Los protocolos de intervención estructurada («programas») siguen siendo relativamente escasos, a pesar de que en Europa se reconoce cada vez más la necesidad de mejorar la prevención universal en las escuelas. Once Estados miembros mencionan, por ejemplo, iniciativas para definir las normas de prevención.

Prevención selectiva

La prevención selectiva se dirige a grupos o familias específicos, o bien a comunidades en las que las personas, a causa de sus escasos vínculos sociales y recursos, pueden ser más propicias a desarrollar un hábito de consumo de drogas o evolucionar hacia una dependencia. Dada la dificultad de aplicación de los diseños de evaluación experimentales, los datos que existen sobre la eficacia de la prevención selectiva siguen siendo limitados. No puede decirse lo mismo, sin embargo, de las intervenciones dirigidas a familias vulnerables, cuya eficacia ha quedado demostrada en varios estudios (Petrie *et al.*, 2007). Ejemplos recientes en este ámbito incluyen una adaptación del «programa de fortalecimiento de las familias» evaluado en España y que ha resultado ser eficaz para reducir los factores que predisponen al consumo de drogas, como las conductas disruptivas en la escuela y los síntomas de depresión. En el Reino Unido se han obtenido también resultados positivos, al haber disminuido los riesgos para los niños, los casos declarados de conducta antisocial, los problemas de educación, la delincuencia juvenil, la violencia doméstica, los problemas de salud física y mental y el abuso de sustancias entre las primeras 699 familias que han completado «proyectos de intervención familiar».

Los países europeos refieren, en general, una actuación limitada en el ámbito de la prevención selectiva, y la mayoría de esas intervenciones se dirigen a delincuentes jóvenes, familias vulnerables y grupos étnicos. En conjunto, los datos indican que la cobertura de la prevención selectiva no ha aumentado en los últimos años. Puede haber algunas excepciones, como ocurre con las intervenciones dirigidas a familias vulnerables en algunos países y con FreD, un protocolo de intervención sistemática para delincuentes jóvenes que ya se ha implantado en más de un tercio de los Estados miembros de la Unión Europea (UE).

Lecciones que nos enseñan los estudios de prevención

La eficacia de las medidas europeas de prevención sigue estando poco estudiada (¹). La prevención universal y indicada en las escuelas es el ámbito que ha recibido más atención. En paralelo, hay un debate sobre la validez de los resultados de las investigaciones realizadas en otras partes del mundo, principalmente en Estados Unidos.

El Estudio UE-DAP, un ensayo multicéntrico europeo en el que participaron unos 7 000 escolares de 12 a 14 años de edad en siete Estados miembros de la UE, ha contribuido al desarrollo de la investigación en el campo de la prevención y ha demostrado que las intervenciones pueden obtener resultados similares entre los países Europeos y entre diferentes continentes.

Con el programa *Unplugged*, impartido en 12 sesiones, se consiguió una reducción significativa del riesgo de consumo de tabaco, alcohol y cannabis al cabo de un año. *Unplugged* trata de corregir las creencias normativas que existen sobre el consumo de sustancias, además de facilitar información sobre sustancias y formación en habilidades para la vida. Los efectos beneficiosos del programa persistieron en el seguimiento realizado a los 18 meses en cuanto a los episodios de consumo excesivo de alcohol y el consumo frecuente de cannabis en los últimos 30 días, mientras que el efecto a corto plazo en el consumo diario de tabaco se había desvanecido (Faggiano *et al.*, 2010).

Un análisis de mediación demostró que los resultados sobre el consumo de cannabis se debían sobre todo a la corrección de creencias normativas, de las expectativas positivas sobre la sustancia y de las actitudes positivas hacia las drogas ilegales. En cambio, el refuerzo de las destrezas de comunicación, decisión y denegación fue menos eficaz.

Investigadores europeos y estadounidenses están realizando análisis en paralelo con EU-DAP y otros datos para entender la manera en que los niños y adolescentes responden a la prevención en diferentes contextos. La influencia diferencial del género, el contexto social y las características psicológicas son objeto de un análisis específico.

(¹) Eso ha llevado a la creación de la Sociedad Europea para la Investigación de la Prevención.

Prevención indicada

La prevención indicada tiene por objeto identificar a las personas con problemas psicológicos y de comportamiento que podrían predisponer al consumo problemático de drogas en una etapa posterior de su vida, y desarrollar intervenciones concretas para ellas. Los programas correspondientes suelen someterse a evaluación y, a menudo, demuestran un

alto grado de eficacia (OEDT, 2009c). En conjunto, las intervenciones en este ámbito siguen siendo limitadas y solo seis países mencionan algunas dirigidas a niños con trastornos de déficit de atención e hiperactividad o conductas disruptivas, aparte de diez países que aluden a intervenciones precoces y asesoramiento a personas que se han iniciado en el consumo de drogas. Una de las iniciativas recientes es la llamada «espectáculo de cannabis» en los Países Bajos, basada en un programa que ya se aplicaba para la prevención del consumo de cannabis (educación entre iguales basada en actividades recreativas) en una escuela para jóvenes con problemas psiquiátricos y de la conducta.

Tratamiento

En Europa, las principales modalidades de tratamiento de problemas relacionados con la droga son las consistentes en intervenciones psicosociales, programas de sustitución de opiáceos y programas de desintoxicación. La importancia relativa de cada una de ellas en cada país depende de distintos factores, tales como la organización del sistema nacional de asistencia sanitaria.

No existen datos que permitan describir el conjunto de la población de consumidores de droga que están recibiendo actualmente tratamiento para su drogodependencia en Europa. No obstante, el indicador de la demanda de tratamiento del OEDT recoge información sobre un importante subgrupo de esa población, constituido por todos los que reciben servicios especializados de tratamiento de drogodependencias ⁽¹¹⁾. En 2008, ese indicador registró cerca de 440 000 pacientes que habían iniciado un tratamiento, el 40 % de los cuales lo habían iniciado por primera vez en su vida.

Basándose en diferentes fuentes, entre ellas el indicador mencionado, se obtiene la estimación conservadora de que un millón de personas recibió tratamiento por consumo de drogas ilegales en la Unión Europea en 2007. En más de la mitad de estas personas recibió tratamiento con sustitutivos opiáceos. Alemania, España, Francia, Italia y el Reino Unido sumaron casi el 80 % de los consumidores en tratamiento.

Esta estimación, aunque todavía mejorable, revela un alto nivel de tratamiento. Pone también de relieve los grandes avances que han tenido lugar en la oferta de tratamiento desde mediados de la década de 1990, cuando la mejora de la disponibilidad y del acceso al mismo pasó a ser prioridad de la política sobre las drogas. En los últimos veinte años se ha producido una expansión de los

servicios ambulatorios especializados y de la creación de centros de proximidad o de bajo umbral. Algunos países han mejorado los programas con sustitutivos implicando a otros servicios para su dispensación, como los médicos de familia. Como resultado, el número de pacientes que reciben este tratamiento en Europa se ha multiplicado casi por diez desde 1993 ⁽¹²⁾. También ha influido en estos cambios la aparición de nuevos grupos de pacientes, como los consumidores de cannabis y de estimulantes, que han recibido tratamiento en un número cada vez mayor en los últimos 15 años.

Aunque en muchos países ha aumentado la disponibilidad de los tratamientos, sigue habiendo barreras que impiden o disuaden a los consumidores de drogas de solicitarlos en general, o al menos de algunas de sus modalidades. Operan como barreras, por ejemplo, los estrictos criterios de admisión y el régimen jurídicos aplicados, los costes para los pacientes, la falta de personal debidamente formado o la escasa densidad geográfica de los proveedores de tratamiento. Otros obstáculos son los horarios de atención inadecuados, la necesidad de acudir diariamente al centro o la falta de apoyo para el cuidado de los hijos (por ejemplo, durante un tratamiento en régimen de ingreso), que lo hacen incompatible con la situación personal y profesional. Las creencias y prejuicios personales, tanto de los profesionales como de los propios consumidores de droga, sobre la idoneidad, los efectos y los resultados de tratamientos específicos pueden constituir también un impedimento.

Los largos tiempos de espera pueden ser una de las consecuencias de las barreras que dificultan el acceso al tratamiento. Según la información facilitada por expertos nacionales en 2008, la reducida disponibilidad y la falta de recursos, así como los retrasos debidos a los propios procedimientos, son las principales causas de la existencia de esos largos tiempos de espera, que varían según la modalidad de tratamiento (véase más adelante).

Tratamiento en régimen ambulatorio

Se dispone de información sobre cerca de 383 000 consumidores de drogas que recibieron tratamiento en régimen ambulatorio en Europa en 2008. La mayoría de ellos fueron atendidos por servicios especializados en el tratamiento de drogodependencias y muy pocos países disponen de datos sobre los pacientes que inician tratamiento de la mano de un médico de familia o de servicios de bajo umbral. Más de la mitad de los pacientes que inician tratamiento (53 %) mencionan los opiáceos, en especial la heroína, como principal

⁽¹¹⁾ El indicador de la demanda de tratamiento recibió datos de 29 países con centros especializados en el tratamiento de drogodependencias, con una cobertura de más del 60 % de unidades en la mayoría de los países (véase tabla TDI-7 en el boletín estadístico de 2010).

⁽¹²⁾ Véase el gráfico HSR-2 en el boletín estadístico de 2010.

Cuestión particular del OEDT sobre el tratamiento y la asistencia prestada a los consumidores de drogas de más edad

Se espera que el número de consumidores de drogas de más edad en Europa se duplique entre 2001 y 2020, lo que exigirá enfoques adecuados e innovadores para el tratamiento y la asistencia prestada a esta creciente población. En una Cuestión particular publicada este año por el OEDT se examinan la aparición y las causas de este fenómeno de envejecimiento en las últimas dos décadas. Se presentan también las características médicas y sociales de los consumidores de drogas de más edad para identificar sus necesidades actuales. El informe finaliza con un resumen de las intervenciones actuales dirigidas a los consumidores de drogas de más edad y las mejores prácticas en los Estados miembros.

Esta Cuestión particular está disponible en versión impresa y en el sitio web del OEDT únicamente en inglés.

droga consumida, mientras que el 22 % mencionan el cannabis y el 18 %, la cocaína ⁽¹³⁾. La vía más frecuente de acceso a tratamiento es la presentación voluntaria (36 %), seguida de la derivación por el sistema judicial penal (20 %). El resto de los pacientes son derivados por los servicios sociales o sanitarios, o por redes informales, incluida la familia y los amigos ⁽¹⁴⁾.

Los consumidores de drogas que inician un tratamiento en régimen ambulatorio son predominantemente varones jóvenes con una edad media de 31 años, siendo la proporción entre varones y mujeres de casi cuatro a uno. Los pacientes que inician tratamiento por primera vez y las mujeres son, por término medio, algo más jóvenes. La edad media es también algo más baja entre los consumidores de cannabis (25) y de estimulantes distintos a la cocaína (29), pero más alta entre los que consumen principalmente cocaína (32) y opiáceos (34). La República Checa es el país con los consumidores de drogas más jóvenes (26 años) y España, el país con los de más edad (33) ⁽¹⁵⁾. La proporción entre varones y mujeres es mayor entre los consumidores de cannabis (5:1) y cocaína (4,8:1) y menor entre los consumidores de estimulantes distintos de la cocaína (2,2:1). Independientemente de cuál sea la droga principal, la proporción entre varones y mujeres es mayor en los países meridionales de Europa y menor en los países septentrionales ⁽¹⁶⁾.

Las dos modalidades principales de tratamiento en régimen ambulatorio en Europa son las intervenciones psicosociales y la sustitución de opiáceos. Suelen combinarse ambas en los consumidores de opiáceos. Las intervenciones psicosociales ofrecen apoyo en los intentos por superar los problemas con las drogas. Incluyen el asesoramiento, el refuerzo de la motivación, las terapias cognitivo-conductuales, la gestión de casos, las terapias grupales y familiares y la prevención de la reincidencia. Aunque depende del país en cuestión, en general corren a cargo de instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales. En 2008, los expertos de nueve de los 27 países que facilitan información declararon que no existía lista de espera para este tipo de tratamiento. En otros diez países, estimaron unos tiempos de espera inferiores a un mes, por término medio. En Noruega, el tiempo de espera medio es de unas diez semanas, mientras que en Dinamarca la ley exige que se administre tratamiento en un plazo máximo de 14 días. Los expertos de siete países no pudieron proporcionar ninguna estimación.

El tratamiento de sustitución de opiáceos es la principal modalidad terapéutica para los consumidores de este tipo de drogas en Europa. En general se administra en régimen ambulatorio, aunque en algunos países se ofrece también en régimen de ingreso en centros sanitarios y cada vez se administra más en los centros penitenciarios ⁽¹⁷⁾. Está disponible en todos los Estados miembros de la UE, así como en Croacia y Noruega ⁽¹⁸⁾. En Turquía no se dispone todavía de él, aunque ya fue autorizado en un reglamento de 2004 sobre los centros de tratamiento. En la mayoría de los países existen servicios públicos especializados que funcionan en régimen ambulatorio y que son los principales proveedores de estos servicios. No obstante, los consultorios de medicina de familia, a menudo en el marco de programas de atención compartida con centros especializados, desempeñan un papel cada vez mayor al respecto. Intervienen, a distintos niveles, en 13 países.

Se estima que en 2008 más de 670 000 consumidores de opiáceos recibieron un tratamiento de sustitución en Europa ⁽¹⁹⁾. Los expertos de diez de los 26 países que facilitan información declararon que no existía lista de espera al respecto. En cuatro países (Dinamarca, Italia, Portugal y la República Checa), el tiempo de espera medio era inferior a un mes. En la República Checa, las estadísticas de tiempos de espera se refieren

⁽¹³⁾ Véase tabla TDI-19 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁴⁾ Véase tabla TDI-16 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁵⁾ Véanse tablas TDI-10 y TDI-103 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁶⁾ Véase tabla TDI-21 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁷⁾ Véase «Asistencia a los consumidores de droga en los centros penitenciarios», p. 43.

⁽¹⁸⁾ Véanse tablas HSR-1 y HSR-2 en el boletín estadístico de 2009.

⁽¹⁹⁾ Véase tabla HSR-3 en el boletín estadístico de 2010.

únicamente a la metadona, ya que los consultorios de medicina de familia pueden prescribir buprenorfina en dosis elevadas, aunque el paciente ha de pagar de su bolsillo la medicación. En otros cuatro países (Hungría, Rumanía, Finlandia y Noruega), el tiempo de espera estimado varía entre uno y seis meses, mientras que en tres países (Bulgaria, Grecia, Polonia) sobrepasa el año. Grecia refiere un tiempo de espera medio de 38 meses y los datos indican que en 2008 había registrados 5 261 consumidores problemáticos de opiáceos en espera de admisión en programas de sustitución. Ahora bien, los tiempos de espera medios en cada país pueden enmascarar importantes variaciones regionales. Por ejemplo, en Irlanda el tiempo de espera medio variaba desde menos de 3,5 meses en Dublín hasta 18 meses en el sudeste (Interventor y Auditor General, 2009). En cuatro países, los expertos no pudieron estimar los tiempos de espera.

Tratamiento en régimen de ingreso

Se dispone de información sobre unos 42 000 consumidores de drogas que recibieron tratamiento en régimen de ingreso en Europa en 2008. Más de la mitad de ellos mencionaron los opiáceos como droga principal consumida (57 %), seguida del cannabis (13 %), estimulantes distintos de la cocaína (13 %) y cocaína (7 %). Los pacientes tratados en este régimen fueron en su mayoría varones jóvenes, con una edad media de 30 años y una proporción entre varones y mujeres de 3,5:1 ⁽²⁰⁾.

El tratamiento en régimen de ingreso requiere la pernoctación del paciente durante varias semanas o meses. En muchos casos, lo que se pretende es conseguir que éste se abstenga de consumir drogas, sin permitirse los tratamientos de sustitución. La desintoxicación es una intervención a corto plazo realizada bajo supervisión médica que se orienta a resolver los síntomas de abstinencia asociados al consumo de drogas crónico. En ocasiones es un requisito previo para iniciar un tratamiento en régimen de ingreso, a largo plazo y basado en la abstinencia. Normalmente se trata de una intervención que requiere el ingreso en un hospital, un centro de tratamiento especializado o un establecimiento residencial con servicios médicos o psiquiátricos.

En los centros con régimen de ingreso, los pacientes reciben alojamiento y tratamientos psicosociales estructurados e individualizados, y participan en actividades orientadas a su rehabilitación social. En este contexto se adopta a menudo un enfoque terapéutico

comunitario. Los hospitales psiquiátricos también ofrecen tratamiento de la drogodependencia en régimen de ingreso, especialmente a los pacientes que presentan comorbilidad con trastornos psiquiátricos.

Según los expertos nacionales consultados en Grecia, Hungría y Turquía, el acceso al tratamiento psicosocial en régimen de ingreso es inmediato. El tiempo de espera medio es inferior a un mes en 12 países y a 25 semanas en Noruega. En Austria es de varios meses, dependiendo de la región y del centro de tratamiento. En diez países, los expertos no pudieron estimar el tiempo de espera.

Los expertos de la Comunidad Flamenca de Bélgica, Eslovaquia, Eslovenia, Hungría y Turquía declararon que no había tiempo de espera para recibir tratamiento de desintoxicación. En 11 países, el tiempo de espera estimado es, por término medio, inferior a dos semanas. En Chipre, Grecia y la República Checa varía entre dos semanas y un mes, mientras que en Irlanda, Austria y Noruega varía entre uno y tres meses. Los expertos de cinco países no proporcionaron ninguna estimación.

Garantía de calidad

En la mayoría de los países europeos se están adoptando medidas para garantizar la calidad del tratamiento de las drogodependencias. Entre ellas destacan la elaboración y aplicación de directrices, la adopción de planes nacionales de acción sobre las drogas que incluyen aspectos relacionados con la calidad del tratamiento, los procesos de certificación y acreditación de la calidad, y los estudios que investigan diferencias de calidad entre centros de tratamiento o los comparan con centros de referencia.

Algunas iniciativas recientes han sido la implantación de directrices sobre la calidad del tratamiento en seis países, entre ellos Chipre, Turquía y Noruega. Diez países han aprobado nuevos documentos estratégicos que, en algunos casos, prevén sistemas de acreditación. Polonia y Eslovaquia han introducido a su vez criterios de acreditación para los centros de tratamiento, y Eslovaquia ha introducido la certificación ISO 9001. Cuatro países —Estonia, Letonia, Países Bajos y Rumanía— están investigando la heterogeneidad en la calidad de los servicios en todo su sistema de salud.

El Reino Unido tiene una larga historia de evaluación del sistema sanitario y uno de los conjuntos más amplios de instrumentos para vigilar y mejorar la calidad del tratamiento. Entre ellos se encuentra un documento sobre la gobernanza clínica en el tratamiento de drogodependencias (NTA, 2009) en el que se abordan cuestiones relacionadas con las líneas de responsabilidad

⁽²⁰⁾ Véanse tablas TDI-7, TDI-10, TDI-19 y TDI-21 en el boletín estadístico de 2009.

y de rendición de cuentas, la mejora de la calidad, las políticas de gestión del riesgo y los procedimientos para identificar y remediar la falta de eficacia.

Un estudio encargado por el OEDT ha identificado 60 directrices terapéuticas nacionales en 17 de los 22 países europeos que facilitan información. Las modalidades reguladas con más frecuencia por las directrices son los tratamientos psicosociales (29), los programas de sustitución de opiáceos (28) y los programas de desintoxicación (22). Los países con un alto número de pacientes que reciben tratamiento de sustitución de opiáceos fueron, en general, los que habían formulado directrices terapéuticas para cada modalidad.

Diecisiete países disponen de directrices específicas para el tratamiento de los consumidores de opiáceos. Cinco países han establecido directrices centradas en el consumo de distintas sustancias, mientras que Hungría y Alemania cuentan con directrices centradas en trastornos por consumo de anfetaminas y cannabis. Diez países atienden a consumidores de drogas problemáticos a largo plazo y nueve han formulado directrices para los consumidores jóvenes. Ocho países atienden también a los consumidores de drogas con otros trastornos concomitantes.

Casi todas las directrices van dirigidas a los profesionales del tratamiento (58) y a los proveedores de servicios (52), y casi la mitad van dirigidas a los planificadores de la asistencia sanitaria (25). Portugal es el único país que dispone de directrices orientadas a los pacientes, mientras que las de Dinamarca se orientan a los responsables de la formulación de políticas. En 17 países participaban los profesionales del tratamiento en la formulación de directrices; en cuatro países participaban otros profesionales. En nueve países participaban también los investigadores, en tres los responsables de la formulación de políticas, y en uno los consumidores de drogas. En el portal de buenas prácticas del OEDT se facilita más información sobre las directrices terapéuticas nacionales.

Reducción de daños

La prevención y la reducción de los daños relacionados con las drogas son objetivos de salud pública en todos los Estados miembros y en la estrategia en materia de drogas de la UE ⁽²¹⁾. Se dispone ahora también de revisiones de las intervenciones orientadas a la reducción de daños, así como de estudios que demuestran el efecto combinado de esas intervenciones, para ayudar a la planificación de servicios (OEDT, 2010a). Entre las principales intervenciones en este campo se encuentran los programas de tratamiento de sustitución de opiáceos y los

de reposición de jeringuillas y agujas, que tienen como objetivo reducir el número de muertes por sobredosis y la propagación de enfermedades infecciosas. Medidas de este tipo se aplican en todos los países, excepto Turquía. Aunque existen diferencias considerables en cuanto a la diversidad y al nivel de prestación de servicios (véanse los capítulos 6 y 7), la tendencia general observada en Europa indica el aumento y la consolidación de las medidas de reducción de daños.

La mayoría de los países europeos ofrecen muchos otros servicios sanitarios y sociales, como los recomendados por la OMS, la ONUDD y la UNAIDS (2009) como parte de un «paquete completo» para la prevención del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Las intervenciones ofrecidas habitualmente dependen del contexto nacional, pero incluyen las evaluaciones del riesgo y el asesoramiento individualizado, el suministro de información a audiencias específicas y la educación sobre un consumo más seguro, la distribución de material de inyección además de agujas y jeringuillas, la promoción del uso de preservativos entre los consumidores de drogas por vía parenteral, las pruebas para la detección de enfermedades infecciosas y el asesoramiento al respecto, el tratamiento antirretroviral y la vacunación contra la hepatitis vírica. La prestación de estos servicios se confía a menudo a centros de bajo umbral. No obstante, las medidas de reducción de daños dirigidas a prevenir las muertes relacionadas con las drogas son escasas ⁽²²⁾, a pesar de la sensibilización cada vez mayor respecto

Nueva monografía del OEDT sobre la reducción de daños

El OEDT publicó en 2010 una monografía sobre «Reducción de daños: datos, impactos y retos». En ella se ofrece un análisis exhaustivo de este tema con 16 capítulos escritos por más de 50 expertos europeos e internacionales. En la primera parte de la monografía se analiza la aparición y propagación de la reducción de daños, y se explora el concepto desde distintas perspectivas, incluidas las de organizaciones internacionales, investigadores y consumidores de drogas. La segunda parte se dedica al análisis de los datos actualmente disponibles y a los impactos conocidos, y se explica cómo se ha ampliado el concepto para incluir toda una serie de conductas y daños, como los relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas por diversión. La última parte está dedicada a los retos e innovaciones, así como a la necesidad de integrar y adaptar las intervenciones a las necesidades individuales y sociales.

Esta publicación está disponible en versión impresa y en el sitio web del OEDT únicamente en inglés.

⁽²¹⁾ COM(2007) 199 final.

⁽²²⁾ Véase tabla HSR-8 en el boletín estadístico de 2010.

a la necesidad de ese tipo de intervenciones. Algunas iniciativas nuevas en este ámbito son las relativas a la alerta precoz sobre sustancias que entrañan un mayor riesgo ⁽²³⁾. Por ejemplo, todos los centros de bajo umbral en la República Checa fueron informados en 2009 de una posible penetración de fentanilo en el mercado local de las drogas.

Tras las recientes mejoras conseguidas en el tratamiento de la hepatitis C, la mayoría de los países redoblan ahora sus esfuerzos para prevenirla, detectarla y tratarla entre los consumidores de drogas, incluidos los que reciben tratamiento de sustitución. Algunos ejemplos recientes son el nuevo plan nacional contra la hepatitis en Francia, la realización de un estudio piloto para formular recomendaciones para la prevención del virus de la hepatitis C en Alemania y la publicación de directrices sobre el tratamiento de la hepatitis en los Países Bajos, la República Checa y el Reino Unido. Algunos países, como Bélgica, Francia, Hungría y Luxemburgo, han realizado estudios y campañas de detección en centros penitenciarios

Las medidas dirigidas a la reducción de daños han ido más allá de lo relativo al VIH/sida, para adoptar una perspectiva más amplia de satisfacción de las necesidades sanitarias y sociales de los consumidores problemáticos de drogas, sobre todo de los que sufren además marginación social. La incorporación de este tipo de medidas a la respuesta frente a las drogas ha supuesto también un avance en la recogida de datos sobre el problema de la drogadicción. Los inventarios nacionales de servicios y los estudios sobre la calidad de los servicios (Alemania, Finlandia, Irlanda, República Checa) y las encuestas realizadas a consumidores de drogas (Estonia, Hungría, Lituania, Luxemburgo,) facilitan mejor información sobre los servicios prestados y las necesidades de los usuarios. Se ayuda también a promover la evaluación de la calidad y el intercambio de buenas prácticas, a mejorar los materiales y técnicas de prevención, y a preparar intervenciones nuevas.

Exclusión y reinserción social

La reinserción social constituye un elemento central y reconocido de las estrategias de lucha contra la droga a escala mundial. Se puede aplicar en cualquiera de las fases del consumo de drogas y en diferentes entornos e incluye el desarrollo de las capacidades, la mejora de las habilidades sociales y la adopción de medidas para facilitar y fomentar el empleo, así como para

obtener o mejorar las condiciones del alojamiento. En la práctica, los programas de reinserción pueden ofrecer asesoramiento en materia de formación profesional, colocación en el mercado laboral y apoyo en materia de alojamiento. Las intervenciones en los centros penitenciarios, que tienen cierto impacto sobre la reincidencia en la comisión de delitos y en el consumo de drogas, pueden poner en contacto a los reclusos con servicios de alojamiento en viviendas protegidas y de asistencia social como preparación para su excarcelación. En general, los resultados de las medidas de reinserción a menudo se derivan de la colaboración eficiente entre las instituciones de atención sanitaria y social.

Aunque no existe una relación causal directa entre las formas más problemáticas de consumo de drogas y la exclusión social, en muchos casos van juntas. Los datos indican que el 9 % de los pacientes que iniciaron un tratamiento de la drogodependencia en régimen ambulatorio y el 13 % de los que iniciaron tratamiento en régimen de ingreso en 2008 carecían de hogar. Cerca del 40 % de los pacientes que iniciaron tratamiento en ambos grupos no habían finalizado la enseñanza secundaria, mientras que el 47 % de los que iniciaron tratamiento ambulatorio y el 71 % de los que recibieron tratamiento en régimen de ingreso declararon estar en paro o económicamente inactivos ⁽²⁴⁾. Esa situación posiblemente no mejore dada la situación económica actual, con unas tasas de desempleo cada vez mayores que hacen más dura la competencia en el mercado de trabajo ⁽²⁵⁾.

Todos los países informantes mencionan la disponibilidad de programas y servicios de alojamiento, educación y empleo que se dirigen específicamente a los consumidores de drogas o que atienden las necesidades de los grupos que sufren exclusión social en general. Irlanda y Suecia están estudiando la adopción de un modelo basado en el concepto de «lo primero es la vivienda» para personas sin hogar con problemas de salud mental y abuso de sustancias. Ese modelo suele ir ligado a la prestación de servicios sociales y al tratamiento integrado en la comunidad, así como a la coordinación de los servicios para una asistencia individualizada. El acceso a una vivienda no se hace depender de que la persona se abstenga de consumir alcohol y drogas, como suele ser el caso con este grupo problemático. El concepto de «lo primero es la vivienda» ha obtenido resultados positivos para las personas sin hogar en relación con una amplia serie de variables sociales y sanitarias, entre ellas el consumo de sustancias (Pleace, 2008).

⁽²³⁾ Véase el recuadro «Brote de carbunco entre consumidores de heroína en el Reino Unido y Alemania» en el capítulo 7.

⁽²⁴⁾ Véanse tablas TDI-12, TDI-13 y TDI-15 en el boletín estadístico de 2010.

⁽²⁵⁾ Véase el recuadro «Recesión económica y problemas con las drogas» en el capítulo 1.

La mejora de la empleabilidad y el acceso a un trabajo remunerado desempeñan también un papel importante en la reinserción social de los consumidores de drogas. Países como Alemania, Austria, Italia, Portugal y el Reino Unido han dado cada vez más prioridad a los aspectos del proceso de recuperación que están relacionados con el empleo, mediante la adopción de iniciativas nuevas y la ampliación de la financiación.

Cumplimiento de la legislación sobre drogas e infracciones de la misma

El cumplimiento de la legislación sobre drogas es un componente importante de las políticas nacionales y europeas en materia de drogas e incluye una gran diversidad de intervenciones que, en su mayor parte, corren a cargo de la policía y de instituciones parecidas (por ejemplo, aduanas). Los datos sobre las actividades relacionadas con el cumplimiento de la legislación sobre drogas suelen estar menos desarrolladas y son menos accesibles que en otros ámbitos de la política sobre drogas. Una notable excepción son los datos sobre delitos, que se analizan en esta sección. Se examinan también aquí las medidas recientes de cumplimiento de la legislación adoptadas para combatir la producción comercial de cannabis y las nuevas iniciativas de colaboración internacional para luchar contra el tráfico de drogas.

Cumplimiento de la legislación sobre drogas

En 2010, Europol creó un «fichero de análisis» sobre el cannabis ⁽²⁶⁾. Uno de sus elementos integrantes es un estudio del cultivo de cannabis con el que se pretende mejorar el intercambio de información dentro de la Unión Europea sobre la relación entre la delincuencia organizada y la producción de cannabis. Ese estudio se añadió después de que las fuerzas de seguridad nacionales de al menos siete países advirtieran de la participación de organizaciones de delinquentes en esta actividad, sin duda muy lucrativa ⁽²⁷⁾.

Resulta difícil estimar el alcance del cultivo ilegal de cannabis en Europa, ya que se dispone de muy pocos datos sobre el número de productores y el tamaño de las plantaciones. Los estudios cualitativos y los datos sobre incautaciones (véase capítulo 3) indican que la producción nacional podría haber aumentado considerablemente desde la década de 1990, sobre todo en Europa occidental. Los estudios cualitativos indican que las motivaciones de los productores van desde el

cultivo de unas pocas plantas para consumo personal hasta la producción de varios miles de plantas para fines comerciales.

El cultivo de cannabis con fines comerciales, especialmente en grandes plantaciones al aire libre, se ha relacionado con problemas de delincuencia y seguridad pública en Alemania, Bélgica, Países Bajos y Reino Unido. En el Reino Unido se ha informado de que organizaciones de delinquentes explotan a los jóvenes inmigrantes ilegales procedentes de Asia. Además, las plantaciones con fines comerciales en el interior de edificios implican a menudo una transformación de los inmuebles que puede ser perjudicial para la propiedad. Otro riesgo para la propiedad y la seguridad se deriva del alto consumo de electricidad para la iluminación artificial que precisa este cultivo. Los métodos poco seguros utilizados para soslayar el registro del consumo por los contadores eléctricos —y evitar así el pago correspondiente o las sospechas asociadas— o el empleo de sistemas de cableado deficientes se han descrito en ocasiones como causa de incendios declarados en plantaciones en interiores.

El cultivo de cannabis se aborda en el marco de los sistemas existentes para velar por el cumplimiento de la legislación en materia de drogas y delincuencia organizada, pero algunos países europeos han formulado hace poco estrategias específicas en este ámbito. Bélgica ha convertido la lucha contra la producción ilegal de cannabis en una prioridad de su plan de seguridad nacional para 2008-2012, mientras que los Países Bajos y el Reino Unido han desarrollado variadas estrategias para aumentar la detección y destrucción de plantaciones comerciales. Estas estrategias incluyen la adopción de medidas para sensibilizar a la población general y a algunos sectores clave (como las compañías eléctricas o los talleres de maquinaria) y animarles a denunciar a la policía la existencia de plantaciones de cannabis. Además, se han establecido acuerdos entre las fuerzas de seguridad y las compañías eléctricas, las autoridades de la vivienda, las empresas de seguros y otros sectores interesados para combatir esas plantaciones. Se han adoptado también medidas para mejorar la eficiencia de la vigilancia policial. En los Países Bajos, por ejemplo, se creó en julio de 2008 un «Grupo de trabajo sobre el cultivo organizado de cannabis» para coordinar las actividades de la policía, las administraciones locales, el poder judicial y la agencia tributaria. Las fuerzas policiales están ahora equipadas con tecnología de detección utilizada habitualmente por los militares, como cámaras de infrarrojos para obtener imágenes

⁽²⁶⁾ Un archivo para trabajos de análisis es, básicamente, una base de datos con medidas de seguridad que contiene información facilitada por los países participantes con las más estrictas reglas de confidencialidad. Permite a Europol prestar apoyo a las fuerzas de seguridad nacionales.

⁽²⁷⁾ Véase el recuadro «Ingresos y beneficios obtenidos con el cultivo ilegal de cannabis» en el capítulo 3.

térmicas, y realizan grandes operaciones para destruir plantaciones y detener a los sospechosos, como la «Operación Mazurka» en Irlanda del Norte, que culminó con 101 detenciones en 2008.

En otros países se han referido también medidas dirigidas al cultivo de cannabis. Por ejemplo, en 2008 se realizó en Irlanda una importante operación contra las «fábricas de cannabis», mientras que en Alemania la policía criminal federal (Bundeskriminalamt) creó una unidad especial para informar sobre los delitos relacionados con el cannabis que se cometían en todo el país.

Infracciones de la legislación sobre drogas

Las notificaciones iniciales de infracción de la legislación sobre drogas, especialmente los atestados policiales, constituyen los únicos datos en este ámbito disponibles de forma rutinaria en Europa ⁽²⁸⁾. Tales notificaciones se refieren normalmente a delitos relacionados tanto con el consumo de drogas (consumo y posesión para consumo) como con su suministro (producción, tráfico y venta), aunque en algunos países se notifican también otros tipos de delitos (por ejemplo, los relacionados con precursores de las drogas).

Los datos de infracciones de la legislación sobre drogas pueden considerarse indicadores directos de la actividad de las fuerzas de seguridad, puesto que se refieren a delitos consentidos que generalmente no son denunciados por las víctimas potenciales. Generalmente se les considera indicadores indirectos del consumo y el tráfico de drogas, aunque incluyen solo las actividades que llegan a atraer la atención de las fuerzas de seguridad. Suelen reflejar también las diferencias nacionales en la legislación, así como las prioridades y los recursos de cada país. Por otra parte, hay grandes diferencias en los sistemas nacionales de información en toda Europa, especialmente en lo que se refiere a los procedimientos de registro y notificación. Por ello, resulta difícil realizar comparaciones válidas de los datos facilitados por los distintos países y es preferible comparar tendencias que cifras absolutas.

Un índice de la UE, basado en los datos facilitados por 21 Estados miembros, que representan el 85 % de la población de 15 a 64 años de la Unión Europea, indica que el número de infracciones declaradas de la legislación sobre drogas aumentó en cerca de un 35 % entre 2003 y 2008. Cuando se consideran todos los países que facilitan información, se aprecia una tendencia al alza en 15 países y una estabilización o un descenso generalizado en nueve países durante ese mismo periodo ⁽²⁹⁾.

Creación de plataformas interinstitucionales en Europa

El concepto de plataforma interinstitucional, donde las fuerzas de seguridad y militares de distintos países puedan compartir información y coordinar las operaciones de incautación de drogas antes de que lleguen a los mercados de consumo, tiene su origen en América. La Fuerza de Tarea Conjunta Interinstitucional-Sur (JIATF-S), creada en Panamá en 1994 y actualmente con sede en Key West (Florida), es un modelo para esta forma de cooperación. JIATF-S, una plataforma militar, coordina las actividades de interceptación por mar y aire al sur de los Estados Unidos de las autoridades militares, las fuerzas de seguridad y los servicios de inteligencia de Estados Unidos, así como otros países asociados, entre ellos España, Francia, Países Bajos y Reino Unido.

En Europa se han creado recientemente dos plataformas interinstitucionales, ambas dirigidas por las fuerzas de seguridad, para coordinar las operaciones contra el tráfico de drogas. En 2007 se creó el Centro Europeo de Análisis y Operaciones Marítimas contra el Narcotráfico (MAOC-N) bajo los auspicios de la Unión Europea y en virtud de un tratado firmado por España, Francia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal y Reino Unido. El MAOC-N tiene su sede en Lisboa y coordina las operaciones de incautación de drogas transportadas a través del Atlántico. El JIATF-S se asoció al proyecto MAOC-N desde el principio y, en la actualidad, está presente en calidad de observador junto con la Comisión Europea, Europol, Alemania, Grecia, Canadá, Marruecos, ONUDD y, desde hace poco, Cabo Verde. En 2008 se creó una segunda plataforma interinstitucional, el Centro de Coordinación de la Lucha contra la Droga en el Mediterráneo (CeCLAD-M).

El CeCLAD-M es una unidad de la policía francesa que reúne a representantes de las fuerzas de seguridad y la armada francesa, así como a representantes de Chipre, España, Grecia, Italia, Portugal, Reino Unido, Marruecos y Senegal. El centro tiene su sede en Toulon y puede proponer la interceptación de embarcaciones y aeronaves sospechosas en el mar Mediterráneo.

Es posible que en el futuro se creen plataformas similares en las regiones del Mediterráneo oriental y el mar Negro. La Comisión Europea ha financiado recientemente un estudio para determinar la viabilidad de la creación de una plataforma europea de intercambio de información y capacitación en África occidental.

Infracciones relacionadas con el consumo y el suministro

No se aprecia ningún cambio importante en la relación entre las infracciones de la legislación sobre drogas relativas al consumo y las relativas al suministro en comparación con años anteriores. En la mayoría (23) de los países europeos, las infracciones relativas al consumo de drogas o a la posesión para el consumo siguieron

⁽²⁸⁾ Para un análisis de la relación entre las drogas y la delincuencia y una definición de «delincuencia relacionada con las drogas», véase OEDT (2007a).

⁽²⁹⁾ Véase el gráfico DLO-1 y tabla DLO-1 en el boletín estadístico de 2010.

representando la mayor parte del total en 2008, dándose las proporciones más altas en Estonia, España, Francia, Austria, Eslovenia y Suecia (81-92 %). Las relativas al suministro predominan, en cambio, en la República Checa (87 %) ⁽³⁰⁾.

Entre 2003 y 2008, el número de infracciones de la legislación sobre drogas relacionadas con el consumo aumentó en 19 de los países estudiados, exceptuándose Bulgaria, Alemania, Grecia, Austria y Eslovenia, que notificaron una reducción durante el periodo mencionado. En conjunto, el número de esas infracciones aumentó un 37 % entre 2003 y 2008 en la Unión Europea (gráfico 2).

También las infracciones relacionadas con el suministro de drogas aumentaron durante el periodo 2003-2008, pero a un ritmo notablemente menor, de un 10 % en la Unión Europea. Durante ese periodo, 17 países notificaron un aumento de las infracciones relacionadas con el suministro y otros ocho notificaron una disminución general ⁽³¹⁾.

Tendencias por tipos de droga

El cannabis continúa siendo la droga ilegal que da lugar a más notificaciones de infracción de la legislación sobre drogas en Europa ⁽³²⁾. En la mayoría de los países europeos, representaron entre un 50 % y un 75 % del total de infracciones de la legislación sobre drogas declaradas en 2008. Las infracciones relacionadas con otras drogas superaron en número a las relacionadas con el cannabis en solo tres países: la República Checa y Letonia en el caso de la metanfetamina (57 % y 33 %), y Lituania en el caso de la heroína (26 %).

Durante el periodo 2003-2008, el número de infracciones relacionadas con el cannabis aumentó en 15 de los países que facilitaron información, resultando un aumento estimado total del 29 % en la Unión Europea (gráfico 2). En cambio, Bulgaria, la República Checa, Alemania, Italia, Austria y Eslovenia notificaron tendencias a la baja ⁽³³⁾.

El número de infracciones relacionadas con la cocaína aumentó en el periodo 2003-2008 en 17 países que proporcionaron datos; se exceptuaron Bulgaria, Alemania, Italia y Austria, que mostraron tendencias a la baja. En el conjunto de la Unión Europea, esas infracciones aumentaron cerca de un 45 % en el mismo periodo y se mantuvieron estables el pasado año ⁽³⁴⁾.

El cambio de una tendencia a la baja a una tendencia al alza observado el año pasado en las infracciones relacionadas con la heroína se ha confirmado: la media de la UE para ese tipo de infracciones aumentó un 39 % en el periodo 2003-2008. El número de infracciones relacionadas con la heroína aumentó durante el periodo 2003-2008 en 16 países que proporcionaron datos; se exceptuaron Bulgaria, Alemania, Italia y Austria, que mostraron tendencias a la baja ⁽³⁵⁾.

El número de infracciones relacionadas con las anfetaminas en la Unión Europea sigue mostrando una tendencia al alza, con un aumento estimado del 24 % entre 2003 y 2008. Por el contrario, se estima que las infracciones relacionadas con el éxtasis han disminuido un 35 % en ese mismo periodo (gráfico 2)

Respuestas sanitarias y sociales en los centros penitenciarios

Diariamente, los centros penitenciarios de la Unión Europea albergan a más de 600 000 reclusos ⁽³⁶⁾, lo que arroja un índice medio de reclusión de 120 presos por cada 100 000 personas ⁽³⁷⁾. La población reclusa en los países europeos oscila entre 66 y 285 presos por cada 100 000 personas y la mayoría de los Estados miembros de Europa central y oriental registran índices más altos que la media. No obstante, las cifras por países y la media de la UE siguen siendo considerablemente inferiores a los índices que se registran en Rusia (609) y en Estados Unidos (753) ⁽³⁸⁾.

Los condenados por infracciones de la legislación sobre drogas suponen entre un 10 % y un 30 % de la población reclusa en la mayoría de los países de la UE. Una proporción desconocida de reclusos cumplen penas por delitos contra la propiedad cometidos para satisfacer su drogodependencia o por delitos de otro tipo relacionados con las drogas.

Consumo de drogas entre la población reclusa

Aunque todavía no se han estandarizado las definiciones, las cuestiones investigadas ni las metodologías utilizadas en los estudios que analizan el consumo de droga en los centros penitenciarios (Dirección General de Salud y Consumidores, 2008a; Vandam, 2009), algunos

⁽³⁰⁾ Véase tabla DLO-2 en el boletín estadístico de 2010.

⁽³¹⁾ Véase el gráfico DLO-1 y tabla DLO-5 en el boletín estadístico de 2010.

⁽³²⁾ Véase tabla DLO-3 en el boletín estadístico de 2010.

⁽³³⁾ Véase tabla DLO-6 en el boletín estadístico de 2010.

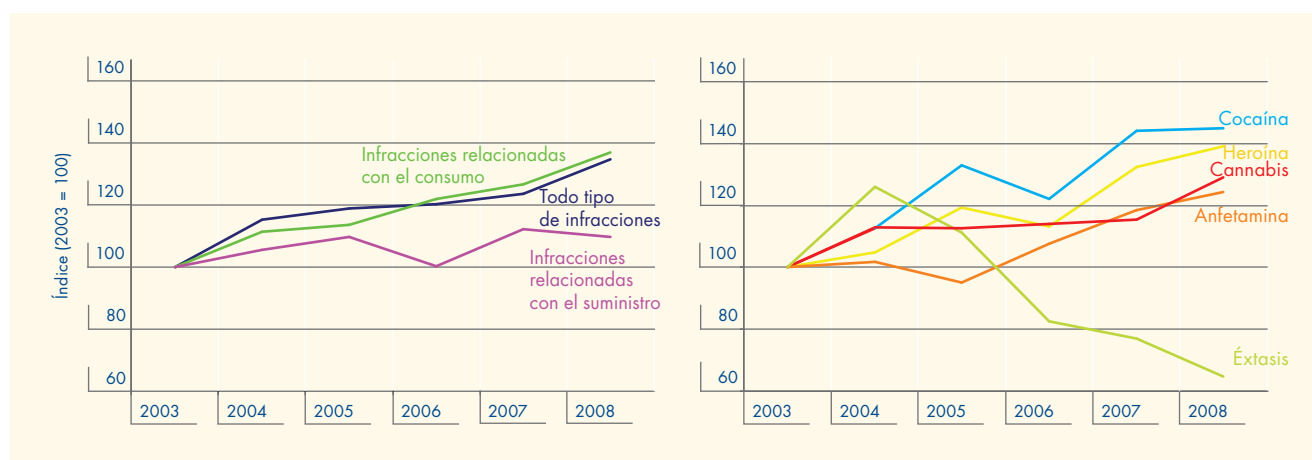
⁽³⁴⁾ Véase el gráfico DLO-3 y tabla DLO-8 en el boletín estadístico 2010.

⁽³⁵⁾ Véase tabla DLO-7 en el boletín estadístico de 2010.

⁽³⁶⁾ Para más información sobre los centros penitenciarios en Europa, consulte el sitio web del Consejo de Europa.

⁽³⁷⁾ El término «preso» se refiere tanto a los reclusos que están en prisión preventiva como a los reclusos sobre los que ya ha recaído una sentencia.

⁽³⁸⁾ Fuente: Informe mundial sobre centros penitenciarios para los valores en los Estados Unidos y Rusia.

Gráfico 2: Tendencias observadas en los informes de infracciones relacionados con las drogas según el tipo de infracción y el tipo de droga en los Estados miembros de la UE

N.B.: Las tendencias representan la información disponible sobre el número nacional de infracciones relacionadas con las drogas (penales y no penales) notificadas por todas las fuerzas de seguridad de los Estados miembros de la UE; todas las series se han indizado a una base de 100 en 2003 y se han ponderado en función del tamaño de la población nacional para obtener la tendencia en el conjunto de la UE. Para más información, véanse los gráficos DLO-1 y DLO-3 en el boletín estadístico de 2010.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

estudios demuestran que el consumo de drogas sigue siendo mayor entre los reclusos que entre la población general. Los datos de algunos estudios realizados desde 2003 indican la existencia de variaciones considerables en la prevalencia del consumo de drogas entre la población reclusa: por ejemplo, apenas el 3 % de los encuestados en algunos países, y hasta el 77 % en otros, declararon que habían consumido drogas con regularidad durante el mes anterior a su encarcelamiento. Los estudios realizados indican también que las modalidades más perjudiciales de consumo de drogas podrían concentrarse entre los reclusos y que entre el 6 % y el 38 % de los encuestados consumieron en algún momento drogas por vía parenteral ⁽³⁹⁾.

Al ingreso en prisión, la mayor parte de los consumidores reducen su consumo de drogas o dejan de consumirlas, principalmente debido los problemas que lleva aparejados la adquisición de las sustancias. No obstante, tanto los expertos penitenciarios como los responsables de la formulación de políticas reconocen que, a pesar de todas las medidas aplicadas para reducir su suministro, las drogas ilegales llegan hasta la mayoría de los centros penitenciarios en Europa. En los estudios realizados desde 2003, se estima que el consumo de drogas en los centros penitenciarios varía entre el 1 % y el 56 % de los reclusos. En un estudio nacional realizado en Portugal en 2007, el 12 % de los reclusos declararon que habían consumido drogas con regularidad en el mes anterior a su detención ⁽⁴⁰⁾. En otro estudio realizado con 246 reclusos

en Luxemburgo se constató que el 31 % habían consumido drogas por vía parenteral durante su reclusión, mientras que los estudios llevados a cabo en otros tres países registraron unos niveles de consumo por vía parenteral del 10 % o más ⁽⁴¹⁾. Parece ser que los consumidores de drogas por vía parenteral en las prisiones comparten sus agujas y jeringuillas más a menudo que los consumidores que no se hallan reclusos. Lo expuesto plantea algunas cuestiones relacionadas con la posible propagación de enfermedades infecciosas entre la población reclusa.

La sanidad en los centros penitenciarios de Europa

Los reclusos tienen derecho al mismo nivel de asistencia médica que las demás personas y los servicios de salud de los centros penitenciarios deberían poder ofrecer tratamiento para los problemas relacionados con el consumo de drogas en condiciones comparables a los que se ofrecen fuera de ellos (CPT, 2006; OMS, 2007). Este principio general de equivalencia se reconoce en la Unión Europea en la Recomendación del Consejo de 18 de junio de 2003 relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia ⁽⁴²⁾, a cuya aplicación insta el nuevo plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE (2009-2012).

Los centros penitenciarios y los servicios sanitarios y sociales están empezando a cooperar entre sí en Europa. Algunos ejemplos son la transferencia de las

⁽³⁹⁾ Véanse tablas DUP-2 y DUP-105 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁴⁰⁾ Véase tabla DUP-3 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁴¹⁾ Véase tabla DUP-4 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁴²⁾ DO L 165 de 3.7.2003, p. 31.

competencias de sanidad en los centros penitenciarios a las administraciones sanitarias en Francia, Italia, Suecia, Noruega e Inglaterra y Gales (previsto también en Escocia), la integración de las organizaciones sanitarias de base comunitaria en equipos multidisciplinares de los centros penitenciarios en Eslovenia, Luxemburgo, Portugal y Suecia, y la creciente prestación de servicios intramuros por organizaciones contra la droga de base comunitaria, que ahora existe en la mayoría de los países.

Las estrategias y los planes de acción nacionales contra las drogas establecen en muchos casos objetivos de asistencia en centros penitenciarios, como mejoras en la equivalencia, la calidad y la continuidad del tratamiento y la asistencia a los reclusos. Algunos países han formulado estrategias específicas para el sistema penitenciario. España y Luxemburgo implantaron hace más de diez años políticas de salud en los centros penitenciarios y han documentado su eficacia. Más recientemente, se han nombrado coordinadores de la política sobre drogas en los centros penitenciarios en Bélgica y se ha creado una unidad central en la que los funcionarios de prisiones y los especialistas en drogadicción colaboran para ofrecer tratamiento a los reclusos que salen del centro. En 2008 se creó un comité de asuntos relacionados con las drogas en el servicio penitenciario húngaro. El plan de acción de la política sobre drogas para 2007-2009 del servicio penitenciario checo inspira la creación de nuevos servicios e incluye un componente de vigilancia y evaluación. En el Reino Unido, la estrategia frente a las drogas para 2008-2011 del *National Offender Management Service* (NOMS, 2009) trata de organizar intervenciones precoces para los jóvenes y se ocupa de los delincuentes con problemas de abuso de drogas con el fin de evitar en lo posible los daños causados por las drogas y el alcohol.

Asistencia a los consumidores de drogas en los centros penitenciarios

Los reclusos tienen acceso en Europa a una serie de servicios relacionados con el consumo de drogas y los problemas asociados. Esos servicios prevén el suministro de información sobre drogas y salud, la asistencia sanitaria para enfermedades infecciosas, el tratamiento de las drogodependencias, la adopción de medidas para reducir los daños y la preparación para la excarcelación ⁽⁴³⁾.

Algunas organizaciones internacionales han preparado en los últimos años información y orientaciones sobre el tratamiento de las enfermedades infecciosas en los centros penitenciarios. La ONUDD, en colaboración con la OMS

y la UNAIDS, ha publicado una serie de materiales de información para las administraciones penitenciarias y otros responsables de la toma de decisiones, en los que se explica la manera de organizar una respuesta nacional eficaz frente al VIH/sida en los centros penitenciarios (ONUDD, OMS y UNAIDS, 2006). Otro documento contiene orientaciones sobre la manera de divulgar más eficazmente información sobre el asesoramiento y las pruebas de detección de enfermedades infecciosas en los centros penitenciarios, además de mejorar la comunicación de los resultados a los reclusos (ONUDD, UNAIDS y OMS, 2010).

En algunos países, como España, Luxemburgo, el Reino Unido y la República Checa, se han establecido con claridad una serie de áreas y normas de asistencia sanitaria en los centros penitenciarios, y otros países están dando pasos en esa dirección. Ciertos países informan de que están evaluando la disponibilidad y la calidad de la asistencia sanitaria prestada a los reclusos consumidores de drogas. En Irlanda, por ejemplo, se ha realizado un estudio que ha demostrado la necesidad de adaptar los servicios de farmacia en los centros penitenciarios a la necesidad cada vez más frecuente de tratamientos de sustitución (*Irish Prison Service*, 2009), mientras que en Francia un nuevo órgano de inspección (Inspección Central de Prisiones y otras Instituciones Cerradas) ha encontrado deficiencias en la asistencia sanitaria prestada en esos centros y ha identificado riesgos de infección. En los Países Bajos se ha adoptado una nueva directiva sobre la asistencia prestada a los consumidores de drogas en el momento de su detención, que presta especial atención a las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas ⁽⁴⁴⁾. La calidad de los servicios penitenciarios está también mejorando en algunos países gracias a la inversión en formación. En Bélgica, todos los funcionarios de prisiones han recibido formación sobre las políticas penitenciarias relacionadas con el alcohol y las drogas; en Croacia, los médicos de prisiones han recibido formación sobre tratamientos de sustitución; y un proyecto dirigido por la ONUDD ha impartido formación para la prevención del VIH y educación sobre las drogas a médicos, trabajadores sociales y psicólogos que trabajan en las cárceles letonas, los cuales a su vez han formado a los reclusos. En Finlandia, los nuevos programas de tratamiento para la población reclusa requieren la acreditación de la Agencia de Sanciones Penales.

La creciente utilización de tratamientos de sustitución de opiáceos en la comunidad ha originado en muchos países un aumento del número de reclusos que están recibiendo ese tratamiento en el momento de su ingreso

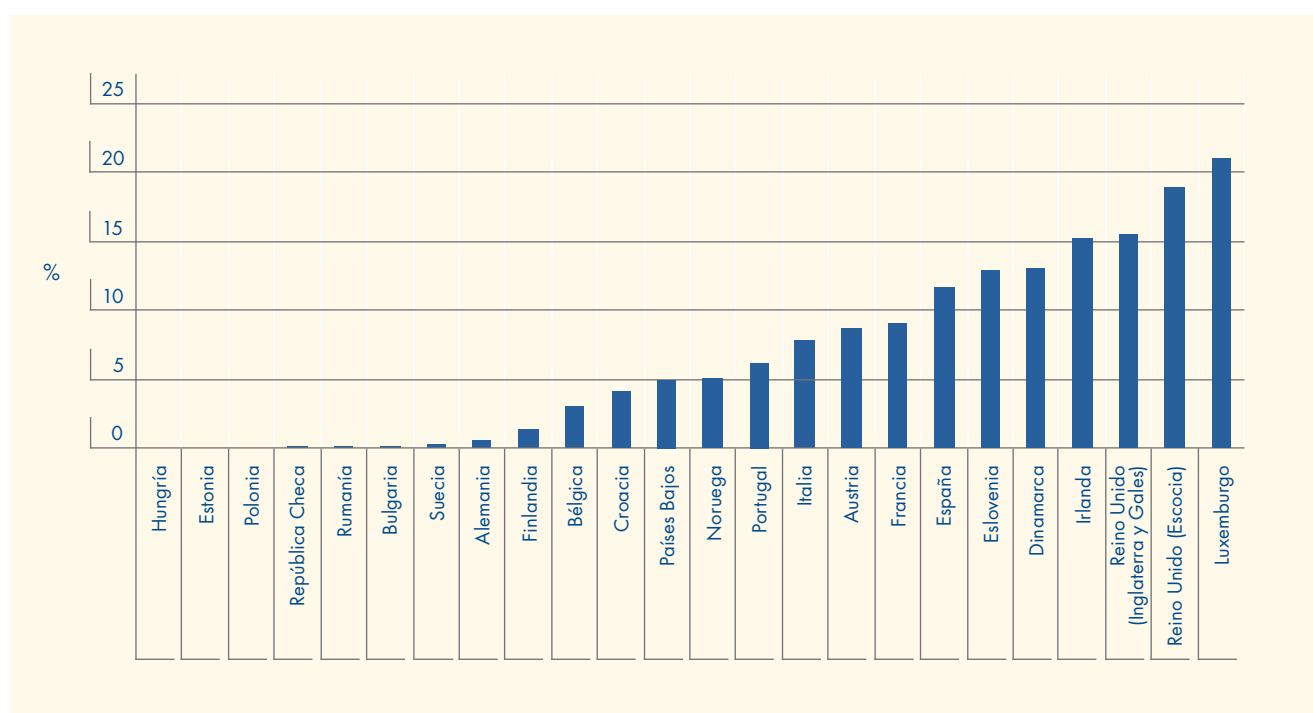
⁽⁴³⁾ Véase tabla HSR-7 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁴⁴⁾ Véase el «Portal de buenas prácticas».

en prisión. La continuidad de la asistencia en estos casos es especialmente importante, dada la elevada tasa de mortalidad por sobredosis tras la excarcelación (OEDT, 2009a) y el riesgo de comisión de delitos para financiar el consumo de drogas ilegales. En 2008 se permitió que los reclusos siguieran recibiendo tratamiento de sustitución de opiáceos en los centros penitenciarios de Bulgaria, Estonia y Rumanía. Sin embargo, esta opción no está

disponible en los de Chipre, Eslovaquia, Grecia, Letonia, Lituania y Turquía. En seis Estados miembros, se estima que más del 10 % de todos los reclusos reciben ese tratamiento, mientras que en otros ocho países, la cifra varía entre el 3 % y el 10 % (gráfico 3). En la mayoría de los países, la desintoxicación sigue siendo el tratamiento «por defecto» para los consumidores de opiáceos que ingresan en centros penitenciarios.

Gráfico 3: Proporción de población reclusa que recibe tratamiento de sustitución de opiáceos



N.B.: Se presentan datos de todos los países en los que se ofrece tratamiento de sustitución en los centros penitenciarios, exceptuando Malta. Los datos corresponden a 2008, exceptuando Austria y Escocia (2007), Bélgica y los Países Bajos (2009). Para las notas y las fuentes, véase tabla HSR-9 en el boletín estadístico de 2009.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.



Capítulo 3

Cannabis

Introducción

El cannabis es la droga ilegal más extendida en Europa, donde se importa o produce internamente. En la mayoría de los países, el consumo de cannabis aumentó durante la década de 1990 y principios de la década de 2000, aunque siguen apreciándose diferencias importantes entre unos países y otros. En los últimos años se ha producido una creciente sensibilización sobre las implicaciones para la salud pública del consumo generalizado y a largo plazo de esta droga, y a la vez un aumento de la demanda de tratamiento para problemas relacionados con el cannabis. Europa puede estar entrando en una nueva fase, pues los datos procedentes de la población general y los estudios realizados en las escuelas indican una situación de estabilización o incluso de descenso del consumo de cannabis. Sin embargo, los niveles de consumo siguen siendo elevados en términos históricos y, dentro del debate europeo sobre drogas, identificar lo que constituye una respuesta eficaz al cannabis sigue siendo una pregunta clave.

Suministro y disponibilidad

Producción y tráfico

El cannabis puede cultivarse en una amplia gama de entornos y crece de forma silvestre en muchas partes del mundo. Actualmente se estima que se cultiva en 172 países y territorios (ONUDD, 2009). La combinación de estos factores dificulta la elaboración de estimaciones con cierto grado de precisión sobre la producción mundial de cannabis. La ONUDD (2009) estima que la producción de hierba de cannabis a escala mundial en 2008 osciló entre 13 300 y 66 100 toneladas.

El cultivo de cannabis en Europa está extendido y posiblemente lo estará cada vez más. En 2008, los 29 países europeos que facilitan información mencionaron el cultivo doméstico de cannabis, aunque la escala y la naturaleza del fenómeno parecen variar considerablemente. Sin embargo, una proporción significativa del cannabis que se consume en Europa parece ser el resultado de un tráfico intrarregional.

Tabla 2: Producción, incautaciones, precio y potencia de la resina y la hierba de cannabis

	Resina de cannabis	Hierba de cannabis
Estimación de la producción mundial (en toneladas)	2 200-9 900	13 300-66 100
Cantidad incautada a escala mundial (en toneladas)	1 637	6 563
Cantidad incautada (en toneladas) UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	892 (900)	60 (92)
Número de incautaciones UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	367 400 (368 700)	273 800 (288 600)
Precio medio de venta al por menor (euros por gramo) Rango (Rango intercuartil) ⁽¹⁾	3-10 (6-9)	3-16 (5-9)
Potencia media (% contenido de THC) Rango (Rango intercuartil) ⁽¹⁾	3-16 (6-10)	1-10 (5-8)

⁽¹⁾ Rango referido a la mitad de los valores de la serie que ocupan el lugar central de los precios medios notificados.

N.B.: Todos los datos corresponden a 2008.

Fuentes: ONUDD (2009, 2010b) para los valores mundiales, Puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos.

La hierba de cannabis en Europa también se importa, principalmente de África (por ejemplo, Nigeria, Cabo Verde, Sudáfrica), y con menor frecuencia de las Américas, especialmente de las islas caribeñas, Oriente Medio (Líbano) y Asia (Tailandia). Albania, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Moldova, Montenegro y Serbia se mencionan también como países exportadores en un informe reciente (INCB, 2010b).

La fabricación mundial de resina de cannabis en 2008 se estimó en entre 2 200 y 9 900 toneladas (ONUDD, 2009), siendo Afganistán y Marruecos los principales productores. Un estudio reciente indica que el mayor productor mundial de resina de cannabis podría ser ahora Afganistán, cuya producción se estima entre 1 500 y 3 500 toneladas al año (ONUDD, 2010a). La última estimación disponible para Marruecos indica una producción de resina de cannabis cercana a las 1 000 toneladas en 2005 (ONUDD y Gobierno de Marruecos, 2007). Aunque una parte de la resina de cannabis producida en Afganistán se vende en Europa, es probable que Marruecos siga siendo el principal proveedor de esta droga en Europa. La resina de cannabis procedente de Marruecos suele introducirse de contrabando en Europa a través de la península Ibérica y los Países Bajos.

Incautaciones

En 2008 se incautaron una cantidad estimada de 6 563 toneladas de hierba de cannabis y 1 637 toneladas de resina de cannabis en todo el mundo (tabla 2), lo que supone un aumento del 17 % en comparación con

el año anterior (ONUDD, 2010b). Norteamérica siguió registrando la proporción más elevada de hierba de cannabis incautada (48 %), mientras que la mayoría de la resina de cannabis incautada se registró en Europa occidental y central (57 %).

En Europa, se incautaron de 92 toneladas de hierba de cannabis en las 289 000 operaciones que se estima se llevaron a cabo en 2008 ⁽⁴⁵⁾. El número de incautaciones se multiplicó por un factor de casi 2,5 entre 2003 y 2008. La cantidad de hierba de cannabis incautada, excepto en 2004-2005 cuando se redujo hasta unas 65 toneladas, se ha mantenido relativamente estable desde 2003 en algo más de 90 toneladas ⁽⁴⁶⁾. El Reino Unido ha representado casi la mitad del número total de incautaciones, con 20 toneladas o más al año durante el periodo 2005-2007. Turquía (31 toneladas) y Alemania (9 toneladas) registraron un número récord de incautaciones en 2008.

Las incautaciones de resina de cannabis superaron a las de hierba de cannabis, tanto en número como en volumen incautado ⁽⁴⁷⁾. En 2008, se produjeron unas 369 000 incautaciones de resina de cannabis, lo que dio lugar a la interceptación de 900 toneladas de la droga, cerca de nueve veces la cantidad de la hierba de cannabis incautada. Entre 2003 y 2008 el número de incautaciones de resina de cannabis aumentó, aunque la cantidad incautada, después de un descenso inicial, ha seguido aumentando desde 2006. Casi la mitad del número total de incautaciones de resina de cannabis y alrededor de tres cuartos de la cantidad incautada en 2008 se registraron en España, mientras que en tres países se incautaron cantidades sin precedentes de resina, a saber, en Francia (71 toneladas), Portugal (61 toneladas) e Italia (34 toneladas).

El número de incautaciones de plantas de cannabis ha aumentado desde 2003, estimándose en 19 000 los casos en 2008. Los países indican la cantidad incautada ya sea como una estimación del número de plantas incautadas o por peso. El número de plantas incautadas aumentó de 1,7 millones en 2003 a 2,6 millones en 2007, para luego disminuir hasta 1,2 millones en 2008 ⁽⁴⁸⁾. El peso de las plantas incautadas se ha multiplicado por un factor de 4,5 durante ese periodo, hasta alcanzar las 43 toneladas en 2008, 24 toneladas en España y 15 toneladas en Bulgaria.

Informe «Insights» del OEDT: Producción y mercados del cannabis en Europa

El OEDT publicará en 2011 un nuevo informe «Insights» («A fondo») sobre la producción y los mercados del cannabis. El informe se centrará en el suministro de productos de cannabis en los países europeos y examinará el tipo de productos disponibles, sus orígenes, sus respectivas cuotas de mercado y otras cuestiones relacionadas con la distribución y las estructuras de los mercados. El cultivo de cannabis dentro de las fronteras europeas, cuya visibilidad ha aumentado en los últimos años, recibirá una especial atención.

⁽⁴⁵⁾ Los datos sobre incautaciones de droga en Europa que se mencionan en este capítulo puede encontrarse en las tablas SZR-1 a SZR-6 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁴⁶⁾ Se trata de un análisis preliminar, ya que aún no se dispone de los datos del Reino Unido en 2008.

⁽⁴⁷⁾ A causa de las diferencias existentes en relación con el volumen de mercancía transportada y las distancias recorridas, así como la necesidad de cruzar fronteras internacionales, el riesgo de incautación podría ser mayor para la resina de cannabis que para la hierba de cannabis producida localmente.

⁽⁴⁸⁾ Este análisis no incluye las incautaciones declaradas por Turquía de 31 millones de plantas de cannabis en 2003, ni los 20 millones de plantas en 2004, puesto que no se dispone de datos sobre las cantidades incautadas en años posteriores.

Potencia y precio

La potencia de los productos del cannabis viene determinada por su contenido en delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), su principal componente activo. Esa potencia varía ampliamente tanto entre los distintos países como dentro de ellos, así como entre los distintos productos del cannabis. La información existente al respecto se fundamenta sobre todo en el análisis forense del cannabis incautado, seleccionado sobre la base de una serie de muestras. El grado en que las muestras analizadas reflejan el mercado en general no resulta claro y, por ello, los datos sobre la potencia de los productos del cannabis deberían interpretarse con precaución.

En 2008, la media nacional notificada de contenido de THC de la resina de cannabis oscilaba entre el 3 % y el 16 %. La potencia media de la hierba de cannabis (en la medida de lo posible, excluida la variedad «sin semilla» que es la forma de hierba que tiene la mayor potencia) oscilaba entre el 1 % y el 10 %. Sólo algunos países indicaron la potencia media de la variedad sin semilla: en todos los casos fue mayor que la hierba de cannabis importada y osciló entre el 12 % en Noruega y algo más del 16 % en los Países Bajos y el Reino Unido. Durante el periodo 2003-2008, la potencia media de la resina de cannabis mostró divergencias en los 11 países que han facilitado datos suficientes; en cambio, la potencia de la hierba de cannabis aumentó en seis de los países informantes y disminuyó en cuatro. Sólo se dispone de datos sobre la potencia de la hierba de cannabis de producción local a lo largo de una serie de años en los Países Bajos, donde se ha observado un descenso de la potencia media de la variedad «nederwiet», desde un nivel máximo del 20 % en 2004 hasta el 16 % en 2007 y 2008 ⁽⁴⁹⁾.

El precio de venta al por menor de la resina de cannabis en 2008 oscilaba entre 3 y 10 euros por gramo en 17 países que facilitaron información, refiriendo 12 de ellos valores entre 6 y 9 euros. El precio medio de venta al por menor de la resina de cannabis oscilaba entre 3 y 16 euros por gramo en los 16 países que facilitaron información, refiriendo 10 de ellos precios entre 5 y 9 euros. En el caso de la resina de cannabis, el precio medio de venta al por menor se redujo o mantuvo estable en todos los países que facilitaron datos durante el periodo 2003-2008, salvo en Bélgica y Austria, donde aumentó. Durante ese mismo periodo, los datos disponibles sobre la hierba de cannabis indican que los precios se mantuvieron estables o aumentaron en Europa, mientras que solo Hungría y Turquía indicaron tendencias a la baja.

Ingresos y beneficios obtenidos con el cultivo ilegal de cannabis

Las estimaciones realizadas por las fuerzas policiales indican que las plantas de cannabis incautadas en 2008 podrían haber generado unas ventas de 70 millones de euros en Bélgica y 76 millones de euros en el Reino Unido (NPIA, 2009), así como unos beneficios para los mayoristas de entre 36 millones y 61 millones de euros en Alemania. La totalidad de los ingresos generados por la producción ilegal de cannabis con fines comerciales resulta, no obstante, difícil de estimar, ya que esas cifras se refieren únicamente a las plantas de cannabis incautadas. Los beneficios tienen que estimarse teniendo también en cuenta otras variables.

Los ingresos obtenidos de la producción ilegal de cannabis con fines comerciales dependen de una serie de factores, entre ellos los siguientes: el tamaño de la plantación, el número de plantas, la producción media por planta y el número de cosechas al año. Una elevada densidad de plantas y unas cosechas frecuentes reducen generalmente la producción de cada planta. Los ingresos obtenidos dependen también de si la cosecha se destina a los mercados minoristas o mayoristas, ya que los precios suelen ser más altos en los primeros que en los segundos.

Algunos de los costes de la producción ilegal de cannabis con fines comerciales en plantaciones en interiores son: instalaciones, semillas o plantones, suelo o lana mineral, nutrientes, luz y bombillas, herramientas y ventilación, y mano de obra. La electricidad, cuando no se obtiene ilegalmente, es también un elemento importante de los costes de producción.

Para calcular los ingresos y beneficios de las plantaciones ilegales de cannabis, las fuerzas de seguridad de los Países Bajos han establecido una serie de criterios técnicos que actualizan cada cierto tiempo. En Bélgica y el Reino Unido se están desarrollando también nuevas tecnologías.

Prevalencia y pautas de consumo

Consumo de cannabis en la población en general

Según estimaciones conservadoras, han consumido cannabis al menos una vez (prevalencia a lo largo de la vida) unos 75,5 millones de europeos, lo que corresponde a más de una de cada cinco personas de 15 a 64 años (véase en tabla 3 un resumen de los datos). La situación es significativamente diferente según los países y la prevalencia nacional varía de un 1,5 % a un 38,6 %. Para la mayoría de los países, la prevalencia se estima entre un 10 % y un 30 %.

Se estima que unos 23 millones de europeos consumieron cannabis en el último año, lo que representa una media del 6,8 % de toda la población de 15 a 64 años. Las

⁽⁴⁹⁾ Puede obtenerse más información sobre potencia y precios en tablas PPP-1 y PPP-5 en el boletín estadístico de 2010.

estimaciones de la prevalencia de consumo en el último mes incluyen a las personas que consumen cannabis más frecuentemente, aunque no necesariamente de forma diaria o intensiva. Se estima que 12,5 millones de europeos consumieron esta droga en el último mes, lo que corresponde a una media del 3,7 % de las personas de 15 a 64 años.

Consumo de cannabis entre adultos jóvenes

El consumo de cannabis se concentra principalmente en los adultos jóvenes (15-34 años), siendo los jóvenes de 15 a 24 años los que generalmente indican la prevalencia más alta de consumo en el último año. Así ocurre en casi todos los países europeos que han facilitado información, a excepción de Portugal ⁽⁵⁰⁾.

La información extraída de encuestas de población indica que, como media, el 31,6 % de todos los adultos jóvenes europeos (de 15 a 34 años) consumieron cannabis alguna vez, mientras que el 12,6 % lo hicieron durante el último año y un 6,9 % durante el último mes. Se estima que una proporción aún mayor de jóvenes europeos de 15 a 24 años consumieron cannabis en el último año (16 %) o el último mes (8,4 %). Las estimaciones nacionales del consumo varían mucho de un país a otro en todas las medidas de la prevalencia. Por ejemplo, la prevalencia estimada durante el último año en la población de adultos jóvenes de los países situados en el extremo superior de la escala es 30 veces mayor que la de los países con las prevalencias más bajas.

El consumo de cannabis es generalmente mayor entre los varones que entre las mujeres; por ejemplo, la proporción de varones y mujeres entre los que declaran haber consumido cannabis en el último año oscila entre 6,4:1 en Portugal y 1,4:1 en Bulgaria ⁽⁵¹⁾.

El consumo de cannabis es especialmente elevado en algunos grupos de jóvenes, como los que acuden con frecuencia a locales nocturnos, *pubs* o conciertos (Hoare, 2009). Las encuestas especiales realizadas recientemente entre los asistentes a discotecas o conciertos en Austria, la República Checa y el Reino Unido indican que más del 80 % de los encuestados consumieron cannabis en alguna ocasión, porcentaje mucho mayor que la media europea entre los adultos jóvenes (Measham y Moore, 2009).

Consumo de cannabis entre escolares

La encuesta ESPAD, realizada cada cuatro años, ofrece datos comparables sobre el consumo de alcohol y drogas

entre los estudiantes de 15 a 16 años de edad en Europa (Hibell *et al.*, 2009). En 2007, la encuesta se realizó en 25 Estados miembros de la UE más Noruega y Croacia. Además, en 2008 se realizaron encuestas nacionales entre escolares en España, Italia, Suecia y el Reino Unido; en Bélgica (Comunidad Flamenca) se realizó una encuesta regional.

Los datos del estudio ESPAD de 2007 y las encuestas nacionales a escolares en 2008 revelan que la mayor prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cannabis entre los escolares de 15 a 16 años se registra en la República Checa (45 %), mientras que Eslovaquia, Estonia, Francia, Países Bajos y el Reino Unido notifican niveles que oscilan entre el 26 % y el 32 %. Otros 15 países indican niveles de prevalencia a lo largo de la vida entre el 13 % y el 25 %. Los niveles más bajos (menos de un 10 %) se registran en Chipre, Grecia, Finlandia, Rumanía, Suecia y Noruega. La diferencia de género en el consumo de cannabis es menos marcada entre los escolares que entre los adultos jóvenes. La proporción de varones y mujeres entre los escolares que consumen cannabis va desde casi 1 en España y el Reino Unido, hasta 2,1 o más en Chipre, Grecia, Polonia y Rumanía ⁽⁵²⁾.

Comparaciones internacionales

Las cifras europeas son comparables a las de otras partes del mundo. Por ejemplo, en Canadá (2008) la prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida entre adultos jóvenes es del 53,8 % y la prevalencia en el último año, del 24,1 %. En Estados Unidos, la SMAHSA (2008) estimó en un 49 % la prevalencia a lo largo de la vida de consumo de cannabis (16-34 años, recalculado por el OEDT) y en un 21,5 % en el último año, mientras que en Australia (2007) las cifras son del 47 % y el 16 % entre los 14 y los 39 años de edad. Todas estas cifras están por encima de las correspondientes medias europeas, que se sitúan, respectivamente, en el 31,6 % y el 12,6 %.

Entre los escolares, Eslovaquia, España, Francia y la República Checa registran niveles de prevalencia de consumo del cannabis a lo largo de la vida comparables a los notificados por Estados Unidos y Australia ⁽⁵³⁾.

Tendencias en el consumo de cannabis

En el periodo de 1998 a 2008 y en los 15 países que han podido facilitar datos suficientes, se observan tres tendencias principales en el consumo de cannabis entre la población adulta (gráfico 4). Cinco países (Bulgaria, Grecia, Hungría, Finlandia y Suecia) refieren unos niveles

⁽⁵⁰⁾ Véase el gráfico GPS-1 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁵¹⁾ Véase tabla GPS-4 (parte iii) y (parte iv) en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁵²⁾ Véase tabla EYE-20 (parte ii) y (parte iii) en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁵³⁾ Véase el gráfico EYE-1 (parte xii) en el boletín estadístico de 2010.

Tabla 3: Prevalencia del consumo de cannabis en la población general. Resumen de los datos

Grupo de edad	Período de consumo		
	Durante toda la vida	En el último año	En el último mes
15-64 años			
Número estimado de consumidores en Europa	75,5 millones	23 millones	12,5 millones
Media europea	22,5 %	6,8 %	3,7 %
Rango	1,5-38,6 %	0,4-15,2 %	0,1-8,5 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (1,5 %) Malta (3,5 %) Chipre (6,6 %) Bulgaria (7,3 %)	Rumanía (0,4 %) Malta (0,8 %) Grecia (1,7 %) Suecia (1,9 %)	Rumanía (0,1 %) Malta, Suecia (0,5 %) Grecia, Polonia (0,9 %) Lituania, Hungría (1,2 %)
Países con prevalencia más alta	Dinamarca (38,6 %) República Checa (34,2 %) Italia (32,0 %) Reino Unido (31,1 %)	República Checa (15,2 %) Italia (14,3 %) España (10,1 %) Francia (8,6 %)	República Checa (8,5 %) España (7,1 %) Italia (6,9 %) Francia (4,8 %)
15-34 años			
Número estimado de consumidores en Europa	42 millones	17 millones	9,5 millones
Media europea	31,6 %	12,6 %	6,9 %
Rango	2,9-53,3 %	0,9-28,2 %	0,3-16,7 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (2,9 %) Malta (4,8 %) Chipre (9,9 %) Grecia (10,8 %)	Rumanía (0,9 %) Malta (1,9 %) Grecia (3,2 %) Chipre (3,4 %)	Rumanía (0,3 %) Suecia (1,0 %) Grecia (1,5 %) Polonia (1,9 %)
Países con prevalencia más alta	República Checa (53,3 %) Dinamarca (48,0 %) Francia (43,6 %) Reino Unido (40,5 %)	República Checa (28,2 %) Italia (20,3 %) España (18,8 %) Francia (16,7 %)	República Checa (16,7 %) España (13,4 %) Italia (9,9 %) Francia (9,8 %)
15-24 años			
Número estimado de consumidores en Europa	19,5 millones	10 millones	5,5 millones
Media europea	30,9 %	16,0 %	8,4 %
Rango	3,7-58,6 %	1,5-37,3 %	0,5-22,4 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (3,7 %) Malta (4,9 %) Chipre (6,9 %) Grecia (9,0 %)	Rumanía (1,5 %) Grecia, Chipre (3,6 %) Suecia (4,9 %) Portugal (6,6 %)	Rumanía (0,5 %) Grecia, Suecia (1,2 %) Chipre (2,0 %) Polonia (2,5 %)
Países con prevalencia más alta	República Checa (58,6 %) Francia (42,0 %) Dinamarca (41,1 %) Alemania (39,0 %)	República Checa (37,3 %) España (24,1 %) Italia (22,3 %) Francia (21,7 %)	República Checa (22,4 %) España (16,9 %) Francia (12,7 %) Italia (11,0 %)

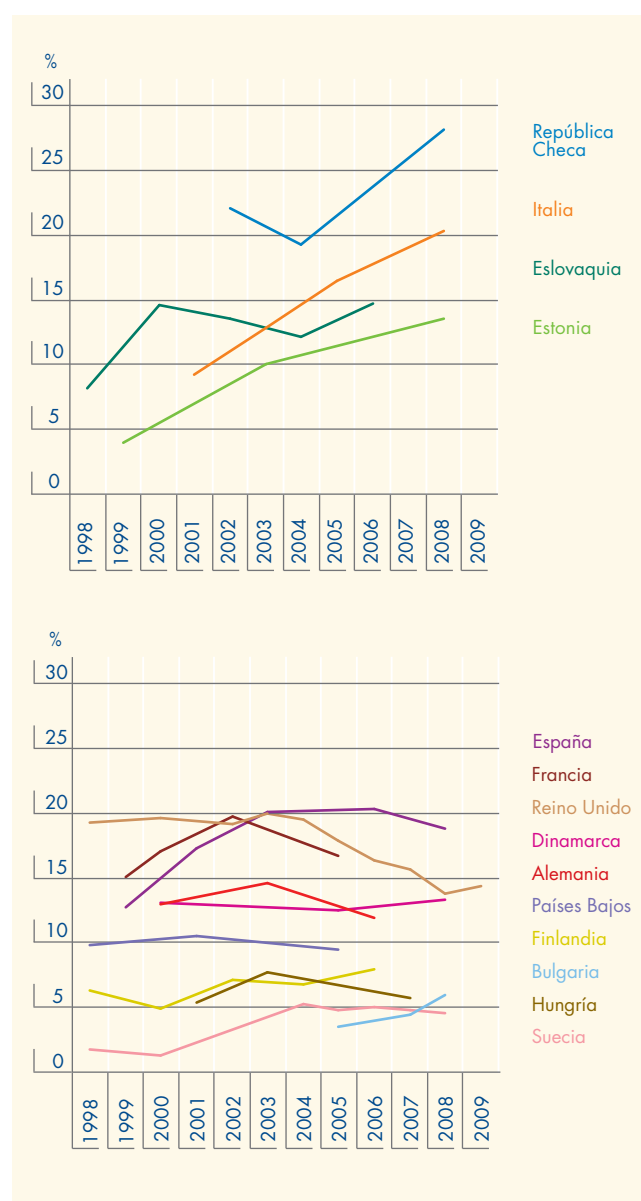
Las estimaciones de prevalencia en Europa se basan en las medias ponderadas obtenidas en las encuestas nacionales más recientes realizadas entre 2001 y 2008/2009 (principalmente entre 2004 y 2008), por lo que no se pueden atribuir a un único año. La prevalencia media en Europa se ha calculado utilizando una media ponderada en función de la población del grupo de edad correspondiente en cada país. A los países sobre los que no se dispone de información se ha aplicado la prevalencia media de la UE. Población utilizada como base: 15-64 (334 millones), 15-34 (133 millones) y 15-24 (63 millones). Los datos aquí resumidos pueden encontrarse en la sección «Encuestas de población general» en el boletín estadístico de 2010.

de prevalencia bajos (inferiores al 9 %) y relativamente estables del consumo de cannabis durante el último años entre los adultos jóvenes. Seis países (Alemania, Dinamarca, España, Francia, Países Bajos y Reino Unido) refieren niveles de prevalencia más altos, que se han

mantenido estables o han disminuido en los últimos años. Otros cuatro países (Eslovaquia, Estonia, Italia y República Checa) refieren también niveles más altos de consumo de cannabis entre los adultos jóvenes, pero con tendencias al alza en los últimos años.

Cuando se consideran las tendencias más recientes en el consumo de cannabis entre los adultos jóvenes, de los 12 países que han repetido las mismas encuestas durante el periodo 2003-2008, la mayoría describen una situación estable (Alemania, Dinamarca, España, Finlandia, Hungría, Reino Unido y Suecia). En cinco países ha aumentado el consumo de cannabis durante ese periodo, en al menos dos puntos porcentuales en Bulgaria, Eslovaquia y Estonia, y en unos ocho puntos porcentuales en Italia y la República Checa.

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



N.B.: Para más información, véase el gráfico GPS-4 en el boletín estadístico de 2010.

Fuentes: Informes nacionales de la red ReitoX (2009), basados en encuestas de población, informes y artículos científicos.

En las tendencias de consumo de cannabis a lo largo del tiempo entre escolares entre 1995 y 2007 se observan pautas similares en Europa (OEDT, 2009a). Siete países, principalmente de Europa septentrional y meridional (Chipre, Finlandia, Grecia, Malta, Rumanía, Suecia y Noruega) han notificado una prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida generalmente estable y baja durante todo ese tiempo. La mayoría de los países de Europa occidental, así como Eslovenia y Croacia, que tenían una prevalencia alta o claramente al alza de consumo de cannabis a lo largo de la vida hasta 2003, han registrado un descenso o estabilización en 2007. De esos 11 países, nueve refieren una disminución y dos, una situación estable. La situación es algo diferente en la mayoría de los países de Europa central y oriental, donde la tendencia al alza observada entre 1995 y 2003 parece haberse estabilizado. En esa región, seis países notifican una situación estable y dos, un aumento entre 2003 y 2007.

Tres países que realizaron encuestas escolares en 2008 (Bélgica-Comunidad Flamenca, Suecia y el Reino Unido) refieren una prevalencia estable o menor de consumo de cannabis a lo largo de la vida con respecto a 2007, mientras que en España se ha reducido en más de tres puntos porcentuales. Los datos de las encuestas escolares en los Estados Unidos y Australia también revelan una tendencia a la baja, que se observó por primera vez en Australia en 1999 ⁽⁵⁴⁾.

Pautas de consumo de cannabis

Los datos disponibles indican distintas pautas de consumo de cannabis, que van desde el consumo experimental hasta la dependencia. Muchas personas consumen la sustancia solo una o dos veces, otros la consumen de vez en cuando o durante un cierto periodo de sus vidas. De las personas de 15 a 64 años de edad que consumieron cannabis en algún momento, solo el 30 % lo hicieron en el último año ⁽⁵⁵⁾. Entre los que consumieron la droga en el último año, la mitad, por término medio, lo hicieron en el último mes.

Los datos facilitados por una muestra de 13 países europeos, que representa el 77 % de la población adulta de la Unión Europea y Noruega, indican que de los 12,5 millones de europeos que se estima que consumieron cannabis en el último mes, casi el 40 % podría haberlo consumido entre 1 y 3 días al mes; casi un tercio entre 4 y 19 días y un cuarto, más de 20 días. Esa información permite estimar en más del 1 %, o alrededor de 4 millones de personas, la proporción de adultos europeos que consumen cannabis diariamente o casi diariamente. La mayoría de esos consumidores de

⁽⁵⁴⁾ Véase el gráfico EYE-1 (parte xii) en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁵⁵⁾ Véase el gráfico GPS-2 en el boletín estadístico de 2010.

cannabis, unos 3 millones, tienen entre 15 y 34 años, lo que representa aproximadamente el 2-2,5 % del total de ciudadanos europeos clasificables dentro de este grupo de edad ⁽⁵⁶⁾. La prevalencia diaria o casi diaria del consumo de cannabis podría ser unas cuatro veces mayor entre los hombres que entre las mujeres.

En diez países europeos que han facilitado datos al estudio ESPAD, entre el 5 % y el 12 % de los escolares varones de 15 y 16 años de edad declararon haber consumido

Factores de riesgo para el inicio del consumo de cannabis y el desarrollo de dependencia

Los investigadores han tratado de averiguar por qué algunos consumidores de cannabis desarrollando dependencia y otros no. Una de sus conclusiones es que los factores relacionados con el inicio del consumo de cannabis suelen ser diferentes de los que conducen a un consumo problemático y a la dependencia del cannabis. Algunos factores externos (como el consumo de cannabis en el círculo de amistades y la disponibilidad de esa droga) y otros factores relacionados con la propia persona (como una actitud positiva hacia el consumo de drogas en el futuro) se asocian específicamente al inicio del consumo de cannabis (Von Sydow, 2002). Otros factores se asocian, en mayor o menor medida, al inicio del consumo de cannabis y la dependencia de esa droga. Los factores genéticos (Agrawal y Lynskey, 2006) que predisponen son la pertenencia al género masculino, los trastornos de salud mental y el consumo de otras sustancias (alcohol, tabaco, otras). Algunos factores familiares, como una relación conflictiva con la madre o el hecho de haber crecido sin los dos progenitores, se asocian también al inicio del consumo de cannabis, mientras que el divorcio o la separación de los progenitores o la muerte de alguno de ellos antes de los 15 años de edad se asocian a la dependencia del cannabis (Coffey *et al.*, 2003; Swift *et al.*, 2008; Von Sydow, 2002).

Entre los factores que se han relacionado específicamente con el desarrollo de dependencia se encuentran unas pautas de consumo intensivo o peligroso de cannabis, un consumo persistente o el inicio del consumo a una edad temprana. Las personas que experimentan efectos positivos (como felicidad o ganas de reír) con el consumo de cannabis a una edad temprana (entre los 14 y 16 años) tienen un mayor riesgo de desarrollar dependencia más adelante en sus vidas. La aparición de dependencia se asocia también a otros factores psicológicos y de salud mental (baja autoestima, escaso autocontrol y poca capacidad de adaptación), así como a factores socioeconómicos (bajo nivel socioeconómico, problemas económicos) (Coffey *et al.*, 2003; Fergusson *et al.*, 2003; Swift *et al.*, 2008; Von Sydow, 2002).

cannabis en 40 o más ocasiones. Esa proporción fue más del doble que entre las escolares. La mayoría de esos países refirieron también que entre el 5 % y el 9 % de los encuestados habían empezado a consumir cannabis a la edad de 13 años o menos. Este grupo es motivo de preocupación, ya que un consumo temprano se ha asociado al posterior desarrollo de formas más intensivas y problemáticas de consumo de drogas.

La dependencia del cannabis se percibe cada vez más como una posible consecuencia del consumo habitual de la droga, incluso entre los usuarios más jóvenes ⁽⁵⁷⁾, aunque la gravedad y las consecuencias pueden parecer menos serias que las atribuidas habitualmente al consumo de otras sustancias psicotrópicas (como la heroína o la cocaína). La aparición de la dependencia de cannabis podría ser también más gradual que la observada con otras drogas (Wagner y Anthony, 2002). Se ha informado que más de la mitad de los consumidores con dependencia del cannabis que interrumpen su consumo son capaces de hacerlo sin tratamiento (Cunningham, 2000). No obstante, algunos, especialmente los más intensivos, pueden experimentar problemas sin cumplir necesariamente los criterios clínicos de la dependencia ⁽⁵⁸⁾.

El consumo de cannabis se ha relacionado con la pertenencia a un grupo vulnerable o socialmente desfavorecido, como el de los jóvenes que abandonan los estudios demasiado pronto, los que hacen «novillos», los niños que viven en instituciones asistenciales, los delincuentes juveniles y los jóvenes que viven en barrios económicamente desfavorecidos (OEDT, 2008c). La pertenencia a esos grupos también puede asociarse al consumo de otras sustancias. Por ejemplo, los adultos jóvenes (de 15 a 34 años de edad) que declararon un consumo frecuente o intenso de alcohol durante el último año tenían una probabilidad entre dos y seis veces mayor de declarar también el consumo de cannabis que la población general. y aunque la mayoría de los consumidores de cannabis no consumen otras drogas ilegales, la probabilidad de que las consuman es mayor que en la población general. Los adolescentes que consumen cannabis tienen una prevalencia entre dos y tres veces mayor de tabaquismo que la población escolar general de 15 y 16 años de edad.

Algunos consumidores de cannabis adquieren unas pautas de consumo más peligrosas, como el consumo de cannabis con un alto contenido de THC o en grandes cantidades, o la inhalación con pipa de agua («bong») en

⁽⁵⁶⁾ Las medias europeas son una estimación que se basa en una media ponderada (de la población) para los países que han facilitado datos, y que se imputa a los países que no han facilitado datos. Las cifras obtenidas son del 1,2 % para todos los adultos (de 15 a 64 años) y del 2,3 % para los adultos jóvenes (de 15 a 34 años). Véase tabla GPS-10 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁵⁷⁾ Véase el recuadro «Factores de riesgo para el inicio del consumo de cannabis y la aparición de dependencia».

⁽⁵⁸⁾ Véase el recuadro «Efectos negativos del consumo de cannabis en la salud».

lugar del «porro». Estos consumidores suelen notificar más problemas de salud, entre ellos dependencia (Chabrol *et al.*, 2003; Swift *et al.*, 1998).

Tratamiento

Demanda de tratamiento

En 2008, el cannabis constituyó la droga principal consumida en casi el 21 % de los pacientes que iniciaron tratamiento (unos 85 000) en los 27 países que informaron al respecto, por detrás únicamente de la heroína. Los consumidores de cannabis como droga principal representan menos del 5 % de los pacientes que iniciaron tratamiento en Bulgaria, Eslovenia, Estonia, Lituania y Luxemburgo, y más del 30 % en Alemania, Dinamarca, Francia, Hungría y los Países Bajos, la mayoría de ellos en régimen ambulatorio ⁽⁵⁹⁾.

Estas diferencias pueden explicarse a partir de la prevalencia del consumo de cannabis y otras drogas, las necesidades de tratamientos de drogodependencias, la organización y administración de tales tratamientos o las prácticas de derivación a tratamiento. En uno de los dos países con la mayor proporción de pacientes consumidores de cannabis, Francia, los centros de asesoramiento se dirigen a los jóvenes consumidores de droga, mientras que en el otro, Hungría, se ofrece a los delincuentes consumidores de cannabis la posibilidad de recibir tratamiento para su drogodependencia como alternativa a la pena. El sistema judicial penal desempeña un papel fundamental en la derivación a tratamiento en ambos países pero, en general, los Estados miembros indican que la mayoría de los consumidores de cannabis que inician un tratamiento en Europa lo hacen por iniciativa propia. Algunos consumidores pueden también iniciar un tratamiento de su dependencia porque tienen otras enfermedades subyacentes, como problemas de salud mental, y no encuentran un tratamiento adecuado en otra parte (Zachrisson *et al.*, 2006).

Muchos consumidores de cannabis reconocen que consumen alcohol u otras drogas. Sobre la base de los datos recogidos en 14 países, el 65 % consumen otro tipo de droga, principalmente alcohol o cocaína, y algunos declaran el consumo tanto de alcohol como de cocaína (OEDT, 2009d). El cannabis se menciona como droga secundaria en el 24 % de todos los pacientes ambulatorios que reciben tratamiento relacionado con las drogas ⁽⁶⁰⁾.

Tendencias en las nuevas demandas de tratamiento de la drogodependencia

En los 18 países para los que se dispone de información, el número y la proporción de los consumidores de cannabis como sustancia principal entre los que iniciaron tratamiento por primera vez aumentó de 23 000 a 35 000 entre 2003 y 2007, para luego reducirse ligeramente hasta unos 33 000 en 2008. A partir de 2005 y 2006, 13 países han notificado un descenso en el número de nuevos pacientes que inician tratamiento relacionado con el cannabis ⁽⁶¹⁾. Ese descenso podría deberse a las recientes tendencias a la baja en el consumo de esta droga, pero también a la saturación de la capacidad de los servicios o a la utilización de otros servicios (por ejemplo, servicios de atención primaria o de salud mental).

Perfiles de los pacientes

Los consumidores de cannabis que inician un tratamiento en régimen ambulatorio en Europa son principalmente jóvenes varones, con una proporción entre varones y mujeres de 5:1 y una media de edad de 25 años. De todos los consumidores de droga que se someten a tratamiento ambulatorio por primera vez, afirman consumir cannabis como droga principal el 69 % de los jóvenes de 15 a 19 años y el 83 % de los adolescentes de menos de 15 años ⁽⁶²⁾.

En conjunto, el 22 % de los consumidores de cannabis como droga principal que inician un tratamiento en régimen ambulatorio son consumidores ocasionales (o no consumieron cannabis en el mes anterior al inicio del tratamiento), probablemente a menudo derivados por el sistema judicial penal; el 11 % consumen cannabis una vez a la semana o con una frecuencia menor; cerca del 17 % lo consumen entre 2 y 6 veces a la semana; y el 50 % son consumidores diarios, el grupo más problemático. Por otra parte, se observan diferencias considerables entre los diferentes países. En Hungría, Rumanía y Croacia, la mayoría de los pacientes consumidores de cannabis son consumidores ocasionales, mientras que en Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, España, Francia, Irlanda, Malta y los Países Bajos más del 50 % son consumidores diarios ⁽⁶³⁾.

Oferta de tratamiento

El tratamiento de la dependencia del cannabis en Europa incluye toda una serie de medidas, como el tratamiento por Internet, el asesoramiento, las intervenciones

⁽⁵⁹⁾ Véanse el gráfico TDI-2 (parte ii) y tablas TDI-5 (parte ii) y TDI-24 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁶⁰⁾ Véase tabla TDI-22 (parte i) en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁶¹⁾ Véase el gráfico TDI-1 y tabla TDI-3 (parte iv) en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁶²⁾ Véanse tablas TDI-10 (parte iii) y (parte iv) y TDI-21 (parte ii) en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁶³⁾ Véanse tablas TDI-18 (parte ii) y TDI-111 (parte viii) en el boletín estadístico de 2010.

Efectos negativos del consumo de cannabis para la salud

Algunas revisiones recientes han analizado los efectos adversos que tiene el consumo de cannabis en la salud (OEDT, 2008a; Hall y Degenhardt, 2009). Algunos de ellos son agudos, como ansiedad, reacciones de pánico o síntomas psicóticos, y se describen con frecuencia la primera vez que se consume cannabis. Son la causa de un número importante de urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas en los pocos países que hacen un seguimiento de ellas. El consumo de cannabis parece multiplicar también por un factor de dos o tres el riesgo de verse implicado en un accidente de tráfico (OEDT, 2008b).

Otros efectos son crónicos y en ocasiones están directamente vinculados a las pautas de consumo (frecuencia y cantidades), como dependencia del cannabis, bronquitis crónica y otras enfermedades respiratorias. Si se consume esta sustancia durante el embarazo, puede reducir el peso del recién nacido, pero no parece causar defectos congénitos. La relación entre el consumo de cannabis y depresión y suicidio tampoco está clara.

El efecto del cannabis en las funciones cognitivas y su reversibilidad no está del todo demostrado. El consumo frecuente de cannabis durante la adolescencia podría tener efectos negativos en la salud mental de los adultos jóvenes, ya que algunos datos apuntan a un mayor riesgo de síntomas psicóticos y trastornos mentales en proporción a la frecuencia del consumo (Hall y Degenhardt, 2009; Moore *et al.*, 2007).

Aunque el riesgo individual relacionado con el consumo de cannabis parece menor que con la heroína o la cocaína, sí que se asocia a problemas de salud y, debido a la elevada prevalencia de su consumo, puede tener consecuencias importantes para la salud pública. El consumo de esta sustancia por adolescentes y personas con problemas de salud mental debe recibir una especial atención. Su consumo frecuente o durante largos periodos de tiempo, durante la conducción o mientras se realizan otras actividades potencialmente peligrosas debe ser motivo de preocupación.

psicosociales estructuradas y el tratamiento en régimen de ingreso. Existe también un solapamiento frecuente entre la prevención selectiva, la reducción de daños y las intervenciones terapéuticas (ver capítulo 2).

En Francia, la red de centros de asesoramiento juvenil, conocidos también como clínicas de cannabis, prestan a los consumidores servicios de duración variable y utilizan una estrategia que depende de la intensidad del consumo de droga. En un estudio realizado en 226 de los 274 centros de asesoramiento en 2007, el 47 % de los pacientes ambulatorios recibieron el

diagnóstico de consumidores ocasionales sin síntomas de dependencia ni abuso y casi el 30 % de ellos no volvieron a recibir asesoramiento (Obradovic, 2009). Por el contrario, entre el 53 % de los jóvenes en los que se diagnosticó dependencia o abuso en el momento de su ingreso, se ofreció asesoramiento adicional a casi el 80 % y la mayor parte de los demás fueron derivados a centros de tratamiento. La mitad de los jóvenes que acudieron a la segunda sesión de asesoramiento declararon que habían reducido el consumo de cannabis. Esa reducción fue más frecuente entre los consumidores que acudieron voluntariamente y entre los derivados por profesionales sanitarios, mientras que los remitidos por el sistema judicial penal tenían una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento después de dos sesiones.

Como alternativa al procesamiento, el sistema judicial penal en Hungría deriva a los autores de delitos relacionados con las drogas que cumplen una serie de requisitos a «servicios de asesoramiento preventivo» y los casos más graves, a centros donde reciben un tratamiento especializado. Los consumidores así derivados, cerca del 85 % de todos los que consumen cannabis, deben recibir tratamiento para su drogodependencia o asesoramiento psicosocial por lo menos una vez cada quince días para obtener un certificado de alta. De lo contrario, se les puede procesar.

Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido ofrecen la posibilidad de recibir tratamiento para la dependencia del cannabis por Internet, con el fin de facilitar el acceso a los consumidores que se muestran reacios a solicitar ayuda dentro del sistema de tratamiento especializado de las drogodependencias. Las intervenciones terapéuticas administradas por Internet consisten en un programa de autoayuda sin ningún contacto con asesores, o en un programa estructurado que incluye algunos contactos (ver OEDT, 2009b). En los Países Bajos se está desarrollando ahora una etiqueta de calidad y una serie de directrices para este tipo de programas.

Los Países Bajos han informado también de la evaluación de una nueva intervención de motivación familiar para los consumidores de cannabis que han tenido recientemente un primer brote de esquizofrenia. Esa intervención tiene como finalidad reducir el consumo de cannabis, aumentar el cumplimiento de la medicación y mejorar las relaciones entre padres e hijos en este grupo. Los resultados preliminares, después de tres meses, indican una reducción considerable del consumo de cannabis en comparación con la psicoeducación habitual, mientras que los otros criterios de valoración no cambiaron.

Estudios recientes sobre el tratamiento de los consumidores de cannabis

Son relativamente pocos los estudios que han evaluado la eficacia de las intervenciones dirigidas específicamente a los consumidores de cannabis (Levin y Kleber, 2008), a pesar de haber aumentado el número de demandas de tratamiento. Se han realizado investigaciones tanto de las intervenciones farmacoterapéuticas como psicosociales, pero los resultados no son concluyentes.

En un estudio controlado y aleatorizado publicado recientemente, se evaluó la eficacia de las entrevistas de motivación en comparación con la información y el asesoramiento relacionados con las drogas, sin encontrarse diferencias significativas en el consumo de cannabis (McCambridge *et al.*, 2008). Se concluyó también que las actuaciones de los profesionales sanitarios pueden influir en las tasas de abandono del consumo de cannabis y limitar, por tanto, la posible transferencia de intervenciones. Algunos estudios europeos en este ámbito están evaluando la eficacia de la terapia familiar multidimensional (Incant), el refuerzo de la motivación, la terapia cognitiva-conductual, la resolución de problemas psicosociales (Candis) y el tratamiento basado en Internet.

Recientemente se han publicado dos estudios sobre la farmacoterapia de la dependencia del cannabis, ninguno de los cuales ha obtenido resultados significativos. En los Países Bajos, se ha realizado un estudio controlado y aleatorizado para comparar los efectos de un inhibidor de la recaptación de serotonina (olanzapina) y de un antagonista dopaminérgico (risperidona) en pacientes con trastornos psicóticos concomitantes (van Nimwegen *et al.*, 2008). En Estados Unidos se ha realizado un estudio preliminar para comparar los efectos de un antidepresivo (nefazodona), un inhibidor de la recaptación de dopamina (bupropión de liberación sostenida) y un placebo en el consumo y en los síntomas de abstinencia de los consumidores de cannabis (Carpenter *et al.*, 2009).

Aplicación práctica de la ciencia al tratamiento de las drogodependencias

Los expertos en el tratamiento de drogodependencias no siempre se han dado prisa en adoptar métodos científicamente contrastados en sus consultas médicas. La limitada disponibilidad de tratamientos de sustitución de opiáceos en algunos países europeos y el hecho de que rara vez se recurra a contratos de contingencias para el tratamiento de la dependencia de la cocaína son ejemplos de ese vacío que existe entre la ciencia y la práctica. Algunas razones que se han dado para explicarlo son las siguientes: fidelidades individuales a determinados modelos de tratamiento, falta de formación o financiación, divulgación ineficiente de información y falta de diligencia y apoyo de las organizaciones a las nuevas prácticas (Miller *et al.*, 2006).

Para superar esas barreras, recientemente se organizó una conferencia en Alemania para examinar la transferencia a la práctica clínica de algunos proyectos de tratamiento experimental con cannabis que habían demostrado ser eficaces (Kipke *et al.*, 2009). Los proyectos considerados fueron «Candis», «Quit the shit» y «FreD», todos ellos descritos en anteriores publicaciones del OEDT. En dicha conferencia se concluyó que las características de los programas que facilitaban su transferencia a la práctica clínica eran: compatibilidad con los tratamientos ya ofrecidos; protocolos claros y estructurados; organización de seminarios para especialistas y creación de plataformas para el intercambio de experiencias. Los principales obstáculos identificados fueron problemas en la gestión de la cooperación con interlocutores externos (como la policía) y falta de financiación una vez finalizada la fase experimental.

Esos aspectos relacionados con la transferibilidad deben integrarse en la planificación inicial de cualquier intervención experimental. La adopción más generalizada de intervenciones con una base empírica clara o consolidada exige el compromiso de todas las partes implicadas.

Capítulo 4

Anfetaminas, éxtasis y sustancias alucinógenas

Introducción

Las anfetaminas (un término genérico que incluye tanto la anfetamina como la metanfetamina) y el éxtasis se cuentan entre las drogas ilegales más consumidas en Europa. En términos de cifras absolutas, el consumo de cocaína puede ser más elevado, pero su concentración geográfica significa que en muchos países, tras el cannabis, la segunda sustancia ilícita más habitualmente consumida es el éxtasis o las anfetaminas. Además, en algunos países, el consumo de anfetaminas constituye una parte importante del problema de las drogas y representa una proporción significativa de las personas que requieren tratamiento.

La anfetamina y la metanfetamina son estimulantes del sistema nervioso central. De esas dos drogas, la anfetamina es, con diferencia, la más fácil de adquirir en Europa, mientras que el consumo elevado de metanfetamina parecía limitarse a Eslovaquia y a la República Checa hasta hace poco, aunque ahora se

ha informado de su presencia cada vez mayor en los mercados de anfetaminas de algunos países del norte de Europa.

El término «éxtasis» hace referencia a sustancias sintéticas químicamente relacionadas con las anfetaminas, pero cuyos efectos son algo diferentes. La sustancia más conocida de la familia del éxtasis es la 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), aunque en ocasiones también pueden encontrarse otras sustancias análogas en las pastillas de éxtasis (MDA y MDEA). El consumo de éxtasis era prácticamente desconocido en Europa hasta finales de los años ochenta, pero aumentó de forma rápida durante la década de los años noventa. La popularidad de esta droga ha estado tradicionalmente vinculada a los entornos discotequeros y, en general, el consumo de drogas sintéticas se ha asociado a subgrupos culturales o entornos sociales particulares y cada vez más a un elevado consumo episódico de alcohol.

Tabla 4: Producción, incautaciones, precio y pureza de la anfetamina, la metanfetamina, el éxtasis y el LSD

	Anfetamina	Metanfetamina	Éxtasis	LSD
Estimación de la producción mundial (en toneladas) ⁽¹⁾	197-624 ⁽²⁾		57-136	n.d.
Cantidad incautada a escala mundial (en toneladas)	23,0	17,9	2,3	0,1
Cantidad incautada UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	8,3 toneladas (8,4 toneladas)	300 kilogramos (300 kilogramos)	Comprimidos 12,7 millones (13,7 millones)	Unidades 141 100 (141 800)
Número de incautaciones UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	37 000 (37 500)	4 700 (4 700)	18 500 (19 100)	950 (960)
Precio medio de venta al por menor (euros) Rango (Rango intercuartil) ⁽³⁾	Gramo 6-36 (9-19)	Gramo 12-126	Comprimido 2-19 (4-9)	Dosis 4-30 (7-12)
Rango de pureza media o de contenido de MDMA	3-34 %	22-80 %	17-95 mg	n.d.

⁽¹⁾ Las cifras de producción se basan en estimaciones del consumo y datos de incautaciones.

⁽²⁾ Sólo se dispone de estimaciones agregadas de la producción mundial de anfetamina y metanfetamina.

⁽³⁾ Rango que se refiere a la mitad de los valores de la serie que ocupan el lugar central de los precios medios notificados.

N.B.: Todos los datos corresponden a 2008; n.d.: datos no disponibles.

Fuente: ONUDD (2010b) para los valores mundiales, Puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos.

La droga alucinógena sintética más conocida en Europa es el LSD (dietilamida de ácido lisérgico), cuyo consumo ha sido bajo y en alguna medida estable durante un periodo de tiempo considerable. Sin embargo, recientemente parece haberse producido un interés cada vez mayor entre los jóvenes por recurrir a los alucinógenos naturales como los que se encuentran en los hongos alucinógenos.

Suministro y disponibilidad

Precusores de drogas sintéticas

Los esfuerzos de los cuerpos y fuerzas de seguridad se centran en los productos químicos controlados necesarios para la producción de drogas ilegales y éste es un ámbito en el que la cooperación internacional es especialmente valiosa. El «proyecto Prisma» es una iniciativa internacional para prevenir la desviación de precursores químicos utilizados en la fabricación ilegal de drogas sintéticas que, por un lado, se vale de un sistema de notificaciones previas a la exportación en transacciones comerciales legales y, por otro, hace uso de la notificación de la mercancía interceptada e incautada cuando se detectan transacciones sospechosas. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes facilita información sobre las actividades desarrolladas en este ámbito (JIFE, 2010a).

Según la JIFE, en 2008 disminuyeron las incautaciones mundiales de dos precursores esenciales para la fabricación de metanfetamina: la efedrina (12,6 toneladas frente a las 22,7 toneladas incautadas en 2007 y las 10,3 toneladas incautadas en 2006) y la pseudoefedrina (5,1 toneladas frente a las 25 toneladas incautadas en 2007 y las 0,7 toneladas incautadas en 2006). Los Estados miembros de la UE (principalmente los Países Bajos y el Reino Unido) se incautaron de 0,3 toneladas de efedrina, casi la mitad de la cantidad incautada el año anterior, y de más de siete toneladas de pseudoefedrina, casi toda ella en Francia.

Por el contrario, las incautaciones a escala mundial de 1-fenil-2-propanona (P2P/BMK), una sustancia empleada en la fabricación ilegal tanto de anfetamina como de metanfetamina, aumentaron de forma acusada de 834 litros en 2007 a 5 620 litros en 2008. Las incautaciones de P2P en la UE aumentaron a 2 757 litros, en comparación con los 773 litros de 2007.

En 2008 no se notificaron incautaciones de 3,4-metilendiofenil-2-propanona (3,4-MDP2P, PMK), una sustancia utilizada en la fabricación de MDMA, frente a los 2 297 y 8 816 litros incautados en todo el mundo en 2007 y 2006, respectivamente. Las incautaciones mundiales de safrol, que puede reemplazar a la 3,4-MDP2P en la síntesis de MDMA, disminuyeron a 1 904 litros tras el máximo de 45 986 litros alcanzado en 2007. La mayor parte de las incautaciones de safrol en 2008 tuvieron lugar en la Unión Europea.

Anfetamina

La producción mundial de anfetamina sigue concentrada en Europa, con más del 80 % de todos los laboratorios de anfetamina descubiertos en 2008 (ONUDD, 2010b). Las incautaciones mundiales de anfetamina se mantuvieron más o menos estables en 2008, situándose en torno a las 23 toneladas (véase tabla 4). Más de un tercio de esa cantidad se interceptó en Europa occidental y central, lo que refleja el importante papel que tiene Europa como productor y también como consumidor de esa droga (ONUDD, 2010b).

La mayor parte de la anfetamina incautada en Europa se fabrica, en orden de mayor a menor importancia, en los Países Bajos, Polonia y Bélgica, y en menor medida en Estonia, Lituania y el Reino Unido. En 2007 se descubrieron y notificaron a Europol 29 lugares en la Unión Europea involucrados en la producción, pastillado o almacenaje de anfetamina.

En Europa se incautaron de 8,3 toneladas de anfetamina en polvo en las 37 500 operaciones que se estima que llevaron a cabo en 2008 ⁽⁶⁴⁾. En los últimos cinco años, el número de incautaciones ha tendido a estabilizarse, aunque en comparación con 2003 se ha mantenido en unos niveles más altos, y las cantidades incautadas también han aumentado entre 2003 y 2008 ⁽⁶⁵⁾.

La pureza de las muestras de la anfetamina interceptada en Europa en 2008 varía considerablemente y, en este sentido, cualquier comentario sobre los valores medios debe hacerse con cautela. Dicha pureza oscila entre menos del 10 % en Dinamarca, Austria, Portugal, Eslovenia, Reino Unido, Croacia y Turquía, y más del 25 % en Letonia, Países Bajos, Polonia y Noruega. A lo largo de los últimos cinco años, la pureza de la anfetamina se ha mantenido estable o se ha reducido en la mayoría de los 17 países que cuentan con suficiente información para realizar un análisis de tendencias ⁽⁶⁶⁾.

⁽⁶⁴⁾ Se trata de un análisis preliminar, ya que aún no se dispone de los datos del Reino Unido en 2008.

⁽⁶⁵⁾ Los datos sobre incautaciones de droga en Europa que se mencionan en este capítulo pueden encontrarse en tablas SZR-11 a SZR-18 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁶⁶⁾ Los datos sobre la pureza de las drogas en Europa que se mencionan en este capítulo pueden encontrarse en tabla PPP-8 en el boletín estadístico de 2010.

En 2008, el precio medio de venta al por menor de la anfetamina oscilaba entre 9 y 20 euros por gramo en más de la mitad de los 17 países que aportaron información. Esos precios disminuyeron o se mantuvieron estables en los 13 países que facilitaron datos durante 2003-2008, salvo en España, donde disminuyeron hasta un nivel sin precedentes en 2008 tras haber aumentado en años anteriores ⁽⁶⁷⁾.

Metanfetamina

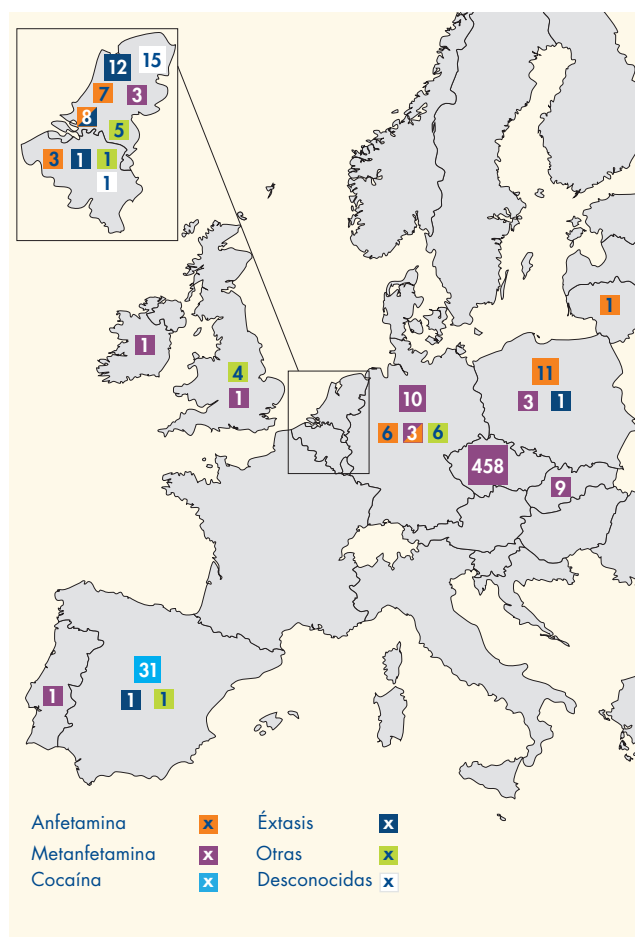
El número de laboratorios de metanfetamina detectados en todo el mundo aumentó un 29 % en 2008. El aumento más acusado se produjo en Norteamérica, pero el número de laboratorios clandestinos descubiertos aumentó también en el este y el sudeste de Asia. Se detectó asimismo un aumento de la actividad relacionada con la producción de metanfetamina en América Latina y Oceanía. En 2007 se incautaron 17,9 toneladas de metanfetamina, siguiendo la tendencia a la estabilización observada desde 2004. La mayor parte de la droga se incautó en Asia oriental y suroriental (principalmente China), seguida de Norteamérica (ONUDD, 2010b).

La producción ilegal de metanfetamina en Europa se limita en gran medida a la República Checa, donde en 2008 se detectaron unos 458 centros de producción (gráfico 5). Ese es el número más alto de «cocinas» dedicadas a la producción a pequeña escala de metanfetamina que se ha notificado en la República Checa. En 2008 aumentaron también las incautaciones de sus precursores químicos. En Lituania, Polonia y Eslovaquia se han detectado también centros de producción de drogas.

En 2008, en Europa se notificaron cerca de 4 700 incautaciones de metanfetamina, que supusieron

alrededor de 300 kg de droga incautada. Entre 2003 y 2008, el número de incautaciones de metanfetamina aumentó progresivamente. En ese mismo periodo, las cantidades incautadas aumentaron hasta alcanzar un máximo sin precedentes en 2007, para luego disminuir ligeramente en 2008, principalmente debido a un descenso en la cantidad recuperada en Noruega, el país que más cantidad de esa droga ha interceptado en Europa.

Gráfico 5: Instalaciones ilegales de producción de drogas desmanteladas en la Unión Europea según fuentes de Europol



N.B.: Basado en los datos facilitados a Europol por 11 Estados miembros de la UE. El tipo de droga se representa con un color y se indica el número de instalaciones declaradas en cada país. Las instalaciones dedicadas a la producción de combinaciones de anfetamina y metanfetamina o anfetamina y éxtasis se representan con símbolos bicolors. Las instalaciones dedicadas a la producción de otras drogas sintéticas o combinaciones se indican con «Otras». Se indican también las instalaciones dedicadas a la producción de sustancias que no se conocen. Las instalaciones declaradas aquí incluyen unidades de producción, pastillado y almacenaje, aunque no se diferencia entre ellas. Todas las instalaciones declaradas con relación a la cocaína se dedican a la transformación o extracción secundaria de esa droga.

Fuente: Europol.

Producción de anfetamina en Europa

En 2009, el OEDT y Europol publicaron una serie de documentos conjuntos sobre el suministro de drogas ilegales en Europa. Tras sendos informes sobre la metanfetamina y la cocaína, el tercer informe de la serie, publicado en 2010, ofrece un resumen completo de la producción y el tráfico de anfetamina en Europa, así como de las respuestas a escala europea e internacional. En los próximos años se añadirán a esta serie informes sobre el suministro de otras drogas sintéticas en Europa, como el éxtasis y la heroína.

Esta publicación está disponible en versión impresa y en el sitio web del OEDT únicamente en inglés.

⁽⁶⁷⁾ Los datos sobre los precios de las drogas en Europa que se mencionan en este capítulo pueden encontrarse en tabla PPP-4 en el boletín estadístico de 2010.

Éxtasis

En 2008, la ONUDD (2010b) estimó que la producción mundial de éxtasis estaba entre 57 y 136 toneladas. Esa producción parece haberse dispersado geográficamente y acercado a los mercados de consumo de Norteamérica, Asia oriental y suroriental y Oceanía. A pesar de todo, la producción de éxtasis sigue localizándose principalmente en Europa occidental y central, especialmente en los Países Bajos y Bélgica.

Las incautaciones mundiales de éxtasis se redujeron hasta un nivel muy bajo en 2008 (2,3 toneladas) (ONUDD, 2010b). En Europa las incautaciones declaradas disminuyeron de 1,5 toneladas en 2007 a 0,3 toneladas en 2008.

En 2008 se notificaron en Europa más de 19 100 incautaciones, con las que se consiguió interceptar una cantidad estimada en 13,7 millones de pastillas de éxtasis. No obstante, se trata de una evaluación preliminar, ya que no se dispone de los datos correspondientes a 2008 en los Países Bajos y el Reino Unido, que en conjunto notificaron unas incautaciones de 18,4 millones de pastillas en 2007.

El número de incautaciones de éxtasis en Europa, tras haberse estabilizado entre 2003 y 2006, ha disminuido ligeramente desde entonces, mientras que las cantidades incautadas se han reducido globalmente entre 2003 y 2008 ⁽⁶⁸⁾.

La mayor parte de las pastillas de éxtasis analizadas en 2008 en Europa contenían MDMA u otras sustancias similares al éxtasis (MDEA, MDA) como única sustancia psicotrópica, y 19 países indicaron que así sucedía en más del 60 % de todas las pastillas analizadas. Siete países notifican actualmente una menor proporción de pastillas de éxtasis con MDMA o sustancias análogas: España, Chipre, Letonia, Luxemburgo, Eslovenia, Reino Unido, Croacia. Algunos países han informado de la presencia de mCPP, una droga que no está regulada por los convenios internacionales sobre drogas, en buena parte de las pastillas de éxtasis analizadas (véase capítulo 8).

El contenido típico de MDMA en las pastillas de éxtasis analizadas en 2008 oscilaba entre 5 y 72 mg en los 11 países que facilitaron datos. Algunos países han informado de la existencia de pastillas de éxtasis que contenían más de 130 mg de MDMA (Alemania, Bélgica, Bulgaria, Eslovaquia, Estonia, Letonia, Países Bajos y Noruega). Sin embargo, no se aprecia una tendencia clara en el contenido de MDMA de las pastillas de éxtasis.

El éxtasis es ahora considerablemente más barato de lo que era en la década de 1990, momento en el que la droga empezó a comercializarse ampliamente. Aunque algunos datos revelan que las pastillas han llegado a venderse por menos de 2 euros, la mayoría de los países notifican unos precios medios al por menor que oscilan entre los 4 y los 10 euros por pastilla. Los datos correspondientes a 2003-2008 indican que el precio de venta al por menor del éxtasis, ajustado para tener en cuenta la inflación, ha seguido disminuyendo en Europa.

Sustancias alucinógenas

El consumo y el tráfico de LSD en Europa siguen considerándose fenómenos marginales. El número de incautaciones de LSD aumentó entre 2003 y 2008, mientras que las cantidades incautadas, después de alcanzar un máximo en 2005 debido a las operaciones sin precedentes realizadas en el Reino Unido, se han mantenido en niveles mucho más bajos durante el resto de ese periodo ⁽⁶⁹⁾. Los precios de venta al por menor del LSD, ajustados para tener en cuenta la inflación, se mantuvieron estables o aumentaron ligeramente en ocho países desde 2003, mientras que en Bélgica y Suecia aumentaron. En 2008, el precio medio oscilaba entre 5 y 12 euros por unidad en la mayoría de los 13 países que aportaron información.

Prevalencia y pautas de consumo

Algunos de los Estados miembros de la UE (Estonia, Reino Unido, República Checa) han notificado unos niveles relativamente altos de consumo de anfetaminas o éxtasis entre la población general. En algunos países, el consumo de anfetamina o metanfetamina, a menudo por vía parenteral, representa una proporción importante del número total de consumidores problemáticos de drogas y de los que solicitan ayuda para problemas relacionados con las drogas. A diferencia de lo que sucede en estas poblaciones crónicas de consumidores, existe una relación más general entre el consumo de drogas sintéticas, en particular éxtasis, y los locales nocturnos y discotecas. Por eso se notifican unos niveles de consumo significativamente mayores entre la gente joven y extremadamente elevados en algunos medios o segmentos de la población. En términos generales, los niveles de consumo de drogas alucinógenas como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y los hongos alucinógenos son por lo general bajos y se han mantenido estables en los últimos años.

⁽⁶⁸⁾ Se trata de un análisis preliminar, ya que aún no se dispone de los datos de los Países Bajos ni del Reino Unido en 2008.

⁽⁶⁹⁾ Se trata de un análisis preliminar, ya que aún no se dispone de los datos del Reino Unido en 2008.

Anfetaminas

Las estimaciones de la prevalencia de las drogas indican que unos doce millones de europeos han probado las anfetaminas y que unos dos millones consumieron esa droga durante el último año (véase en tabla 5 un resumen de los datos).

En adultos jóvenes (de 15 a 34 años), la prevalencia del consumo de anfetaminas en algún momento de la vida varía considerablemente en función del país, con un margen de variación de entre el 0,1 % y el 15,4 %, situándose la media europea ponderada cerca del 5,2 %. El consumo durante el último año en este grupo de edad fluctúa entre el 0,1 % y el 3,2 %, y la mayoría de los países estiman su prevalencia entre el 0,5 % y el 2,0 %. Se calcula que, por término medio, cerca de 1,5 millones (1,2 %) de jóvenes europeos han consumido anfetaminas durante el último año.

Entre los escolares de 15 y 16 años, la prevalencia del consumo de anfetaminas en algún momento de la vida oscila entre el 1 % y el 8 % en los 26 Estados miembros de la UE, Noruega y Croacia, según datos de 2007, aunque únicamente Bulgaria, Letonia y Austria han notificado niveles de prevalencia superiores al 5 % (6 % los dos primeros y 8 % el tercero). Los cinco países que realizaron encuestas escolares en 2008 (Bélgica-Comunidad Flamenca, España, Italia, Suecia, Reino Unido) refirieron una prevalencia de consumo de anfetaminas en algún momento de la vida del 3 % o menos ⁽⁷⁰⁾.

Consumo problemático de anfetamina

El indicador del consumo problemático de drogas del OEDT puede aplicarse a la anfetamina, tanto para su consumo por vía parenteral como para su consumo

Tabla 5: Prevalencia del consumo de anfetaminas en la población general. Resumen de los datos

Grupo de edad	Período de consumo	
	Durante toda la vida	En el último año
15-64 años		
Número estimado de consumidores en Europa	12 millones	2 millones
Media europea	3,7 %	0,6 %
Rango	0,0-12,3 %	0,0-1,7 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,0 %) Grecia (0,1 %) Malta (0,4 %) Chipre (0,8 %)	Grecia, Malta, Rumanía (0,0 %) Francia (0,1 %) Portugal (0,2 %)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (12,3 %) Dinamarca (6,3 %) Suecia (5,0 %) República Checa (4,3 %)	República Checa (1,7 %) Reino Unido, Dinamarca (1,2 %) Noruega, Estonia (1,1 %)
15-34 años		
Número estimado de consumidores en Europa	7 millones	1,5 millones
Media europea	5,2 %	1,2 %
Rango	0,1-15,4 %	0,1-3,2 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,1 %) Grecia (0,2 %) Malta (0,7 %) Chipre (0,8 %)	Grecia, Rumanía (0,1 %) Francia (0,2 %) Chipre (0,3 %) Portugal (0,4 %)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (15,4 %) Dinamarca (10,5 %) República Checa (7,8 %) Letonia (6,1 %)	República Checa (3,2 %) Dinamarca (3,1 %) Estonia (2,5 %) Reino Unido (2,3 %)

Las estimaciones de prevalencia en Europa se basan en las medias ponderadas obtenidas en las encuestas nacionales más recientes realizadas entre 2001 y 2008/2009 (principalmente entre 2004 y 2008), por lo que no se pueden atribuir a un solo año. La prevalencia media en Europa se ha calculado utilizando una media ponderada en función de la población del grupo de edad correspondiente en cada país. A los países sobre los que no se dispone de información se ha aplicado la prevalencia media de la UE. Población utilizada como base: 15-64 (334 millones) y 15-34 (133 millones). Los datos aquí resumidos pueden encontrarse en la sección de «Encuestas de población general» en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁷⁰⁾ Véase tabla EYE-11 en el boletín estadístico de 2010.

habitual o a largo plazo. Únicamente Finlandia ha facilitado estimaciones recientes del número de consumidores problemáticos de anfetamina a escala nacional, que se situaba entre 12 000 y 22 000 en 2005, cifras que cuadruplican el número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos a escala nacional.

La proporción de consumidores de drogas que inician tratamiento por consumo de anfetamina como droga principal es relativamente pequeña (inferior al 5 %) en la mayoría de los países europeos (18 de los 27 países que han aportado información), pero importante en Suecia (32 %), Finlandia (20 %) y Letonia (15 %). Otros cinco países (Alemania, Bélgica, Dinamarca, Hungría, Países Bajos) indican que entre un 6 % y un 10 % de los pacientes que inician tratamiento por drogadicción mencionan la anfetamina como droga principal consumida; en otros países, esa proporción es inferior al 5 %. La anfetamina es mencionada también como droga secundaria por otros pacientes que reciben tratamiento relacionado con las drogas en régimen ambulatorio ⁽⁷¹⁾.

La edad media de los consumidores de anfetamina que inician un tratamiento es de 30 años, y menor en los pacientes más jóvenes que reciben tratamiento en régimen de ingreso hospitalario (28 años). La proporción entre varones y mujeres consumidores de anfetamina (2:1) es menor que para cualquier otra droga ilegal. La República Checa, Estonia, Letonia, Lituania, Suecia y Finlandia refieren unos niveles relativamente altos de consumo de drogas por vía parenteral, sobre todo entre los consumidores de anfetaminas, que varían entre un 57 % y un 82 % ⁽⁷²⁾.

Las tendencias en los consumidores de anfetamina que iniciaron tratamiento entre 2003 y 2008 se han mantenido generalmente estables en la mayoría de los países ⁽⁷³⁾.

Consumo problemático de metanfetamina

Contrariamente a lo que sucede en otras partes del mundo, donde el consumo de metanfetamina ha aumentado en los últimos años, los niveles de consumo en Europa parecen limitados. Tradicionalmente, ese consumo en Europa se ha concentrado en la República Checa y en Eslovaquia. En 2008, en la República Checa se calculaba que había entre 20 700 y 21 800 consumidores problemáticos de metanfetamina (de 2,8 a 2,9 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad), dos veces el número estimado de consumidores problemáticos

Cuestión particular: Consumo problemático de anfetamina y metanfetamina: consecuencias y respuestas

Se ha demostrado que las anfetaminas y, en concreto, la metanfetamina, causan problemas importantes en algunas regiones del mundo. En Europa, solo un pequeño número de países han referido daños importantes causados por estas drogas y un número elevado de consumidores problemáticos de anfetamina y metanfetamina. En una nueva Cuestión particular del OEDT se analiza la evolución histórica y reciente en esos países. El informe describe la epidemiología del consumo, principalmente crónico o intensivo, de anfetamina y metanfetamina, y sus consecuencias sanitarias y sociales. Se describen también las respuestas sanitarias, sociales y legales que se han dado a los problemas relacionados con estas drogas.

Esta publicación está disponible en versión impresa y en el sitio web del OEDT únicamente en inglés.

de opiáceos. En Eslovaquia, la cifra correspondiente se situaba entre 5 800 y 15 700 (de 1,5 a 4 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad), casi un 20 % por debajo de la cifra estimada de consumidores problemáticos de opiáceos. Recientemente ha aparecido la metanfetamina en el mercado de drogas de otros países, sobre todo en el norte de Europa (Letonia, Noruega, Suecia y, en menor medida, Finlandia), donde parece haber reemplazado en parte a la anfetamina, sin que los consumidores puedan distinguir una de otra. En Europa, los consumidores problemáticos de metanfetamina suelen inyectarse o esnifar la droga. Rara vez se fuma, al contrario de lo que se hace en otras partes del mundo.

La metanfetamina es mencionada como la droga principal consumida por una gran proporción de los pacientes que inician un tratamiento en la República Checa (59 %) y Eslovaquia (29 %). La vía parenteral es la principal vía de administración referida por el 80 % de los consumidores de metanfetamina en la República Checa y el 36 % en Eslovaquia ⁽⁷⁴⁾. También se menciona a menudo el consumo de otras drogas, principalmente heroína, cannabis y alcohol. En esos dos países se refiere el consumo de metanfetamina generalmente como droga secundaria, sobre todo entre personas que reciben tratamiento de sustitución.

Los consumidores de metanfetamina que inician un tratamiento en la República Checa y Eslovaquia son relativamente jóvenes, con una edad media de 25 a 26 años. En la República Checa, el número de mujeres que inician tratamiento por consumo de

⁽⁷¹⁾ Véanse tablas TDI-5 (part ii) y TDI-22 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁷²⁾ Véanse tablas TDI-5 (part iv) y TDI-37 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁷³⁾ Véase un análisis completo en la Cuestión particular publicada en 2010 sobre el problema del consumo de anfetamina y metanfetamina.

⁽⁷⁴⁾ Véase tabla TDI-5 (part ii) y (part iv) en el boletín estadístico de 2010.

metanfetamina como droga principal es cada vez mayor, sobre todo en los grupos de edad más jóvenes. Entre 2003 y 2008, la demanda de un primer tratamiento relacionado con el consumo de metanfetamina ha ido creciendo en ambos países ⁽⁷⁵⁾.

Éxtasis

El consumo de éxtasis se concentra principalmente en los adultos jóvenes, con un nivel más alto de consumo entre los varones que entre las mujeres en todos los países, salvo en Suecia y Finlandia. De los casi 2,5 millones de europeos (0,8 %) que consumieron éxtasis durante el último año, prácticamente todos ellos pertenecen al grupo de edad de 15 a 34 años (véase en tabla 6 un resumen de los datos). Aún así se observan niveles más altos de consumo en el grupo de edad de 15 a 24 años, en el que la prevalencia del consumo en algún momento de la vida varía entre menos del 1 % en Grecia y Rumanía y el 20,8 % en la República Checa, seguido de Eslovaquia y Reino Unido (ambos con un 9,9 %) y Letonia (9,4 %), si bien la mayoría de los países refieren prevalencias de entre el 2,1 % y el 6,8 % ⁽⁷⁶⁾. El consumo de éxtasis durante el último año en ese grupo de edad se estima entre el 1,0 % y el 3,7 % en la mayoría de los países, aunque se aprecia una diferencia considerable entre la estimación nacional más baja (0,3 %) y la más alta (11,3 %).

Entre los escolares de 15 y 16 años, la prevalencia del consumo de éxtasis en algún momento de la vida oscila entre el 1 % y el 5 % en la mayoría de los países de la UE encuestados en 2007. Sólo cuatro países notificaron una prevalencia más elevada: Bulgaria, Estonia, Eslovaquia (en todos ellos del 6 %) y Letonia (7 %). Los cinco países que realizaron encuestas escolares en 2008 (Bélgica-Comunidad Flamenca, España, Italia, Reino Unido) refirieron una prevalencia de consumo de éxtasis en algún momento de la vida igual o inferior al 4 % ⁽⁷⁷⁾.

El número de consumidores de drogas que solicitan tratamiento por problemas relacionados con el éxtasis es pequeño. En 2008 mencionaron el éxtasis como la droga principal consumida menos del 1 % de los pacientes que iniciaron tratamiento en 21 de los 27 países que facilitaron información. En los otros países, la proporción osciló entre el 1 % y el 3 %. Con una edad media de 24 años, los consumidores de éxtasis se encuentran entre los pacientes más jóvenes que inician tratamiento por drogodependencia. Hay 2-3 varones por cada mujer que inicia tratamiento. Los consumidores de éxtasis indican

a menudo un consumo concomitante de otras sustancias, como alcohol y cocaína y, en menor medida, cannabis y anfetaminas ⁽⁷⁸⁾.

LSD y hongos alucinógenos

En los adultos jóvenes (de 15 a 34 años), la prevalencia de consumo de LSD en algún momento de la vida se sitúa entre el 0 % y el 6,1 %, salvo en la República Checa, donde una encuesta sobre el consumo de drogas realizada en 2008 indicó una prevalencia mayor (10,3 %). Las prevalencias indicadas para el consumo durante el último año son mucho menores ⁽⁷⁹⁾.

En los pocos países que han facilitado datos comparables, el consumo de LSD suele verse superado por el de hongos alucinógenos. En los adultos jóvenes, las estimaciones de la prevalencia del consumo de hongos alucinógenos en algún momento de la vida varían entre el 0,3 % y el 14,1 % y durante el último año, entre el 0,2 % y el 5,9 %.

En 10 de los 26 países que facilitan datos sobre estas sustancias, las estimaciones de prevalencia del consumo de hongos alucinógenos entre escolares de 15 y 16 años son mayores que las de LSD y otros alucinógenos. La mayoría de los países estiman la prevalencia del consumo de hongos alucinógenos en algún momento de la vida entre el 1 y el 4 % y los niveles más altos se encuentran en Eslovaquia (5 %) y la República Checa (7 %) ⁽⁸⁰⁾.

Tendencias de consumo de anfetaminas y éxtasis

Los datos más recientes respaldan los informes anteriores que ya habían detectado tendencias a la estabilización o incluso a la baja en el consumo de anfetamina y éxtasis en Europa. Después de un aumento general en la década de 1990, las encuestas de población indican ahora una estabilización general o incluso un descenso moderado en la popularidad de ambas drogas, aunque en algunos países se han observado incrementos recientes. Ahora bien, las tendencias nacionales detectadas en las encuestas de la población general no siempre reflejan las tendencias del consumo de estimulantes a escala local o en determinados segmentos de la población. Las encuestas especiales realizadas en locales nocturnos indican que la prevalencia y las pautas de consumo de drogas estimulantes en combinación con alcohol siguen siendo elevadas, y algunos estudios indican que las pautas de consumo de drogas entre el público que acude

⁽⁷⁵⁾ Véase tabla TDI-3 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁷⁶⁾ Véase tabla GPS-7 (parte iv) en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁷⁷⁾ Véase tabla EYE-11 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁷⁸⁾ Véanse tablas TDI-5 y TDI-37 (parte i) (parte ii) y (parte iii) en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁷⁹⁾ Véase tabla GPS-1 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁸⁰⁾ Datos obtenidos con ESPAD en todos los países, exceptuando España. Véase el gráfico EYE-2 (parte v) en el boletín estadístico de 2010.

Tabla 6: Prevalencia del consumo de éxtasis en la población general. Resumen de los datos

Grupo de edad	Período de consumo	
	Durante toda la vida	En el último año
15-64 años		
Número estimado de consumidores en Europa	11 millones	2,5 millones
Media europea	3,3 %	0,8 %
Rango	0,3-9,6 %	0,1-3,7 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,3 %) Grecia (0,4 %) Malta (0,7 %) Polonia (1,2 %)	Rumanía, Suecia (0,1 %) Grecia, Malta (0,2 %) Polonia (0,3 %)
Países con prevalencia más alta	República Checa (9,6 %) Reino Unido (8,6 %) Irlanda (5,4 %) Letonia (4,7 %)	República Checa (3,7 %) Reino Unido (1,8 %) Eslovaquia (1,6 %) Letonia (1,5 %)
15-34 años		
Número estimado de consumidores en Europa	8 millones	2,5 millones
Media europea	5,8 %	1,7 %
Rango	0,6-18,4 %	0,2-7,7 %
Países con prevalencia más baja	Grecia, Rumanía (0,6 %) Malta (1,4 %) Polonia (2,1 %) Chipre (2,4 %)	Rumanía, Suecia (0,2 %) Grecia (0,4 %) Polonia (0,7 %)
Países con prevalencia más alta	República Checa (18,4 %) Reino Unido (13,8 %) Irlanda (9,0 %) Letonia (8,5 %)	República Checa (7,7 %) Reino Unido (3,9 %) Eslovaquia, Letonia, Países Bajos (2,7 %)

Las estimaciones de prevalencia en Europa se basan en las medias ponderadas obtenidas en las encuestas nacionales más recientes realizadas entre 2001 y 2008/2009 (principalmente entre 2004 y 2008), por lo que no se pueden atribuir a un único año. La prevalencia media en Europa se ha calculado utilizando una media ponderada en función de la población del grupo de edad correspondiente en cada país. A los países sobre los que no se dispone de información se ha aplicado la prevalencia media de la UE. Población utilizada como base: 15-64 (334 millones) y 15-34 (133 millones). Los datos aquí resumidos pueden encontrarse en la sección de «Encuestas de población general» en el boletín estadístico de 2010.

a discotecas y locales nocturnos se alejan cada vez más de las observadas en la población general (Measham y Moore, 2009). Por el contrario, las observaciones realizadas en Alemania recientemente indican que el consumo de sustancias en esos locales está disminuyendo.

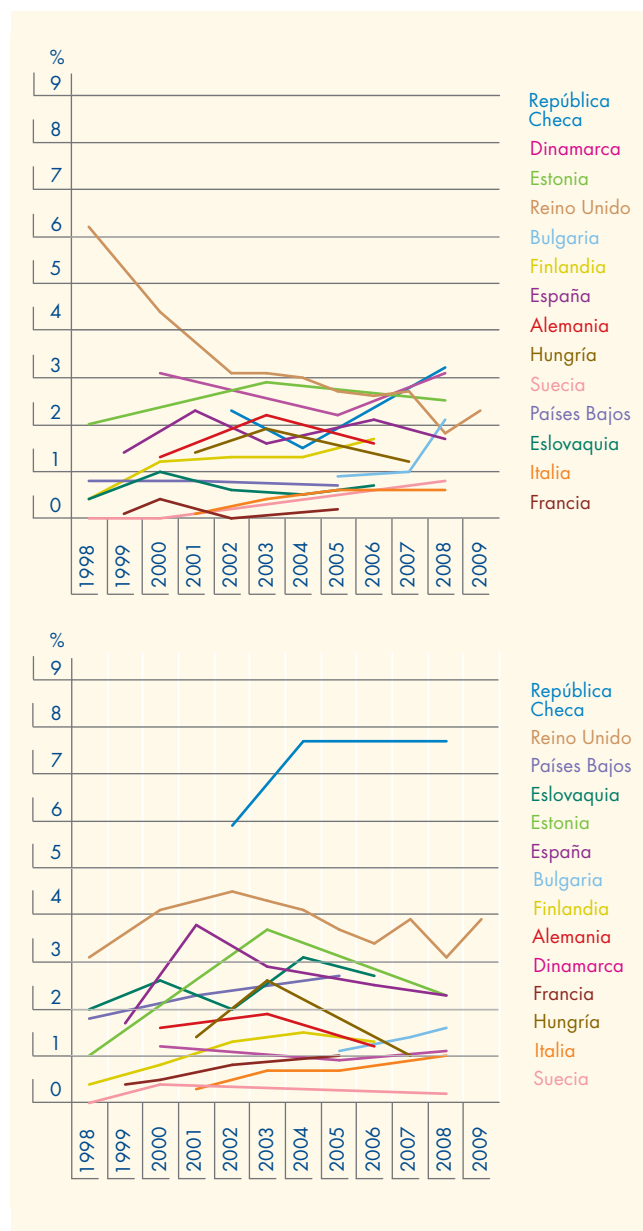
En el Reino Unido, el consumo de anfetaminas durante el último año por adultos jóvenes (15-34 años) disminuyó del 6,2 % en 1998 al 2,3 % en 2008-2009. En Dinamarca, aumentó del 0,5 % en 1994 al 3,1 % en 2000, para estabilizarse después ⁽⁸¹⁾. Entre los otros países que han realizado encuestas repetidas a lo largo de un periodo similar (Alemania, Grecia, España, Francia, Países Bajos, Eslovaquia, Finlandia), las tendencias se muestran generalmente estables (gráfico 6). Durante el periodo 2003-2008, de los 11 países que disponen de datos suficientes sobre la prevalencia de consumo de anfetaminas durante el último año en el grupo de edad de 15-34 años, solo dos describen un cambio de más de un punto

porcentual (Bulgaria, del 0,9 % en 2005 al 2,1 % en 2008; y República Checa, del 1,5 % en 2004 al 3,2 % en 2008).

En los países que han notificado unos niveles de consumo de éxtasis superiores a la media, dicho consumo entre los jóvenes de 15 a 34 años alcanzó normalmente un nivel máximo de entre el 3 % y el 5 % a principios de la década de 2000 (Estonia, España, Eslovaquia, Reino Unido; véase el gráfico 6). Una excepción es la República Checa, donde se estima que el 7,7 % del grupo de edad de 15 a 34 años ha consumido éxtasis durante el último año y donde se aprecia una tendencia al alza durante el periodo 2003-2008. Durante ese periodo, la mayoría de los otros países han referido una tendencia estable, salvo Estonia y Hungría, que registraron un aumento de la prevalencia del consumo de éxtasis durante el último año entre adultos jóvenes durante la primera parte de la década de 2000, para disminuir posteriormente.

⁽⁸¹⁾ En Dinamarca, la información correspondiente a 1994 hace referencia a «drogas duras», refiriéndose principalmente a las anfetaminas.

Gráfico 6: Tendencias en la prevalencia del consumo de anfetaminas (arriba) y éxtasis (abajo) durante el último año entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años de edad)



N.B.: Sólo se muestran datos de países que han realizado al menos tres encuestas en el período 1998 a 2009. Para más información, véanse los gráficos GPS-8 y GPS-21 en el boletín estadístico de 2010.

Fuente: Informes nacionales de la red Reitox, obtenidos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

En ocho países (Dinamarca, Francia, España, Irlanda, Italia, Austria, Portugal y Reino Unido), las encuestas más recientes indican que el consumo de cocaína durante el último año ha sido mayor que el consumo de anfetamina y éxtasis entre los adultos jóvenes.

Las encuestas escolares realizadas en 2007 (ESPAD) y 2008 confirman que, en términos generales, se

han producido pocos cambios en los niveles de experimentación con anfetamina y éxtasis entre los escolares de 15 y 16 años. Cuando se consideran las diferencias de al menos dos puntos porcentuales entre 2003 y 2007, se constata un aumento de la prevalencia del consumo de anfetaminas en algún momento de la vida en nueve países. Sobre esa misma base de cálculo, el consumo de éxtasis aumentó en siete países. Sólo Estonia e Italia registraron una disminución de dicha prevalencia, mientras que la República Checa, Portugal y Croacia notificaron un menor consumo de éxtasis. El resto de los países describieron una tendencia estable.

Anfetaminas y éxtasis en entornos recreativos: consumo e intervenciones

Nueve países facilitaron datos sobre la prevalencia del consumo de estimulantes obtenidos en estudios realizados en locales nocturnos en 2008. Las estimaciones indican una variación considerable entre unos países y otros y entre unos locales nocturnos y otros, oscilando entre el 10 % y el 85 % para el consumo de éxtasis en algún momento de la vida y entre el 5 % y el 69 % para el consumo de anfetaminas. En tres de esos estudios se estimó también la prevalencia del consumo de hongos alucinógenos en algún momento de la vida, que oscilaba entre el 34 % y el 54 %. En seis países (Alemania, Francia, Hungría, Países Bajos, Reino Unido y Rumanía) se han observado diferencias en la prevalencia y las pautas de consumo de drogas entre el público que acude a discotecas y locales nocturnos con diferentes géneros de música disco, donde el consumo de éxtasis parecer estar más estrechamente relacionado con algunos géneros de música que con otros. El consumo de éxtasis fue también más frecuente que el de anfetaminas en los locales tomados como muestra en tres países que facilitaron información (Países Bajos, Reino Unido, República Checa). Por ejemplo, el 9 % de las personas que acudían a discotecas y locales nocturnos en Amsterdam declararon que habían consumido éxtasis la noche en que se realizó la encuesta y, en Manchester, el 42 % declararon que habían consumido o pensaban consumir éxtasis esa noche. Las cifras correspondientes para las anfetaminas fueron del 3,6 % (Amsterdam) y del 8 % (Manchester).

Sólo 13 países europeos han informado recientemente de intervenciones realizadas en locales nocturnos. La producción de materiales de información y reducción de daños fue la principal actividad descrita, pero no hubo muchas estrategias informativas que se orientaran a las convicciones normativas que sustentan la cultura

recreativa de la juventud. Siete países (Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Luxemburgo, Países Bajos y Reino Unido) refirieron estrategias dirigidas al entorno, como la salubridad de los locales nocturnos, la seguridad en el transporte, los programas de venta y vigilancia policial, las zonas de *chill-out*, las pruebas de alcohol y las intervenciones de crisis. España e Italia mencionan ahora también la cooperación entre las partes implicadas en la vida nocturna: ayuntamientos, policía y propietarios de restaurantes o clubes.

Los daños relacionados con el consumo de alcohol en los locales nocturnos están siendo objeto de un reconocimiento cada vez mayor en Europa. Dinamarca, Luxemburgo, Reino Unido y Suecia, así como algunas regiones de España, han informado de estrategias ambientales relacionadas con el alcohol. Algunas de las intervenciones realizadas en esos países son: venta responsable de alcohol, formación del personal, aumento de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas, edad mínima establecida en los 16 años para la compra de bebidas alcohólicas y tolerancia cero con los conductores jóvenes.

Puesto que el consumo de alcohol y otras drogas está estrechamente relacionado con los ambientes nocturnos, la legislación dirigida al consumo de alcohol podría reducir también el consumo de estimulantes. Una reciente encuesta británica sobre la delincuencia ha indicado que la frecuencia con que se visitan los ambientes nocturnos está estrechamente relacionada con la politoxicomanía⁽⁸²⁾. Los datos obtenidos en encuestas de población general y analizados por el OEDT en nueve países europeos indican que entre los consumidores frecuentes o intensos de alcohol, la prevalencia del consumo de anfetaminas o éxtasis es muy superior a la media (OEDT, 2009d). El análisis de los datos de encuestas escolares de ESPAD en 22 países indica que el 85,5 % de los estudiantes de 15 a 16 años de edad que habían consumido éxtasis durante el último mes habían consumido también cinco o más bebidas alcohólicas en alguna ocasión (OEDT, 2009d). Y, como se ha observado en los Países Bajos, los consumidores pueden tomar drogas estimulantes como cocaína y anfetaminas para despejarse tras un consumo excesivo de alcohol.

Tratamiento

Los consumidores de anfetaminas reciben generalmente tratamiento en servicios para drogodependientes en régimen ambulatorio que, en países con niveles tradicionalmente altos de consumo problemático

de anfetaminas, pueden estar especializados en tratar ese tipo de problemas. El tratamiento de los consumidores más problemáticos de anfetaminas puede dispensarse en régimen de ingreso o en clínicas u hospitales psiquiátricos. Esto es más frecuente cuando la dependencia de las anfetaminas se complica por la presencia simultánea de trastornos psiquiátricos. En Europa se administran fármacos (antidepresivos, sedantes o antipsicóticos) para el tratamiento de los primeros síntomas de abstinencia al comienzo de un proceso de desintoxicación, administrados generalmente en departamentos psiquiátricos especializados y en régimen de ingreso. En la República Checa, los consumidores de metanfetamina derivados a centros de desintoxicación suelen llegar en un estado de psicosis tóxica aguda, que con frecuencia se acompaña de agresividad contra la propia persona y contra su entorno. Esos pacientes suelen necesitar elementos de sujeción física, la comunicación con ellos resulta difícil y generalmente rechazan cualquier tipo de cuidados. Los consumidores con trastornos psicóticos reciben tratamiento con antipsicóticos atípicos en centros psiquiátricos y en régimen de ingreso. La República Checa informa también de que, debido a la juventud de los pacientes y a la elevada frecuencia de problemas familiares, suelen trabajar con los consumidores de metanfetamina en el contexto de una terapia familiar.

Algunos países mencionan la ausencia de un sustituto farmacológico para el tratamiento de la dependencia de las anfetaminas como un problema para conseguir que los consumidores de esas sustancias sigan en tratamiento. Aunque en Inglaterra y Gales se dispone de dextroanfetamina como sustituto para el tratamiento de los consumidores de anfetaminas altamente problemáticos, las directrices nacionales sobre el manejo clínico de las drogodependencias recomiendan que no se utilice para ese fin, ya que no se ha podido demostrar su eficacia (NTA, 2007).

Eficacia del tratamiento

El consumo continuo de metanfetamina puede ocasionar daños cognitivos y reducir la capacidad del consumidor para beneficiarse de terapias psicológicas, cognitivas y conductuales (Rose y Grant, 2008). Eso explica en parte los esfuerzos considerables que se están haciendo en el ámbito de la investigación para desarrollar intervenciones farmacológicas. En algunos casos, las medicaciones estudiadas se orientan a conseguir que el paciente acepte someterse a una intervención psicológica.

⁽⁸²⁾ Se define como el consumo de dos o más drogas ilegales durante el mismo periodo de tiempo; por ejemplo, el último año.

Intervenciones de eficacia demostrada

El consumo de drogas y alcohol en entornos recreativos puede originar muchos problemas sanitarios y sociales relacionados con la violencia, el sexo involuntario o inseguro, los accidentes de tráfico, el consumo de alcohol por menores de edad o los conflictos sociales. Un análisis reciente sobre la eficacia de las actuaciones en este contexto ha concluido que las intervenciones más extendidas no se basan en hechos demostrados (Calafat *et al.*, 2009). Entre ellas destacan las campañas de información dirigidas a la reducción de daños, las campañas a favor de un consumo moderado y responsable de alcohol, la formación de los porteros de los locales nocturnos y programas específicos para conductores. En algunos casos, la falta de eficacia puede atribuirse a una deficiente ejecución.

Se ha comprobado que la combinación de actividades de formación de clientes y personal, la cooperación obligada entre las autoridades y el sector del ocio, y la vigilancia del cumplimiento de la legislación (con la concesión de licencias, verificación de la edad, etc.) es la mejor estrategia para reducir los daños, las pautas de consumo problemático de alcohol y el acceso de los jóvenes a las bebidas alcohólicas. Lamentablemente, pocas veces se han evaluado los resultados de estas intervenciones en lo que respecta al consumo de drogas ilegales.

Otras medidas en el plano social que son eficaces para reducir el consumo de sustancias en los ambientes nocturnos son los impuestos sobre el alcohol, la restricción de los horarios de venta de alcohol, la limitación de la densidad de establecimientos que venden alcohol, los controles de alcoholemia en la carretera, la disminución de los valores máximos permitidos de alcohol en la sangre, la edad mínima para comprar alcohol y la retirada de licencias.

Recientemente se han publicado algunos ensayos clínicos sobre fármacos dirigidos al tratamiento de la dependencia de las anfetaminas; otros ensayos todavía no han finalizado. De los nueve estudios publicados, seis se realizaron en los Estados Unidos, dos en Suecia y uno en Australia. Entre las sustancias investigadas están el metilfenidato y el bupropión, dos inhibidores de la recaptación de la dopamina que se utilizan para promover la abstinencia en pacientes dependientes de la metanfetamina; el aripiprazol, un antipsicótico; el ondansetrón, un ansiolítico; la amineptina, una sustancia psicotrópica; la mirtazapina, un antihistamínico; el modafinilo, un neuroprotector; y la naltrexona, un antagonista de los receptores de opiáceos. En todos esos estudios, solo la naltrexona consiguió un beneficio terapéutico significativo desde el punto de vista de la disminución del consumo (demostrada en muestras de orina o declarada por el propio paciente) y la duración de la abstinencia continuada. Estudios realizados en los Estados Unidos están explorando también si la citicolina, una sustancia que puede mejorar la función mental en sujetos dependientes de la metanfetamina, aumenta la eficacia de otros tratamientos farmacológicos.

Por último, un estudio controlado ha demostrado que el tratamiento supervisado en régimen ambulatorio consigue un mejor resultado que el tratamiento sin ningún tipo de supervisión. En un estudio clínico, la adición de un contrato de contingencias mejoró los resultados en comparación con solo el tratamiento. En una tesis publicada recientemente se habla también de la posibilidad de una vacuna con anticuerpos monoclonales contra las drogas para el tratamiento de las sobredosis y la prevención de recaídas.

Capítulo 5

Cocaína y crack

Introducción

El consumo y las incautaciones de cocaína han aumentado en los últimos diez años, y esta sustancia es ahora la segunda droga ilegal más consumida en Europa, por detrás del cannabis. Las cifras de consumo varían mucho de un país a otro, aunque son mayores en los países de Europa occidental y meridional. Existe también una diversidad considerable entre los consumidores de cocaína, tanto en sus pautas de consumo como en sus variables sociodemográficas. Hay consumidores ocasionales de cocaína, consumidores habituales que están perfectamente integrados en la sociedad y otros consumidores más marginados que a menudo desarrollan dependencia, algunos de los cuales siguen consumiendo o han consumido anteriormente opiáceos. Esta diversidad de perfiles complica la evaluación de la prevalencia del consumo de esa droga, así como sus consecuencias sanitarias y sociales y las respuestas necesarias.

Oferta y disponibilidad

Producción y tráfico

El cultivo del arbusto de coca, del que se obtiene la cocaína, sigue concentrado en algunos países de la región andina. La ONUDD (2009) estimó que, en el año 2009, la superficie total ocupada por los cultivos del arbusto de coca de 158 000 hectáreas se transformaba en una posible producción de entre 842 y 1 111 toneladas de cocaína pura, en comparación con las 865 toneladas estimadas en 2008 (ONUDD, 2010b). La superficie cultivada en 2009 fue, según las estimaciones, de 158 000 hectáreas, frente a las 167 600 hectáreas en 2008; eso significa una disminución del 5 % que se atribuyó en su mayor parte a la menor superficie dedicada al cultivo de coca en Colombia, que no se había visto compensada por un aumento en Perú y Bolivia.

Tabla 7: Producción, incautaciones, precio y pureza de la cocaína y el crack

	Cocaína	Crack ⁽¹⁾
Estimación de la producción mundial (en toneladas)	842-1 111	n.d.
Cantidad incautada a escala mundial (en toneladas)	711 ⁽²⁾	n.d.
Cantidad incautada (en toneladas) UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	67 (67)	0.06 (0.06)
Número de incautaciones UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	95 700 (96 300)	10 100 (10 100)
Precio medio de venta al por menor (euros por gramo) Rango (Rango intercuartil) ⁽³⁾	37-107 (50-70)	45-82
Rango de pureza media (%)	13-62	20-89

⁽¹⁾ Debido al reducido grupo de países que facilitan información, los datos deben interpretarse con precaución.

⁽²⁾ La ONUDD estima que esta cifra equivale a 412 toneladas de cocaína pura.

⁽³⁾ Rango que se refiere a la mitad de los valores de la serie que ocupan el lugar central de los precios medios notificados.

N.B.: Datos correspondientes a 2008, a excepción de la estimación de la producción mundial (de 2009); n.d.: datos no disponibles.

Fuente: ONUDD (2010b) para los valores mundiales, Puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos.

La mayor parte del proceso de transformación de las hojas de coca en clorhidrato de cocaína sigue realizándose en Colombia, Perú y Bolivia, aunque también en otros países. La importancia de Colombia en la producción de cocaína resulta evidente a partir de la información relativa a los laboratorios desmantelados y las incautaciones de permanganato potásico, un reactivo químico utilizado en la síntesis del clorhidrato de cocaína. En 2008 se desmantelaron en Colombia 3 200 laboratorios de cocaína (JIFE, 2010b) y se incautaron en total 42 toneladas de permanganato potásico (el 90 % de las incautaciones mundiales) (JIFE, 2010a).

La información disponible revela que el tráfico de cocaína sigue entrando en Europa por diversas rutas aéreas y marítimas. La cocaína atraviesa países como Argentina, Brasil, Ecuador, México y Venezuela antes de llegar a Europa. Los países del Caribe son también escenario frecuente de operaciones de transbordo de drogas con destino a Europa. En los últimos años se ha detectado la existencia de una ruta alternativa a través de África occidental (OEDT y Europol, 2010). Aunque en 2008 se notificó una «marcada disminución» de las incautaciones de la cocaína que pasa por África occidental (ONUDD, 2009), es probable que cantidades importantes de la droga sigan atravesando esa región (OEDT y Europol, 2010).

La península Ibérica, especialmente España, y los Países Bajos parecen ser los puntos de entrada para la cocaína introducida ilegalmente en Europa. Francia, Italia y el Reino Unido se mencionan con frecuencia como importantes países de tránsito o destino en Europa. Informes recientes indican también que el tráfico de cocaína puede estar expandiéndose hacia el este (OEDT y Europol, 2010; JIFE, 2010b). La cifra global para los diez países de Europa central y oriental indica un aumento del número de incautaciones de cocaína, de 469 casos en 2003 a 1 212 en 2008, pero sigue representando solo en torno al 1 % del total europeo.

Incautaciones

La cocaína es la droga con la que más se trafica en todo el mundo, después de la hierba de cannabis y la resina de cannabis. En 2008, las incautaciones mundiales de cocaína se mantuvieron estables en torno a las 711 toneladas (tabla 7) (ONUDD, 2010b). Sudamérica siguió acaparando la mayor parte de las cantidades incautadas, con un 60 % del total mundial (CND, 2009), seguida de Norteamérica con el 28 % y Europa central y occidental con el 11 % (ONUDD, 2009).

Laboratorios de «extracción secundaria» de cocaína en Europa

Los laboratorios clandestinos donde los traficantes de drogas procesan la cocaína en Europa tienen una función distinta a la de los laboratorios en Sudamérica, donde se extrae cocaína en forma de base o clorhidrato a partir de hojas o pasta de coca. La mayor parte de los laboratorios desmantelados por las fuerzas de seguridad europeas se dedicaban fundamentalmente a extraer cocaína de los materiales a los que se había incorporado la droga antes de su exportación.

Se ha detectado la presencia de cocaína en forma de clorhidrato y, con menos frecuencia, en forma de base química en materiales «portadores» tan diversos como cera de abeja, fertilizantes, tejidos, hierbas o líquidos. El proceso de incorporación de la cocaína a esos materiales varía en su grado de sofisticación, desde simplemente el remojo de prendas de vestir en una solución de cocaína y agua, hasta la incorporación de la droga a materiales de plástico. En este último caso, se necesita un proceso químico inverso para extraer la cocaína. Tras la extracción, la sustancia se puede adulterar con distintos agentes para cortar la droga, prensarla y formar pastillas que se graban con logotipos que indican una cocaína de gran pureza en los países productores.

En 2008, Europol fue informada del desmantelamiento de unos 30 laboratorios de distintos tamaños dedicados a la «extracción secundaria» de cocaína, todos ellos en España. En los Países Bajos, se localizó y desmanteló en Roosendaal, provincia de Brabante, un laboratorio de mediano tamaño dedicado a la extracción de cocaína a partir de cacao en polvo y licor de cacao. Un año antes, las autoridades neerlandesas habían desmantelado otros dos laboratorios «de extracción secundaria» en la misma provincia e incautado ocho toneladas de plástico (polipropileno) que contenía cocaína. La documentación encontrada en esos laboratorios reveló que ese año se habían importado más de 50 toneladas de ese plástico desde Colombia.

En Europa, el número de incautaciones de cocaína ha aumentado gradualmente en los últimos 20 años, sobre todo a partir de 2004. En 2008, el número de incautaciones de cocaína en Europa se elevó a 96 000 casos, aunque la cantidad total incautada se redujo a 67 toneladas, frente a las 121 toneladas de 2006 o las 76 toneladas de 2007. Esa disminución de la cantidad total de cocaína incautada se debe fundamentalmente a las menores cantidades interceptadas desde 2006 en España y Portugal ⁽⁸³⁾. La explicación podría estar en algunos cambios en las rutas, en las prácticas relacionadas con el tráfico de esta sustancia, o incluso en las prioridades de las fuerzas de seguridad. En 2008, España siguió siendo el país que notificó tanto la mayor cantidad de cocaína incautada como el

⁽⁸³⁾ Véanse tablas SZR-9 y SZR-10 en el boletín estadístico de 2010.

mayor número de incautaciones de la droga (cerca de la mitad del total) en Europa. No obstante, se trata de una evaluación preliminar, ya que no se dispone de los datos correspondientes a 2008 en los Países Bajos, el país que declaró la segunda mayor cantidad de cocaína incautada en 2007.

Pureza y precio

En 2008, la pureza media de las muestras analizadas de cocaína osciló entre el 25 % y el 55 % en la mayoría de los países que aportaron información, aunque se notificaron valores inferiores en Dinamarca (venta al por menor sólo, 23 %) y en algunas partes del Reino Unido (Escocia, 13 %), y mayores en Bélgica (59 %), Francia (60 %) y Rumanía (62 %) ⁽⁸⁴⁾ Veintiún países facilitaron datos suficientes para analizar tendencias en la pureza de la cocaína durante el periodo 2003-2008, refiriéndose un descenso en 17 de ellos, una situación estable en Alemania, Grecia, Francia, y un aumento en Portugal.

En 2008, el precio medio de venta al por menor de la cocaína estaba entre 50 y 70 euros por gramo en la mitad de los 18 países que aportaron información. Los precios más bajos se encontraron en Polonia y Portugal, y los más altos en la República Checa, Italia, Letonia y Suecia. Con una sola excepción, todos los países que facilitaron datos suficientes para hacer una comparación notificaron una disminución de los precios de venta al por menor para la cocaína entre 2003 y 2008. Sólo en Polonia se observó un aumento durante ese periodo, aunque en 2008 se produjo un descenso.

Prevalencia y pautas de consumo

Consumo de cocaína en la población en general

En general, la cocaína sigue siendo la segunda droga ilegal más consumida en Europa después del cannabis, aunque los distintos países presentan grandes diferencias en términos de niveles de consumo. Se estima que unos 14 millones de europeos la han consumido al menos una vez en la vida, lo cual equivale a una media del 4,1 % de los adultos de 15 a 64 años de edad (véase en tabla 8 un resumen de los datos). Las cifras nacionales varían entre el 0,1 % y el 9,4 %, y 12 de los 24 países, entre ellos la mayoría de los Estados miembros de Europa central y oriental, indican unos niveles muy bajos de prevalencia del consumo en algún momento de la vida (0,5-2 %).

Se estima que unos 4 millones de europeos han consumido esta droga durante el último año (una media del 1,3 %), aunque también se observan diferencias entre países. Encuestas nacionales recientes han estimado una prevalencia del consumo durante el último año de entre el 0 % y el 3,1 %. Las estimaciones de prevalencia del consumo de cocaína durante el último mes en Europa se sitúan en torno al 0,5 % de la población adulta, lo que significa 2 millones de personas.

Un pequeño número de países notifican niveles de consumo de cocaína por encima de la media europea (Dinamarca, España, Irlanda, Italia y Reino Unido). En todos ellos, excepto en uno, la cocaína es la droga ilegal consumida con más frecuencia como estimulante. La excepción es Dinamarca, que refiere una prevalencia similar para la cocaína y para las anfetaminas.

Consumo de cocaína entre adultos jóvenes

Se estima que en Europa han consumido cocaína al menos una vez en la vida unos 8 millones de adultos jóvenes (15-34 años), lo que equivale a una media del 5,9 %. Las cifras nacionales oscilan entre el 0,1 y el 14,9 %. La media europea para el consumo de cocaína durante el último año en ese grupo de edad se estima en el 2,3 % (3 millones) y el consumo durante el último mes, en el 0,9 % (1,5 millones).

El consumo de cocaína es particularmente elevado entre los varones jóvenes (15-34 años), con una prevalencia de consumo durante el último año de entre el 4 % y el 8,4 % en Dinamarca, España, Irlanda, Italia y Reino Unido ⁽⁸⁵⁾. En 12 de los países que han facilitado esa información, la proporción entre varones y mujeres entre los adultos jóvenes que declaran haber consumido cocaína durante el último año es como mínimo de 2:1 ⁽⁸⁶⁾.

Las encuestas realizadas a muestras transversales de la población y a grupos específicos han demostrado que el consumo de cocaína se asocia a determinados estilos de vida y ambientes. Por ejemplo, un análisis de los datos de la encuesta británica sobre delincuencia (*British Crime Survey*) realizada en 2008/2009 estimó que el 14,2 % de los jóvenes de 16 a 24 años que habían acudido a locales nocturnos en cuatro o más ocasiones durante el último mes afirmaron haber consumido cocaína durante el último año, en comparación con el 4,0 % de los que no habían acudido a ningún local nocturno (Hoare, 2009). Las encuestas específicas realizadas recientemente en discotecas o locales nocturnos con música disco en la República Checa,

⁽⁸⁴⁾ Para los datos sobre pureza y precios, véanse tablas PPP-3 y PPP-7 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁸⁵⁾ Véase el gráfico GPS-13 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁸⁶⁾ Véase tabla GPS-5 (parte iii) y (parte iv) en el boletín estadístico de 2010.

Tabla 8: Prevalencia del consumo de cocaína en la población general. Resumen de los datos

Grupo de edad	Período de consumo		
	Durante toda la vida	En el último año	En el último mes
15-64 años			
Número estimado de consumidores en Europa	14 millones	4 millones	2 millones
Media europea	4,1 %	1,3 %	0,5 %
Rango	0,1-9,4 %	0,0-3,1 %	0,0-1,5 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,1 %) Malta (0,4 %) Lituania (0,5 %) Grecia (0,7 %)	Rumanía (0,0 %) Grecia (0,1 %) Hungría, Polonia, Lituania (0,2 %) Malta (0,3 %)	Rumanía, Grecia (0,0 %) Malta, Suecia, Polonia, Lituania, Estonia, Finlandia (0,1 %)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (9,4 %) España (8,3 %) Italia (7,0 %) Irlanda (5,3 %)	España (3,1 %) Reino Unido (3,0 %) Italia (2,1 %) Irlanda (1,7 %)	Reino Unido (1,5 %) España (1,1 %) Italia (0,7 %) Austria (0,6 %)
15-34 años			
Número estimado de consumidores en Europa	8 millones	3 millones	1,5 millones
Media europea	5,9 %	2,3 %	0,9 %
Rango	0,1-14,9 %	0,1-6,2 %	0,0-2,9 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,1 %) Lituania (0,7 %) Malta (0,9 %) Grecia (1,0 %)	Rumanía (0,1 %) Grecia (0,2 %) Polonia, Lituania (0,3 %) Hungría (0,4 %)	Rumanía (0,0 %) Grecia, Polonia, Lituania (0,1 %) Hungría, Estonia (0,2 %)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (14,9 %) España (11,8 %) Dinamarca (9,5 %) Irlanda (8,2 %)	Reino Unido (6,2 %) España (5,5 %) Dinamarca (3,4 %) Irlanda (3,1 %)	Reino Unido (2,9 %) España (1,9 %) Italia (1,1 %) Irlanda (1,0 %)

Las estimaciones de prevalencia en Europa se basan en las medias ponderadas obtenidas en las encuestas nacionales más recientes realizadas entre 2001 y 2008/2009 (principalmente entre 2004 y 2008), por lo que no se pueden atribuir a un único año. La prevalencia media en Europa se ha calculado utilizando una media ponderada en función de la población del grupo de edad correspondiente en cada país. A los países sobre los que no se dispone de información se ha aplicado la prevalencia media de la UE. Población utilizada como base: 15-64 (334 millones) y 15-34 (133 millones). Los datos aquí resumidos pueden encontrarse en la sección de «Encuestas de población general» en el boletín estadístico de 2010.

Países Bajos, Austria y Reino Unido indican un consumo muy alto de cocaína en algún momento de la vida, entre el 17,6 % y el 86 %. El consumo de cocaína se puede relacionar también directamente con esos ambientes: en una encuesta realizada en Amsterdam entre personas que frecuentaron locales nocturnos en 2008, el 4,6 % de los encuestados declararon que habían consumido cocaína la noche de la encuesta, mientras que en una encuesta *in situ* realizada a 323 personas que frecuentaban locales nocturnos en el Reino Unido, el 22 % declaró que había consumido o pensaba consumir cocaína esa noche.

Los datos de las encuestas realizadas a la población general indican también que la prevalencia de un elevado consumo episódico de alcohol ⁽⁸⁷⁾ es mucho mayor entre

los consumidores de cocaína que en la población general (OEDT, 2009d). En los Países Bajos se ha observado también que los consumidores pueden tomar cocaína para despejarse después de un consumo excesivo de alcohol.

Consumo de cocaína entre escolares

Las estimaciones de prevalencia del consumo de cocaína entre escolares son muy inferiores a las del consumo de cannabis. Según la encuesta ESPAD, la prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida entre los escolares de 15 a 16 años de edad se sitúa entre el 1 % y el 2 % en la mitad de los 28 países que han facilitado esa información. La mayoría de los otros países indican niveles de prevalencia del 3 al 4 %, mientras que Francia y Reino Unido refieren una prevalencia del

⁽⁸⁷⁾ Se define como el consumo de seis o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión por lo menos una vez a la semana en los últimos 12 meses.

5 % y el 6 %, respectivamente. Cuando se dispone de datos sobre escolares de mayor edad (17-18 años), la prevalencia de consumo de cocaína en algún momento de la vida es generalmente mayor, y aumenta hasta un 8 % en España ⁽⁸⁸⁾.

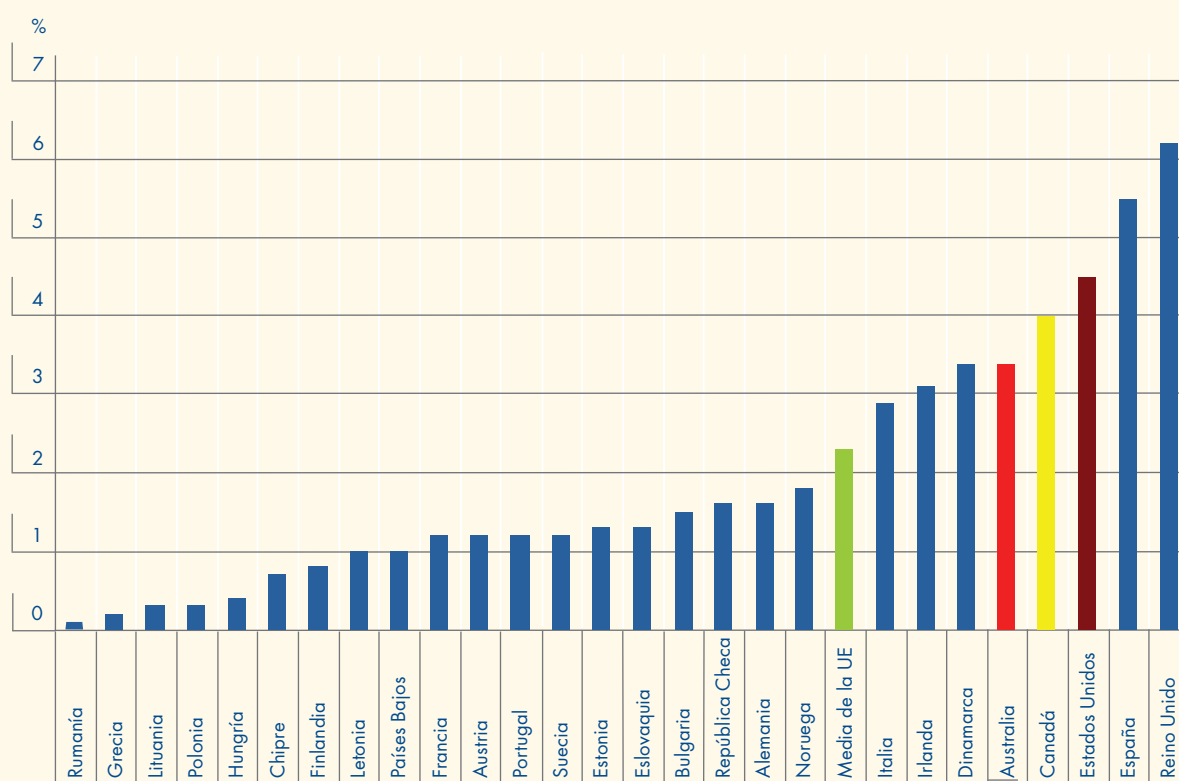
Comparaciones internacionales

En general, la estimación de la prevalencia del consumo de cocaína durante el último año es menor entre adultos jóvenes en la Unión Europea (2,3 %) que dentro de ese mismo colectivo en Australia (3,4 % en el grupo de 14 a 39 años de edad), Canadá (4,0 %) y Estados Unidos (4,5 % en el grupo de 16 a 34 años de edad). No obstante, Dinamarca notifica la misma cifra que Australia, mientras que España y Reino Unido refieren cifras más altas que Canadá y Estados Unidos (gráfico 7).

Tendencias del consumo de cocaína

Las tendencias del consumo de cocaína en Europa han seguido pautas diferentes. En los dos países con la mayor prevalencia de consumo de cocaína (España y Reino Unido), dicho consumo aumentó mucho en los últimos años de la década de 1990, antes de mostrar una tendencia más estable, aunque generalmente al alza. En otros tres países (Dinamarca, Irlanda e Italia), el aumento de la prevalencia fue menos pronunciado y se produjo algo después. No obstante, los niveles de consumo en esos países son altos en comparación con el resto de Europa. En los demás países en los que se realizaron varias encuestas entre 1998 y 2008/2009, la prevalencia del consumo durante el último año entre adultos jóvenes (15-34 años) parece más estable, permaneciendo durante el periodo en niveles inferiores al 2 % (gráfico 8).

Gráfico 7: Prevalencia del consumo de cocaína durante el último año entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años) en Europa, Australia, Canadá y Estados Unidos



N.B.: Información basada en la última encuesta realizada en cada país. La tasa media de prevalencia en Europa se calculó como la media de las tasas nacionales ponderadas en función de la población nacional de 15 a 34 años de edad (2006, datos obtenidos de Eurostat). Los datos de Estados Unidos y Australia se han recalculado a partir de los resultados de las encuestas iniciales para las franjas de edad de 16 a 34 años y de 14 a 39 años, respectivamente. Para más información, véase el gráfico GPS-20 en el boletín estadístico de 2010.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.
 SAMHSA (Estados Unidos), Office of Applied Studies, National survey on drug use and health, 2008 (Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas y Salud, 2008).
 Canadá: Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (Encuesta Nacional sobre el Consumo de Alcohol y Drogas).
 Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series No 22. Cat. No PHE 107. Canberra: AIHW.

⁽⁸⁸⁾ Véanse tablas EYE-3 a EYE-10 en el boletín estadístico de 2010.

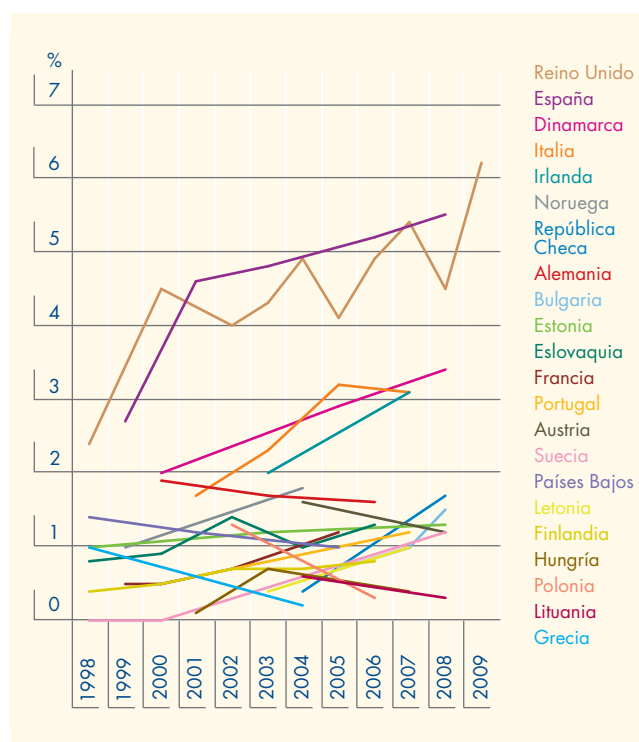
Cuando se analizan las tendencias más recientes, en los 15 países que repitieron encuestas durante el periodo 2003-2008, la prevalencia del consumo durante el último año entre los adultos jóvenes (15-34 años) se multiplicó por más de dos, pero se mantuvo por debajo del 2 % en tres países (Bulgaria, República Checa, Letonia). Aumentó en casi un 50 % en dos países (Irlanda y Reino Unido) y se mantuvo estable o disminuyó en otros ocho países (Alemania, Estonia, Lituania, Hungría, Austria, Polonia, Eslovaquia y Finlandia).

En las encuestas escolares ESPAD realizadas en 2007, la prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida entre los escolares de 15 y 16 años aumentó en al menos dos puntos porcentuales respecto a 2003 en Francia, Chipre, Malta, Eslovenia y Eslovaquia. La encuesta escolar realizada en España indicó una disminución de dos puntos porcentuales entre 2004 y 2007. En los cinco países que realizaron encuestas escolares en 2008 no se apreciaron cambios mayores del 1 %.

Pautas de consumo de cocaína

En algunos países europeos, un número considerable de personas han consumido cocaína experimentalmente solo en una o dos ocasiones en su vida (Van der Poel *et al.*,

Gráfico 8: Tendencias en la prevalencia del consumo de cocaína durante el último año entre adultos jóvenes (entre 15 y 34 años)



N.B.: Para mayor información, véase el gráfico GPS-14 (parte i) en el boletín estadístico de 2010.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

2009). Entre los consumidores más habituales o intensivos de cocaína, se pueden distinguir dos grandes grupos. El primero de ellos está formado por los consumidores «socialmente integrados» que suelen consumir cocaína los fines de semana, en fiestas o en otras ocasiones especiales, a veces en grandes cantidades («consumo compulsivo») o con una cierta frecuencia. También existen pruebas de que muchos consumidores de cocaína socialmente integrados controlan el consumo de esta droga imponiéndose normas que limitan la cantidad, la frecuencia o el contexto del consumo (Decorte, 2000). Algunos de ellos pueden sufrir problemas de salud relacionados con el consumo de esta sustancia o adquirir pautas compulsivas de consumo que precisen tratamiento. Los estudios indican, no obstante, que una parte importante de los consumidores problemáticos de cocaína pueden recuperarse sin necesidad de recibir tratamiento formal (Cunningham, 2000).

El segundo grupo está formado por consumidores más «marginados» o «socialmente excluidos», algunos de los cuales también consumen o han consumido en el pasado opiáceos, toman *crack* o se inyectan la cocaína. En este grupo se encuentran los consumidores intensivos de cocaína y «*crack*» que pertenecen a grupos socialmente desfavorecidos, como trabajadores del sexo o inmigrantes (Prinzleve *et al.*, 2004).

Consecuencias sanitarias del consumo de cocaína

Es probable que se infravalore la magnitud de las consecuencias sanitarias del consumo de cocaína, en parte por la naturaleza inespecífica o crónica de muchas de las patologías que se derivan típicamente del consumo prolongado de esta sustancia, y en parte por la dificultad de establecer vínculos causales entre esas enfermedades y el consumo de la droga⁽⁸⁹⁾. El consumo habitual de cocaína, incluido el esnifado, puede asociarse a problemas cardiovasculares, neurológicos y psiquiátricos, así como a un mayor riesgo de accidentes y a la transmisión de enfermedades infecciosas en relaciones sexuales sin protección (Brugal *et al.*, 2009). En un estudio realizado en los Estados Unidos se ha demostrado que cerca del 5 % de los consumidores de cocaína pueden desarrollar dependencia de esa droga en el primer año de su consumo, aunque no más del 20 % la desarrollan a largo plazo (Wagner y Anthony, 2002).

Los estudios realizados en países con altos niveles de consumo indican que una proporción importante de los problemas cardiacos que se dan en personas jóvenes podrían estar relacionados con el consumo de cocaína

⁽⁸⁹⁾ Véase el recuadro «Muertes causadas por la cocaína» en el capítulo 7.

(Qureshi *et al.*, 2001). En esos países, dicho consumo parece estar también relacionado con una buena parte de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas; por ejemplo, el 32 % en los Países Bajos y más del 50 % en España y los Estados Unidos. En un estudio reciente realizado en España en 720 jóvenes de 18 a 20 años de edad que eran consumidores habituales de cocaína, pero no de heroína, se calculó que el 27 % había sufrido alguna vez una intoxicación aguda por cocaína durante el último año; el 35 % de ellos presentaban síntomas de psicosis (alucinaciones o delirio) y más del 50 %, dolor torácico (Santos *et al.*, en imprenta).

El consumo de cocaína por vía parenteral y el de *crack* se asocian a los riesgos sanitarios más altos, entre ellos problemas cardiovasculares y de salud mental. Tales riesgos se agravan generalmente con la marginación social y algunos otros problemas específicos, como los propios del consumo por vía parenteral: transmisión de enfermedades infecciosas y sobredosis (OEDT, 2007c).

En conjunto, la carga sanitaria asociada al consumo de cocaína en Europa es considerable y probablemente lo sea cada vez más, aunque todavía no se haya identificado y reconocido en su totalidad. Recientemente se ha sugerido también una posible relación entre el consumo de cocaína y los crímenes violentos en el sector del ocio nocturno (Measham y Moore, 2009).

Consumo problemático de cocaína y demanda de tratamiento

Los consumidores habituales de cocaína, los que la consumen durante largos periodos y los que se inyectan esta sustancia son definidos por el OEDT como consumidores problemáticos de cocaína. Las estimaciones del tamaño de ese colectivo proporcionan una aproximación del número de personas que podrían necesitar tratamiento. No obstante, los consumidores problemáticos de cocaína integrados en la sociedad no están debidamente representados en esas estimaciones, aunque puedan necesitar también tratamiento.

Únicamente Italia ha facilitado estimaciones nacionales del consumo problemático de cocaína, aunque en el Reino Unido (Inglaterra) se dispone de estimaciones del consumo regional y de *crack*. En Italia, el número de consumidores problemáticos de cocaína se estimó en cerca de 172 000 (entre 4,2 y 4,6 por cada 1 000 personas de 15 a 64 años de edad) en 2008 ⁽⁹⁰⁾. Los datos sobre tendencias en el consumo problemático de cocaína y otras fuentes indican un aumento gradual del consumo de cocaína en ese país.

Levamisol como adulterante de la cocaína

Los adulterantes o «agentes de corte» son sustancias que se añaden intencionadamente a las drogas, sobre todo a las formulaciones en polvo, para aumentar su valor en el mercado y el beneficio económico obtenido con su venta. Se distinguen de las impurezas en que éstas son pequeñas cantidades de sustancias no deseadas que se incorporan durante el proceso de síntesis (King, 2009).

La cocaína, debido a su gran valor económico, puede cortarse varias veces con una o más sustancias. Para ello se utilizan diluyentes inertes (como azúcares y almidón) que aumentan su volumen. Se utilizan también adulterantes farmacológicamente activos para potenciar o simular los efectos de la droga o para mejorar su aspecto. Dentro de esta categoría están los analgésicos (como el paracetamol), los anestésicos locales (como la lidocaína), los antihistamínicos (como la hidroxizina), el diltiazem y la atropina (Meijers, 2007).

En los Estados Unidos y Europa se ha detectado el uso de levamisol (l-tetramisol) como adulterante de la cocaína desde 2004. El levamisol se utiliza como agente antiparasitario en la medicina veterinaria y anteriormente se utilizaba en la medicina humana como inmunoestimulante. Cuando se utiliza durante mucho tiempo y en altas dosis, puede causar efectos adversos, el más alarmante de los cuales es la agranulocitosis ⁽¹⁾.

El levamisol no se identifica en los análisis de rutina que se hacen a la cocaína incautada y rara vez se cuantifica. No obstante, la información disponible indica un aumento tanto de la proporción de muestras de cocaína adulteradas con levamisol, como de la concentración de levamisol en la droga. En consecuencia, el sistema europeo de alerta temprana (véase el capítulo 8) ha emitido una alerta e iniciado la recogida de datos adicionales. Según se informó en una alerta salud pública en los Estados Unidos, más del 70 % de la cocaína incautada en 2009 contenía levamisol ⁽²⁾ y a finales de ese año se habían notificado en ese país 20 casos confirmados o probables de agranulocitosis (con dos muertes). No obstante, el número de esos casos en comparación con el número de consumidores de cocaína sigue siendo muy pequeño.

⁽¹⁾ La agranulocitosis es una enfermedad hematológica que puede causar infecciones de rápida evolución y potencialmente mortales.

⁽²⁾ Comunicado de prensa del SAMHSA.

El consumo de *crack* es muy poco habitual entre los consumidores de cocaína que están socialmente integrados, y es más típico en grupos marginados y desfavorecidos, como los trabajadores sexuales y los consumidores problemáticos de opiáceos. En algunos países se ha referido su consumo en algunas minorías étnicas (como en Francia, Países Bajos, Reino Unido). Se concentra principalmente en algunas ciudades europeas (Prinzleve *et al.*, 2004; Connolly y col., 2008). La mayor

⁽⁹⁰⁾ Véase tabla PDU-102 (parte i) en el boletín estadístico de 2010.

parte de la demanda de tratamiento relacionado con el consumo de *crack* y la mayor parte de las incautaciones de esta droga en Europa se localizan en el Reino Unido. El consumo de *crack* se considera un importante componente del problema de las drogas en Londres. Las estimaciones del consumo problemático de *crack* en Inglaterra durante el periodo 2006/2007 oscilan entre 1,4 y 17,0 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad, situándose la media nacional en 5,2-5,6 casos por cada 1 000 habitantes ⁽⁹¹⁾. Se estima que más de dos tercios de los consumidores problemáticos de *crack* lo son también de opiáceos.

En los países con niveles más altos de prevalencia, el consumo de cocaína en forma de polvo o *crack* es frecuente entre los consumidores de opiáceos que inician un tratamiento de sustitución (sobre todo en España, Italia, Países Bajos y Reino Unido). El consumo de cocaína y alcohol están también correlacionados en los pacientes que inician un tratamiento de sustitución.

Demanda de tratamiento

Cerca del 17 % de todos los pacientes que reciben tratamiento por drogodependencia mencionaron la cocaína, sobre todo en forma de polvo, como la principal razón para someterse a tratamiento en 2008, lo que corresponde a cerca de 70 000 casos notificados en 27 países europeos. Entre los que iniciaron un tratamiento por primera vez fue mayor la proporción que mencionó la cocaína como droga principalmente consumida (24 %).

Existen marcadas diferencias entre unos países y otros en cuanto a la proporción y el número de pacientes que consumen cocaína como droga principal. Las cifras más altas corresponden a España (46 %), Países Bajos (33 %) e Italia (28 %). En Bélgica, Irlanda, Chipre, Luxemburgo y Reino Unido, los consumidores de cocaína representan entre el 11 % y el 15 % de todos los pacientes que inician un tratamiento de drogodependencia. En el resto de Europa, los consumidores de cocaína representan menos del 10 % de los pacientes que inician un tratamiento de ese tipo, y ocho países refieren un porcentaje inferior al 1 % ⁽⁹²⁾.

El número de pacientes que inician tratamiento principalmente por consumo de cocaína ha aumentado en Europa en los últimos años, aunque la tendencia general se ve muy afectada por lo que sucede en algunos países como España, Italia, Países Bajos y Reino Unido. Teniendo en cuenta los datos facilitados por

17 países, el número de consumidores de cocaína que iniciaron tratamiento aumentó de unos 37 000 en 2003 a 52 000 en 2008, mientras que su proporción aumentó del 17 % al 19 % de todos los pacientes que iniciaron ese tipo de tratamiento. Entre los pacientes tratados por primera vez, el número de consumidores de cocaína aumentó de unos 18 000 a 28 000 y su proporción, del 22 % al 27 % (cifras basadas en 18 países). En los países con las cifras más altas de consumidores de cocaína que iniciaron un tratamiento, a partir de 2005 se aprecia una situación estable o una tendencia a la baja en el número y la proporción de nuevos pacientes que citan la cocaína como la principal droga consumida en España, Italia y Países Bajos, mientras que en el Reino Unido esa proporción ha aumentado ⁽⁹³⁾.

Perfil de los consumidores de cocaína que reciben tratamiento

Casi todos los consumidores de cocaína reciben tratamiento en régimen ambulatorio, aunque algunos son atendidos en clínicas privadas y estos casi nunca se reflejan en el actual sistema de recogida de datos.

La proporción de varones y mujeres entre los consumidores de cocaína que inician tratamiento es de las más altas (cinco varones por cada mujer) y su edad media es también de las más altas (alrededor de 32 años). Ello es especialmente así en algunos países que refieren cifras altas de consumo de cocaína como droga principal, especialmente en Italia, donde la proporción entre varones y mujeres es de 6:1 y la edad media alcanza los 34 años. Los pacientes que consumen cocaína como droga principal declaran una edad mayor en el momento de iniciar dicho consumo (22,3 años, 87 % antes de los 30 años de edad) en comparación con los consumidores de otras sustancias como droga principal, y el intervalo medio transcurrido entre el inicio del consumo de cocaína y el inicio del primer tratamiento es de unos nueve años.

La mayoría de los pacientes que reciben tratamiento por consumo de cocaína esnifan (63 %) o fuman (31 %) la droga, y menos del 3 % la consumen por vía parenteral ⁽⁹⁴⁾. Casi la mitad de ellos han consumido la droga entre una y seis veces a la semana en el mes anterior al inicio del tratamiento, el 26 % la han consumido diariamente y el 25 % no la han consumido durante ese periodo ⁽⁹⁵⁾. Un análisis de los datos sobre el tratamiento facilitados por 14 países en 2006 reveló cerca de un 63 % de policonsumo de drogas entre los pacientes que iniciaban tratamiento por adicción

⁽⁹¹⁾ Véase tabla PDU-103 (parte ii) en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁹²⁾ Véase el gráfico TDI-2 y tablas TDI-5 (parte i) y (parte ii) y TDI-24 en el boletín estadístico de 2010; los datos de España se refieren a 2007.

⁽⁹³⁾ Véanse los gráficos TDI-1 y TDI-3 en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁹⁴⁾ Véase tabla TDI-17 (parte iv) en el boletín estadístico de 2010.

⁽⁹⁵⁾ Véase tabla TDI-18 (parte ii) en el boletín estadístico de 2010.

a la cocaína. Entre ellos, el 42 % también consumía alcohol, el 28 % cannabis y el 16 % heroína. La cocaína se menciona también como droga secundaria en el 32 % de los pacientes tratados en régimen ambulatorio, especialmente entre los consumidores de heroína como droga principal (OEDT, 2009d).

En 2008, unos 10 000 pacientes iniciaron tratamiento en régimen ambulatorio por consumo de *crack* como droga principal, lo que representa el 16 % de todos los pacientes consumidores de cocaína y el 3 % de todos los pacientes que iniciaron un tratamiento de su drogodependencia en régimen ambulatorio. La mayoría de los pacientes consumidores de *crack* (unos 7 500) se concentran en el Reino Unido, donde representan el 42 % de los pacientes que reciben tratamiento por consumo de cocaína y el 5,6 % de los que reciben tratamiento por consumo de cualquier droga. En los Países Bajos, los consumidores de *crack* constituyen también una parte importante de todos los pacientes que iniciaron tratamiento de su drogodependencia en 2008 ⁽⁹⁶⁾.

En general, dentro del colectivo de los consumidores de cocaína que reciben tratamiento pueden identificarse dos grandes grupos: personas socialmente integradas que consumen cocaína en polvo; y un grupo más marginado de pacientes que consumen cocaína, a menudo en forma de *crack*, en combinación con opiáceos. El primer grupo normalmente esnifa la droga y a veces la consume en combinación con otras sustancias, como alcohol o cannabis, pero no con opiáceos. Algunos de los integrantes de este grupo son derivados a tratamiento por el sistema judicial penal. El segundo grupo suele consumir drogas por vía parenteral, consume tanto cocaína como opiáceos, a veces fuma *crack* y se encuentra en una situación médica y social precaria. En este grupo, en el que están antiguos consumidores de heroína que vuelven a recibir tratamiento por consumo de cocaína, no siempre es fácil identificar la droga principal consumida (NTA, 2010) ⁽⁹⁷⁾.

Tratamiento y reducción de daños

Administración de tratamiento

En Europa, el tratamiento de la dependencia de la cocaína o el *crack* suele administrarse en centros especializados y en régimen ambulatorio. Al no existir actualmente ninguna farmacoterapia eficaz, los pacientes tratados por consumo de cocaína reciben

apoyo psicosocial en forma de asesoramiento y terapias cognitivo-conductuales. Algunos países han establecido directrices para el tratamiento de los problemas relacionados con la cocaína (como en Alemania o el Reino Unido). Las directrices del Reino Unido recomiendan, dependiendo de las necesidades de cada paciente, entre tres y veinte sesiones de terapia con las que se intenta resolver la ambivalencia frente al cambio, mejorar el reconocimiento y el control de los impulsos que llevan a consumir cocaína, reducir el daño causado por la cocaína y prevenir las recaídas (NTA; 2006).

La farmacoterapia se utiliza generalmente en Europa para aliviar los síntomas de dependencia de la cocaína, sobre todo la ansiedad. Un estudio cualitativo que ha investigado las prácticas actuales del tratamiento de la adicción a la cocaína en Francia ha concluido que, a pesar de disponerse de pruebas limitadas sobre su eficacia, se prescriben medicamentos específicos, como el metilfenidato, el modafinilo o el topiramato, para reducir la ansiedad o como tratamiento de sustitución (Escots y Suderie, 2009).

La mayoría de los servicios públicos de tratamiento de toxicomanías en Europa se orientan a las necesidades de los consumidores de opiáceos, y los consumidores de cocaína en polvo que están socialmente integrados pueden mostrarse reacios a acudir a ellos para recibir tratamiento debido al estigma percibido. Por eso mismo, en Dinamarca, Irlanda, Italia y Austria se han introducido programas específicos dirigidos a esa población. Un rasgo común de todos ellos es que están abiertos fuera de las horas normales de atención al público para adaptarse a los compromisos laborales de los pacientes y garantizarles la máxima discreción.

Dos estudios recientes han investigado la eficacia del tratamiento psicosocial prestado a los consumidores de cocaína en polvo (NTA; 2010) y de *crack* (Marsden *et al.*, 2009) en centros de tratamiento británicos. En ambos se compararon los cambios en el consumo de drogas antes y después de recibir tratamiento durante seis meses (o antes en caso de recibir el alta). En el primer estudio, el 61 % de los consumidores de cocaína en polvo (1 864 de 3 075) habían dejado de consumir la droga y otro 11 % había reducido considerablemente su consumo. En el segundo estudio, el 52 % de los consumidores de *crack* (3 941 de 7 636) dejaron de consumirlo después de seis meses de tratamiento. Un resultado menos positivo fue la menor eficacia del tratamiento de sustitución de opiáceos en los consumidores de heroína y *crack* que en los que

⁽⁹⁶⁾ Desde 2008, los Países Bajos consideran que los consumidores de cocaína que indican el «tabaco» como principal vía de administración son consumidores de *crack*. Eso explica el marcado aumento respecto a las cifras declaradas en años anteriores. Puede que en otros países exista también una identificación insuficiente de los consumidores de *crack*.

⁽⁹⁷⁾ Véanse tablas TDI-10, TDI-11 (parte iii), TDI-21 y TDI-103 (parte ii) en el boletín estadístico de 2010.

solo consumían heroína. Estos resultados confirman los efectos negativos del consumo simultáneo de cocaína o *crack* en los resultados del tratamiento de sustitución, y ponen de relieve la necesidad de formular estrategias nuevas para tratar la dependencia combinada de heroína y cocaína o *crack-cocaína*.

Estudios recientes sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína

Hasta la fecha, se han evaluado más de 50 medicamentos distintos para el tratamiento de la dependencia de la cocaína. Ninguno de ellos se ha mostrado claramente eficaz, y ni la Agencia Europea de Medicamentos, ni la *Food and Drug Administration* de Estados Unidos han aprobado todavía un medicamento para el tratamiento de la dependencia de la cocaína (Kleber *et al.*, 2007). No obstante, se han registrado y se están realizando más de 100 ensayos clínicos aleatorizados para probar sustancias nuevas, a veces en combinación con intervenciones psicológicas.

El uso de disulfiram, una sustancia que interfiere con el metabolismo del alcohol, se ha asociado a un menor consumo de cocaína en pacientes que también eran alcohólicos. Esa disminución del consumo se atribuyó a la menor desinhibición producida por el alcohol y el deterioro de la capacidad de juicio. Estudios recientes han demostrado también un efecto directo del disulfiram en el metabolismo de la cocaína. Sin embargo, la escasa calidad de los datos ha llevado a sugerir a los médicos la

necesidad de sopesar los posibles beneficios frente a los posibles efectos adversos del disulfiram (Pani *et al.*, 2010).

El uso de una serie de antiepilépticos se ha evaluado en 15 estudios realizados en 1 066 pacientes (Minozzi *et al.*, 2009). Esos medicamentos no fueron significativamente mejores que el placebo para conseguir que los pacientes mantuvieran el tratamiento, al reducir el número y tipo de efectos secundarios o el consumo de cocaína. Siete estudios realizados en 293 pacientes evaluaron el uso de antipsicóticos (Amato *et al.*, 2009). Todos ellos fueron en general demasiado pequeños como para confirmar los posibles efectos, pero los resultados obtenidos no justifican el uso de ninguno de ellos para el tratamiento de la dependencia de la cocaína.

Entre los pacientes que iniciaron un tratamiento de sustitución de opiáceos, se observó que el uso de bupropión, dextroanfetamina o modafinilo se asociaba a tasas más altas de abstinencia a largo plazo de cocaína que las conseguidas con placebo (Castells *et al.*, 2010).

Entre las intervenciones no farmacológicas, algunas intervenciones psicosociales consiguieron resultados positivos a la hora de reducir las tasas de abandono, disminuir el consumo de cocaína y mejorar la asistencia del paciente al centro, sobre todo cuando se combinó con un contrato de contingencias que utiliza vales (Knapp *et al.*, 2007). Algunos estudios en curso están investigando también los efectos de intervenciones basadas en incentivos, a veces en combinación con terapia conductual e intervenciones farmacológicas. Por último, el tratamiento con acupuntura auricular no ha conseguido resultados dignos de mención (Gates *et al.*, 2006).

Vacuna contra la cocaína

La primera vacuna contra la cocaína se probó a principios de la década de 1990 en estudios realizados en animales. Tras su administración, induce la formación de anticuerpos que se unen a las moléculas de cocaína presentes en la sangre y, de esa forma, permite que las enzimas naturalmente presentes en el organismo la conviertan en una molécula inactiva.

El primer estudio controlado y aleatorizado de la vacuna se realizó en los Estados Unidos en 115 sujetos que estaban recibiendo tratamiento de sustitución con opiáceos. Se observó que los sujetos que recibían la vacuna y conseguían un nivel suficiente de anticuerpos se abstenían del consumo de cocaína. No obstante, solo cuatro de cada diez (38 %) consumidores de opiáceos vacunados alcanzaban un nivel de anticuerpos suficiente como para inactivar las moléculas de cocaína durante dos meses (Martell *et al.*, 2009). En otro estudio realizado posteriormente en diez varones consumidores de cocaína que fumaban la droga, habían desarrollado dependencia y no recibían tratamiento para su drogodependencia, se obtuvieron resultados similares.

Reducción de daños

Las intervenciones de reducción de daños dirigidas a los consumidores problemáticos de *crack* y cocaína constituyen un ámbito nuevo de trabajo en muchos Estados miembros. Uno de los motivos de la limitada oferta de intervenciones en este ámbito, especialmente para los consumidores de *crack*, podría deberse al desconocimiento que existe entre los trabajadores especializados sobre esta droga, las personas que la consumen y sus necesidades. Una revisión reciente de las intervenciones de reducción de daños dirigidas a los consumidores de estimulantes concluyó que se había prestado más atención a la especificación de los daños causados por la cocaína que a las intervenciones dirigidas a mitigarlos (Grund *et al.*, 2010).

Los Estados miembros suelen ofrecer a los consumidores de cocaína por vía parenteral los mismos servicios e instalaciones que ofrecen a los consumidores de

opiáceos, donde reciben recomendaciones para un consumo seguro, formación para un uso seguro de la vía parenteral y programas de intercambio de agujas y jeringuillas. Aún así, el consumo de cocaína por vía parenteral puede asociarse a un aumento del riesgo asociado al uso compartido de agujas y jeringuillas, así como a una utilización más frecuente de la vía parenteral, que puede causar un colapso venoso y punciones en partes del cuerpo más susceptibles de resultar dañadas (como piernas, manos, pies e ingles). Por consiguiente, las recomendaciones relativas a un consumo más seguro deberían adaptarse para tener en cuenta esos riesgos específicos y deberían abandonarse también las políticas de intercambio de jeringuillas de una en una. La frecuencia con que se utiliza la vía parenteral hace necesario el suministro de material estéril sin restricciones

a esos consumidores (van Beek *et al.*, 2001). En países como España o Francia se suministran pipas esterilizadas para el consumo de *crack* en algunos centros de bajo umbral.

Las intervenciones de reducción de daños dirigidas a los consumidores de cocaína en polvo en entornos recreativos se centran sobre todo en la sensibilización. Los programas ofrecen a los jóvenes consejos e información sobre los riesgos vinculados al consumo de alcohol y drogas en general, y normalmente distribuyen material informativo sobre los riesgos del consumo de cocaína. En general, aparte de esa labor informativa, apenas existen intervenciones de reducción de daños dirigidas a ese grupo de consumidores, que constituye la gran mayoría de consumidores de cocaína en Europa.

Capítulo 6

Consumo de opiáceos y drogas por vía parenteral

Introducción

El consumo de heroína, especialmente por vía parenteral, se ha asociado estrechamente a problemas sanitarios y sociales en Europa desde la década de 1970. En la actualidad, sigue siendo la causa de la mayor tasa de morbilidad y mortalidad relacionadas con el consumo de drogas en la Unión Europea. En los últimos años de la década de 1990 se observó una disminución de consumo de heroína y los problemas asociados al mismo, aunque datos más recientes indican que, en algunos países, esa tendencia podría haber cambiado de sentido. Por otra parte, los datos sobre el consumo de opiáceos sintéticos, como el fentanilo, y de drogas estimulantes por vía parenteral, como cocaína o anfetaminas, reflejan la naturaleza cada vez más polifacética del problema de las drogas en Europa.

Suministro y disponibilidad

En el mercado europeo de las drogas ilegales han circulado desde siempre dos tipos de heroína importada: la más común es la heroína marrón (en forma de base química), que procede en su mayor parte de Afganistán, y la menos común y más cara es la heroína blanca (en forma de sal), que procede generalmente del sureste asiático y constituye una variedad mucho menos frecuente. Algunos opiáceos, principalmente productos caseros elaborados con adormidera (como paja o concentrado de tallos o cabezas molidas de adormidera) se producen también en algunos países de Europa oriental (como Letonia y Lituania).

Producción y tráfico

La heroína consumida en Europa procede sobre todo de Afganistán, que sigue siendo el principal productor mundial de opio ilegal. Otros países productores son Myanmar, que abastece de heroína principalmente a los mercados de Asia oriental y suroriental, Pakistán y Laos, seguidos de México y Colombia, estos últimos considerados los mayores suministradores de heroína a los Estados Unidos (ONUDD, 2009). Se estima que la

producción mundial de opio ha disminuido tras el máximo alcanzado en 2007, principalmente debido a la menor producción afgana, que ha pasado de 8 200 toneladas a 6 900 toneladas en 2009. La estimación más reciente de la producción mundial de heroína es de 657 toneladas, habiéndose reducido respecto a unos niveles estimados de 750 toneladas en 2007 y 2008 (ONUDD, 2010b).

La heroína se introduce en Europa a través de dos rutas principales. La histórica ruta balcánica introduce la heroína producida en Afganistán a través de Pakistán, Irán y Turquía, hasta alcanzar otros países de tránsito o su destino final (Albania, Hungría, Bulgaria, República Checa, Antigua República de Yugoslavia, Rumanía, Eslovaquia,

Tabla 9: Producción, incautaciones, precio y pureza de la heroína	
Producción e incautaciones	Heroína
Estimación de la producción mundial (en toneladas)	657
Cantidad incautada a escala mundial (en toneladas)	
Heroína	75
Morfina	17
Cantidad incautada (en toneladas)	
UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	8 (24)
Número de incautaciones	
UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	54 400 (56 600)
Precio y pureza en Europa ⁽¹⁾	
Precio medio de venta al por menor (euros por gramo)	
Rango (Rango intercuartil) ⁽²⁾	25-133 (33-80)
Pureza media (%)	
Rango	7-43
⁽¹⁾ Son pocos los países que publican datos sobre el precio al por menor y la pureza de la heroína blanca, por lo que esos datos no se presentan en tabla. Pueden consultarse en tablas PPP-2 y PPP-6 del boletín estadístico de 2010.	
⁽²⁾ Rango que se refiere a la mitad de los valores de la serie que ocupan el lugar central de los precios medios o la pureza notificados.	
N.B.: Datos correspondientes a 2008, a excepción de la estimación de la producción mundial potencial (2009).	
Fuente: ONUDD (2010b) para los valores mundiales, Puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos.	

Austria e Italia). La heroína se introduce en Europa también a través de la «ruta de la seda» que atraviesa Asia central y Rusia para llegar a Belarús, Polonia y Ucrania y, desde allí, alcanzar, entre otros, los países escandinavos a través de Lituania (JIFE, 2010b). Dentro de la Unión Europea, los Países Bajos y, en menor medida, Bélgica, desempeñan un papel importante como centros de distribución secundarios.

Incautaciones

Las incautaciones de opio notificadas a escala mundial aumentaron de forma significativa en 2007 y 2008, de 510 a 657 toneladas (gráfico 9). Irán representó más del 80 % del total y Afganistán, cerca del 7 %. Las incautaciones mundiales de heroína aumentaron hasta las 75 toneladas en 2008, mientras que las de morfina se redujeron a 17 toneladas (ONUDD, 2010b).

En Europa, se incautaron de 23,6 toneladas de heroína en las 56 600 operaciones que se estima realizaron en 2008. El Reino Unido siguió registrando el mayor número de incautaciones, y Turquía refirió de nuevo las mayores cantidades incautadas, con 15,5 toneladas en 2008 ⁽⁹⁸⁾. Los datos correspondientes al periodo 2003-2008 en los 26 países que han facilitado información indican que el número de incautaciones ha aumentado desde 2003.

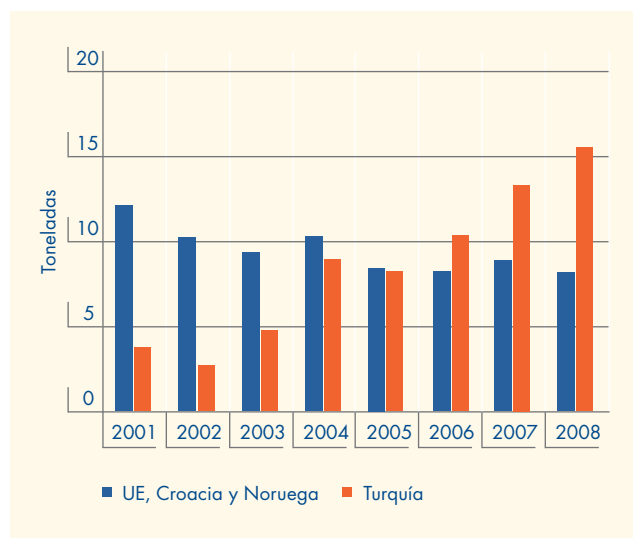
La tendencia general en la cantidad de heroína incautada en Turquía difiere de la observada en la Unión Europea (gráfico 9). Mientras Turquía notificó un aumento que triplicaba la cantidad de heroína incautada entre 2003 y 2008, en la Unión Europea disminuyó ligeramente durante ese periodo, sobre todo por las reducciones notificadas en Italia y Reino Unido, los dos países que incautaron las cantidades mayores en la Unión Europea ⁽⁹⁹⁾.

Las incautaciones mundiales de anhídrido acético (utilizado en la producción de heroína) aumentaron de 57 300 litros en 2007 a 199 300 litros en 2008, con las cantidades mayores incautadas en Eslovenia (86 100 litros) y en Hungría (63 600 litros). La JIFE ha instado a la Comisión Europea y a los Estados miembros de la UE a interceptar la salida de anhídrido acético del mercado interior (JIFE, 2010a).

Pureza y precio

En 2008, la pureza media de la heroína marrón variaba entre el 15 % y el 30 % en la mayoría de los países que facilitaron esa información, aunque se notificaron valores inferiores en Francia (11 %), Austria (sólo venta al por

Gráfico 9: Cantidades estimadas de heroína incautada en la Unión Europea, Croacia y Noruega, y en Turquía



N.B.: La cantidad total de heroína incautada se basa en los datos de todos los países que facilitan esa información al OEDT (27 Estados miembros de la UE, Croacia, Turquía y Noruega). Los datos que faltaban se han extrapolado de los datos de años anteriores.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

menor, 11 %) y Turquía (sólo venta al por menor, 7 %) y superiores en Bulgaria (31 %), Portugal (32 %), Rumanía (43 %) y Noruega (31 %). Entre 2003 y 2008, la pureza de la heroína marrón aumentó en ocho países, mientras que en otros cuatro se mantuvo estable o disminuyó. Por lo general, la pureza media de la heroína blanca es mayor (30-50 %) en los pocos países europeos que han facilitado datos ⁽¹⁰⁰⁾.

El precio al por menor de la heroína marrón siguió siendo mayor en los países nórdicos que en el resto de Europa, con un precio medio de 133 euros por gramo declarado en Suecia y de 107 euros en Dinamarca. En otros ocho países que facilitaron esa información, el precio al por menor de la heroína marrón osciló entre 25 euros y 80 euros por gramo. Durante el periodo 2003-2008, aumentó en cinco de los nueve países europeos que facilitaron tendencias en el tiempo y disminuyó en cuatro. En los pocos países que facilitaron información, el precio al por menor de la heroína blanca osciló entre 24 euros y 213 euros por gramo en 2008.

Estimaciones de prevalencia del consumo problemático de opiáceos

La información contenida en este apartado se basa en el indicador del consumo problemático de drogas (CPD) del OEDT, que refleja principalmente el consumo por vía

⁽⁹⁸⁾ Véanse tablas SZR-7 y SZR-8 en el boletín estadístico de 2010. Téngase en cuenta que cuando no se dispone de datos de 2008, se utilizan los datos correspondientes a 2007 para estimar los totales.

⁽⁹⁹⁾ Se trata de un análisis preliminar, ya que aún no se dispone de los datos del Reino Unido en 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Puede encontrarse más información sobre la pureza y los precios en tablas PPP-2 y PPP-6 en el boletín estadístico de 2010.

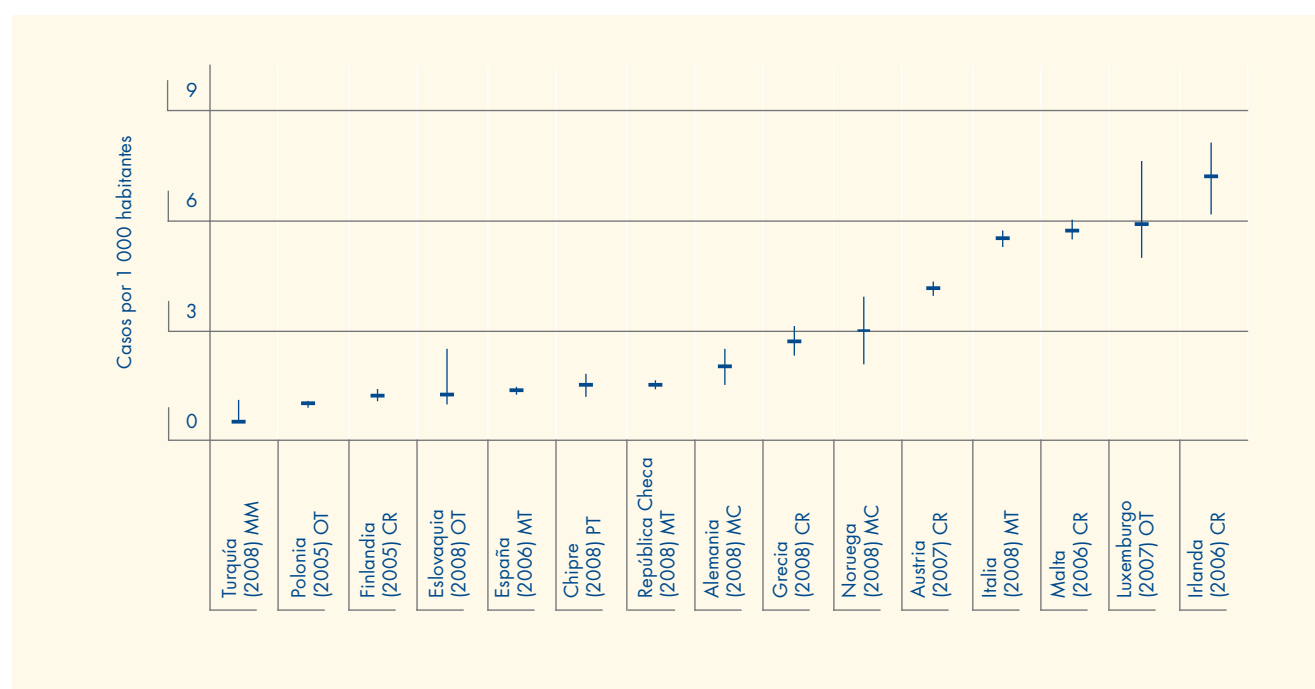
parenteral y el consumo de opiáceos, aunque en algunos países los consumidores de anfetaminas o cocaína constituyen también un componente importante. Dada la prevalencia relativamente reducida y la naturaleza oculta de este tipo de consumo de droga, hay que hacer extrapolaciones estadísticas para obtener estimaciones de prevalencia a partir de las fuentes de datos disponibles (principalmente datos sobre el tratamiento de toxicomanías y sobre el cumplimiento de la legislación). La mayoría de los países han realizado estimaciones específicas de los «consumidores problemáticos de opiáceos», pero no hay que olvidar que el policonsumo de drogas y las prevalencias suelen ser mucho mayores en las zonas urbanas y entre los grupos socialmente marginados.

Las estimaciones de prevalencia del consumo problemático de opiáceos en los países europeos durante el periodo 2003-2008 varían entre uno y ocho casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad (gráfico 10); la prevalencia total se sitúa entre

dos y diez casos por cada 1 000 habitantes. Los países que han notificado las estimaciones más altas y mejor documentadas del consumo problemático de opiáceos son Irlanda, Malta, Italia y Luxemburgo, y las más bajas, República Checa, Chipre, Letonia, Polonia y Finlandia (tanto la República Checa como Finlandia refieren estimaciones elevadas de consumo problemático de anfetaminas). Sólo Turquía ha facilitado cifras inferiores a 1 caso por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad.

La prevalencia media del consumo problemático de opiáceos en la Unión Europea y Noruega varía entre 3,6 y 4,4 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad, lo que significa 1,35 millones de consumidores problemáticos de opiáceos (1,2-1,5 millones) en 2008 ⁽¹⁰⁾. Esa estimación incluye también a los consumidores que reciben tratamiento de sustitución, pero en ella podrían estar infrarrepresentados los reclusos, especialmente los que cumplen sentencias más largas.

Gráfico 10: Estimaciones de la prevalencia anual del consumo problemático de opiáceos (en la población de 15 a 64 años de edad)



N.B.: Una marca horizontal indica una estimación de punto; la marca vertical indica una estimación del intervalo de incertidumbre: un intervalo de confianza del 95 % o un intervalo basado en un análisis de sensibilidad. Los grupos destinatarios pueden variar ligeramente debido a la utilización de métodos de estimación y fuentes de datos diferentes, por lo que las comparaciones deben realizarse con cautela. Se utilizaron franjas de edad no normalizadas en los estudios de Finlandia (15-54), Malta (12-64) y Polonia (todas las edades). Las tres tasas se ajustaron a la población de 15 a 64 años de edad. En el caso de Alemania, el intervalo representa los valores máximo y mínimo de todas las estimaciones realizadas, y la estimación de punto, una media sencilla de los puntos medios. Los métodos de estimación se representan con las siguientes siglas: CR = captura-recaptura de datos; MT = multiplicador de tratamiento; MM = multiplicador de mortalidad; MC = métodos combinados; PT = Poisson truncado; OT = otros métodos. Para más información, véase el gráfico PDU-1 (parte ii) y tabla PDU-102 en el boletín estadístico de 2010.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

⁽¹⁰⁾ Esta estimación se ha ajustado de 1,4 a 1,35 millones sobre la base de nuevos datos. Debido a los amplios intervalos de confianza y al hecho de que las estimaciones se basan en datos de diferentes años, no se puede concluir que la prevalencia de consumo problemático de opiáceos haya disminuido en Europa.

Consumidores de opiáceos en tratamiento

Los opiáceos siguieron citándose como principal droga consumida por la mayoría (53 %) de los pacientes que iniciaron tratamiento especializado por consumo de drogas en 2008 en Europa, mientras que la heroína lo fue por el 48 % ⁽¹⁰²⁾. No obstante, en Europa existen considerables diferencias en la proporción de consumidores de drogas que inician tratamiento por problemas relacionados con las mismas; representan más del 90 % en Bulgaria, Estonia, Eslovenia, entre el 50 y el 90 % en otros 15 países, y entre el 10 y el 49 % en nueve países ⁽¹⁰³⁾. Además de los cerca de 200 000 nuevos pacientes que iniciaron tratamiento y que mencionaron los opiáceos como droga principal consumida en 2008, 47 000 consumidores de otras drogas citaron los opiáceos como droga secundaria ⁽¹⁰⁴⁾.

Muchos consumidores de opiáceos participan en programas que ofrecen tratamientos de larga duración, en concreto tratamientos de sustitución. Eso significa una mayor proporción de consumo de opiáceos como droga principal entre los consumidores de drogas que llevan años en tratamiento por drogodependencia. En un análisis reciente de los datos de ese tipo de pacientes en nueve países se llegó a la conclusión de que los consumidores de opiáceos como droga principal representaban el 61 % del total, pero solo al 38 % de los que se sometían a tratamiento por primera vez ⁽¹⁰⁵⁾.

Tendencias en el consumo problemático de opiáceos

Las tendencias temporales en la incidencia y prevalencia del consumo problemático de opiáceos son difíciles de analizar debido a que el número de estimaciones repetidas es limitado y a que la incertidumbre en torno a las estimaciones individuales es elevada. La información procedente de ocho países que han repetido sus estimaciones de la prevalencia durante el periodo 2003-2008 indica, sin embargo, una situación relativamente estable. El aparente incremento observado en Austria hasta 2005 no se ha visto confirmado por la estimación más reciente, que está ahora por debajo del nivel de 2003. Irlanda refirió un aumento entre 2001 y 2006, menos marcado en Dublín (21 %) que fuera de la capital (164 %) ⁽¹⁰⁶⁾.

Aunque en algunos casos no se disponga de estimaciones adecuadas y actualizadas de la incidencia y prevalencia del consumo problemático de opiáceos, se pueden analizar las tendencias a lo largo del tiempo utilizando otros indicadores, principalmente indirectos, como la demanda de tratamiento. Partiendo de una muestra obtenida en 19 países, el número total de consumidores de heroína como droga principal que iniciaron tratamiento y el número de los que iniciaron tratamiento por primera vez aumentaron entre 2003 y 2008 ⁽¹⁰⁷⁾. Cuando se considera un periodo más reciente, el número de consumidores de opiáceos como droga principal que iniciaron tratamiento aumentó en 11 países entre 2007 y 2008. Entre los que iniciaron tratamiento por primera vez, la tendencia general al alza se estabilizó en 2008, si bien seis países siguieron comunicando cifras al alza ⁽¹⁰⁸⁾.

Los datos sobre las muertes provocadas por el consumo de drogas en 2008, principalmente asociadas al consumo de opiáceos, no indican para nada que se haya vuelto a la tendencia a la baja observada hasta 2003 (véase el capítulo 7). Entre 2007 y 2008, más de la mitad de los países que facilitaron datos registraron un número cada vez mayor de muertes asociadas al consumo de drogas ⁽¹⁰⁹⁾. El número de incautaciones de heroína en Europa ha aumentado también desde 2003, si bien las cantidades incautadas han disminuido en la Unión Europea. El cambio de una tendencia a la baja a una tendencia al alza en los delitos relacionados con la heroína que se había identificado el año pasado se ha vuelto a confirmar, con incrementos durante el periodo 2003-2008 en la mayoría de los países europeos que han facilitado datos suficientes.

El sistema francés «TREND», que utiliza datos tanto cualitativos como cuantitativos, ha advertido del consumo de heroína y medicamentos opiáceos en colectivos nuevos, entre los que se encuentran personas socialmente integradas y público que acude a festivales «tecno». En otros estudios cualitativos (Eisenbach-Stangl *et al.*, 2009) se ha encontrado también una pequeña proporción de consumidores de heroína en las muestras analizadas de personas socialmente integradas. En estos grupos puede haber consumidores experimentales y personas capaces

⁽¹⁰²⁾ Véanse el gráfico TDI-2 (parte ii) y tablas TDI-5 y TDI-113 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁰³⁾ Véase tabla TDI-5 (parte ii) en el boletín estadístico de 2010 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁰⁴⁾ Véase tabla TDI-22 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁰⁵⁾ Véase tabla TDI-38 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁰⁶⁾ Puede encontrarse información completa sobre los estudios, incluidos los intervalos de confianza, en tablas PDU-6 (parte ii) y PDU-102 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁰⁷⁾ Véanse los gráficos TDI-1 y TDI-3 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁰⁸⁾ La variación en el tiempo puede deberse, en parte, a cambios en la cobertura de los datos o la disponibilidad de tratamiento, y las tendencias mundiales pueden verse muy afectadas por Italia y el Reino Unido, que son los dos países con las cifras más altas de consumidores de heroína que inician tratamiento por primera vez.

Véanse tablas TDI-3 y TDI-5 de los boletines estadísticos de 2009 y 2010.

⁽¹⁰⁹⁾ Véase tabla DRD-2 (parte i) en el boletín estadístico de 2010.

de controlar su consumo de droga (Shewan y Dalgarno, 2005; Warburton *et al.*, 2005).

Los datos disponibles indican que la tendencia a la baja en los indicadores del consumo de opiáceos observada hasta 2003 se ha estabilizado. Esa estabilización se ha hecho tal vez visible con mayor claridad a partir de 2003 en los datos sobre las incautaciones y las muertes provocadas por las drogas, y a partir de 2004 en los datos relativos a la nueva demanda de tratamiento relacionado con el consumo de heroína. Los anteriores cambios han coincidido con un aumento de la producción de opio en Afganistán hasta 2007, lo cual es motivo de preocupación y lleva a pensar si ambas cosas no estarán vinculadas entre sí por un aumento de la disponibilidad de heroína en el mercado europeo.

Consumo problemático de opiáceos y consumo de drogas por vía parenteral en países vecinos de la Unión Europea

Entre todos los países vecinos de la Unión Europea, Rusia es el que tiene la mayor población de consumidores de opiáceos, con unas estimaciones que varían entre 1,5 millones y 6,0 millones de consumidores (ONUDD, 2005). En un estudio reciente basado en un método multiplicador de tratamiento —uno de los métodos recomendado por el OEDT— se estimó en 1,68 millones el número de consumidores problemáticos de opiáceos, lo que equivale a 16 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad (ONUDD, 2009). El Servicio Federal Ruso de Control de Estupefacientes estima que 10 000 consumidores de heroína fallecen por sobredosis todos los años (JIFE, 2010b). La segunda mayor población de consumidores de opiáceos a las fronteras de la Unión Europea se encuentra probablemente en Ucrania, donde se estima que hay entre 323 000 y 423 000 consumidores de opiáceos, lo que equivale a 10-13 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad (ONUDD, 2009). La ONUDD ha sido informada también de un aumento del consumo de opiáceos en 2008 en Albania, Belarús y Moldova.

En 2007 se estimó que podría haber 1 825 000 consumidores de drogas por vía parenteral (17,8 por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años) en Rusia y 375 000 (11,6 por 1 000) en Ucrania, con cerca del 40 % de positividad para el VIH en los dos países (Mathers *et al.*, 2008). La tasa de nuevos infectados por el VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral es mucho mayor en Rusia (79 por millón en 2006) y en Ucrania (153 por millón en 2006) que en otros países y regiones del mundo, como Australia, Canadá, la Unión Europea y Estados Unidos (Wiessing *et al.*, 2009).

Consumo de drogas por vía parenteral

Los consumidores de drogas por vía parenteral se cuentan entre los colectivos con mayor riesgo de sufrir problemas de salud causados por dicho consumo, como infecciones transmitidas por la sangre (como VIH/sida, hepatitis) o sobredosis. En la mayoría de los países europeos, la vía parenteral suele asociarse al consumo de opiáceos, aunque en algunos casos se asocia al consumo de anfetaminas. Sólo 14 países han podido facilitar estimaciones recientes de los niveles de consumo de drogas por vía parenteral ⁽¹¹⁰⁾, a pesar de la importancia que tiene esta cuestión para la salud pública. La obtención de más información sobre este colectivo especial sigue siendo un importante reto para los sistemas de vigilancia sanitaria en Europa.

Las estimaciones facilitadas indican grandes diferencias de un país a otro en la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral, que varía entre menos de 1-5 casos por cada 1 000 personas de 15 a 64 años en la mayoría de los países, aunque Estonia, por ejemplo, refiere una cifra excepcionalmente alta de 15 casos por cada 1 000 habitantes. Cuando este último país se excluye por considerarse un valor atípico, la media ponderada es de aproximadamente 2,6 consumidores por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad ⁽¹¹¹⁾. La extrapolación de ese valor al conjunto de la Unión Europea arroja entre 750 000 y un millón de consumidores activos de drogas por vía parenteral. El número de consumidores de drogas que han utilizado en algún momento del pasado la vía parenteral probablemente sea mayor (Sweeting *et al.*, 2008), pero se desconoce cuál es en la mayoría de los países.

Los consumidores de opiáceos que inician un tratamiento especializado por drogodependencia suelen mencionar la vía parenteral como el medio de administración habitual. Así ocurre en más del 50 % de los consumidores de opiáceos que iniciaron tratamiento en 16 países, en entre el 25 % y el 50 % en seis países y en menos del 25 % en otros cinco países. Las proporciones más baja de consumidores de opiáceos por vía parenteral que iniciaron tratamiento correspondieron a los Países Bajos (5 %) y España (19 %), y las más altas, a Lituania (99 %), Rumanía (95 %), Estonia (91 %) y Eslovaquia (86 %) ⁽¹¹²⁾.

La falta de datos y los amplios intervalos de confianza obtenidos en torno a los valores estimados hacen difícil que puedan extraerse conclusiones sobre las tendencias a lo largo del tiempo en la prevalencia del consumo de

⁽¹¹⁰⁾ Véase el gráfico PDU-2 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹¹¹⁾ La media ponderada es de 0,26 %, con un intervalo de incertidumbre (medias ponderadas de los límites inferiores y superiores de los valores nacionales estimados) de entre el 0,23 % y el 0,30 %, lo que resulta en una estimación de 886 606 (788 778 - 1 040 852) para 2008. Esta estimación tiene que considerarse con precaución, ya que se basa en los datos disponibles de solo 12 de los 27 Estados miembros de la UE y Noruega.

⁽¹¹²⁾ Véase tabla TDI-5 en el boletín estadístico de 2010.

drogas por vía parenteral. Los datos disponibles indican, no obstante, una situación estable en la República Checa, Grecia, Chipre y Noruega ⁽¹¹³⁾. En el Reino Unido se produjo, entre los años 2004 y 2006, un descenso estadísticamente significativo. Entre los consumidores de heroína que inician tratamiento, la proporción de los que utilizan la vía parenteral se ha reducido globalmente en los últimos años y esas disminuciones han sido estadísticamente significativas entre 2002 y 2007 en 13 países. Sólo tres países (Bulgaria, Lituania y Eslovaquia) han referido incrementos durante ese periodo ⁽¹¹⁴⁾. La proporción de los que utilizan la vía parenteral es también ligeramente menor entre los consumidores de opiáceos que inician un tratamiento por primera vez (38 %) que entre todos los consumidores de opiáceos que inician tratamiento (42 %). Así ocurre en 20 de los 23 países que han facilitado datos. En otro informe publicado por el OEDT puede encontrarse un análisis más detallado de la prevalencia y las tendencias del consumo de drogas por vía parenteral (OEDT, 2010c).

Tratamiento del consumo problemático de opiáceos

La información recogida por el indicador de la demanda de tratamiento del OEDT puede utilizarse para describir las características de un grupo importante de los consumidores de drogas que inician tratamiento y, más concretamente, de los que acuden a servicios especializados de tratamiento de toxicomanías durante el año.

Los pacientes que inician un tratamiento ambulatorio por consumo de opiáceos como droga principal tienen una edad media de 34 años, siendo en general más jóvenes las mujeres y los que reciben su primer tratamiento ⁽¹¹⁵⁾. Casi todos los países refieren, desde 2003, un aumento de la edad media de los consumidores de opiáceos en tratamiento. La proporción entre varones y mujeres en los pacientes que reciben tratamiento ambulatorio por consumo de opiáceos es de 3,5:1, si bien la proporción de mujeres es mayor en los países septentrionales (como Finlandia y Suecia) y menor en los países meridionales (como España, Grecia e Italia) ⁽¹¹⁶⁾.

Los consumidores de opiáceos que inician un tratamiento presentan tasas más altas de desempleo, niveles más bajos de educación y cifras más altas de trastornos psiquiátricos que los consumidores de otras drogas como sustancia principal ⁽¹¹⁷⁾. Casi todos los consumidores

Consumo de opiáceos por vía no parenteral

Tras la estabilización o disminución del consumo de opiáceos por vía parenteral en algunos países europeos, se ha prestado una mayor atención a otras vías de administración, como la inhalación de la sustancia con vapor caliente o su esnifado en forma de polvo. En pocos países se ha estimado el número de consumidores de opiáceos por vía no parenteral y solo Noruega ha facilitado una cifra reciente. En 2008, se estimó que la inhalación era la única vía de administración de la droga en 1 450 consumidores de heroína, lo que suponía cerca del 15 % de todos los consumidores de heroína en Noruega. Los datos sobre consumidores que acuden a servicios especializados de tratamiento de drogodependencias confirman la existencia de grupos considerables de consumidores que fuman o esnifan la droga dentro de esa población de consumidores de opiáceos en algunos países. Por ejemplo, la inhalación fue la principal vía de administración mencionada por el 50-75 % de los consumidores de opiáceos como droga principal que iniciaron tratamiento en Bélgica, Irlanda, España, Países Bajos y el Reino Unido. El esnifado fue también la principal vía de administración mencionada por casi un tercio de los consumidores de opiáceos en Austria y por casi la mitad de ellos en Grecia y Francia ⁽¹⁾.

La elección de la vía de administración depende de varios factores, como su eficiencia, la presión del entorno social, la preocupación por los efectos en la salud (Bravo *et al.*, 2003) y el tipo de opiáceo consumido. Por ejemplo, la heroína marrón más extendida (en forma de base química), procedente en su mayoría de Afganistán, se fuma o esnifa casi siempre. La heroína blanca (en forma de sal), que generalmente procede del Sudeste Asiático, puede esnifarse fácilmente por la nariz en forma de polvo; también se puede disolver en agua fría sin aditivos e inyectarse, pero rara vez se fuma o inhala porque esas vías de administración son muy poco eficientes en su caso. Los medicamentos utilizados en sustitución de los opiáceos suelen presentarse en forma líquida más que en comprimidos, o contienen aditivos que reducen o modifican los efectos de la droga cuando se inyecta.

(1) Véase tabla TDI-17 (parte ii) en el boletín estadístico de 2010.

de opiáceos que inician tratamiento reconocen haber empezado a consumir drogas antes de los 30 años de edad y casi la mitad, antes de los 20 años. El lapso de tiempo que transcurre entre la primera vez que se consumen opiáceos y el primer contacto que se tiene con un tratamiento por consumo de drogas es, por término medio, de unos diez años ⁽¹¹⁸⁾.

⁽¹¹³⁾ Véase tabla PDU-6 (parte iii) en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹¹⁴⁾ Véase tabla PDU-104 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹¹⁵⁾ Véanse tablas TDI-10, TDI-32 y TDI-103 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹¹⁶⁾ Véanse tablas TDI-5 y TDI-21 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹¹⁷⁾ Véase también el capítulo 2.

⁽¹¹⁸⁾ Véanse tablas TDI-11, TDI-33, TDI-107 y TDI-109 en el boletín estadístico de 2010.

Oferta de tratamiento y cobertura

La mayoría de los tratamientos dirigidos a los consumidores de opiáceos se administran en entornos ambulatorios que pueden ser centros especializados, consultas de medicina general o centros de bajo umbral (véase el capítulo 2). Los centros en régimen de ingreso también desempeñan un papel importante en los sistemas de tratamiento de las drogodependencias en algunos países, concretamente en Bulgaria, Finlandia, Grecia, Letonia, Polonia, Rumanía y Suecia ⁽¹¹⁹⁾. El abanico de opciones disponibles en Europa para el tratamiento de la dependencia de opiáceos es amplio y cada vez más diferenciado, aunque varía geográficamente en su accesibilidad y cobertura. En todos los Estados miembros de la UE, así como en Croacia y Noruega, se ofrecen tratamientos sin droga y tratamientos de sustitución de opiáceos. En Turquía, se está realizando en la actualidad un estudio sobre la administración de tratamiento de sustitución.

Los tratamientos sin droga constituyen un enfoque terapéutico que generalmente precisa que el paciente que se abstenga de consumir cualquier tipo de sustancia, incluso la medicación de sustitución. Los pacientes participan en actividades de la vida diaria y reciben apoyo psicológico intensivo. Los tratamientos sin droga pueden administrarse tanto en centros ambulatorios como en régimen de ingreso, pero los más frecuentes en los Estados miembros de la UE son los programas en régimen de ingreso que aplican principios de terapia en la comunidad o el modelo de Minnesota. En Francia y la República Checa se están evaluando los resultados de sus comunidades terapéuticas y las conclusiones se darán a conocer en 2010. Según el plan de acción francés, la disponibilidad de esta modalidad de tratamiento se ampliará en el futuro. Las comunidades terapéuticas son el tipo más frecuente de tratamiento por drogadicción que se ofrece en Polonia. No obstante, por razones económicas y por los cambios en los perfiles de los pacientes, parece ser que se está produciendo un acortamiento gradual de la duración de los programas de tratamiento. Por último, Croacia y Portugal han establecido recientemente directrices para sus comunidades terapéuticas.

Los tratamientos de sustitución, generalmente integrados en la atención psicosocial, suelen administrarse en centros ambulatorios especializados. En 13 países existe también la posibilidad de que sean los médicos de familia quienes administren esos tratamientos, generalmente en el marco de programas de atención compartida con

centros terapéuticos especializados. Los médicos de familia pueden conseguir mejores resultados que los centros especializados en el seguimiento del tratamiento, las tasas de abstinencia y el consumo simultáneo de otras drogas. Así se ha constatado en un estudio naturalista que ha durado 12 meses y se ha realizado en Alemania en 2 694 pacientes que estaban recibiendo tratamiento de sustitución (Wittchen *et al.*, 2008). Otros estudios han demostrado que la administración de tratamiento de sustitución en centros de atención primaria no solo es factible, sino que puede ser eficaz con relación al coste (Gossop *et al.*, 2003; Hutchinson *et al.*, 2000).

El número total de consumidores de opiáceos que reciben tratamiento de sustitución en la Unión Europea, Croacia y Noruega sigue aumentando, estimándose en 670 000 pacientes en 2008, frente a 650 000 en 2007 ⁽¹²⁰⁾ y cerca de 500 000 en 2003. El número de consumidores ha aumentado ligeramente en algunos países de Europa central y oriental, pero los países que ingresaron en la Unión Europea después de 2004 siguen representando cerca del 2 % del número total de pacientes que reciben tratamiento de sustitución de opiáceos en la Unión Europea ⁽¹²¹⁾.

La comparación del número de pacientes que reciben tratamiento de sustitución en la Unión Europea con el número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos indica una tasa de cobertura del tratamiento cercana al 50 %. No obstante, esa cobertura varía considerablemente de un país a otro, habiéndose declarado tasas inferiores al 40 % en siete de los 14 países en los que se ha estimado esa cifra, cuatro de ellos con una cobertura inferior al 10 % (ver el gráfico 11). No obstante, se estima que dos de cada tres consumidores problemáticos de opiáceos en la Unión Europea viven en países con una elevada cobertura del tratamiento de sustitución ⁽¹²²⁾.

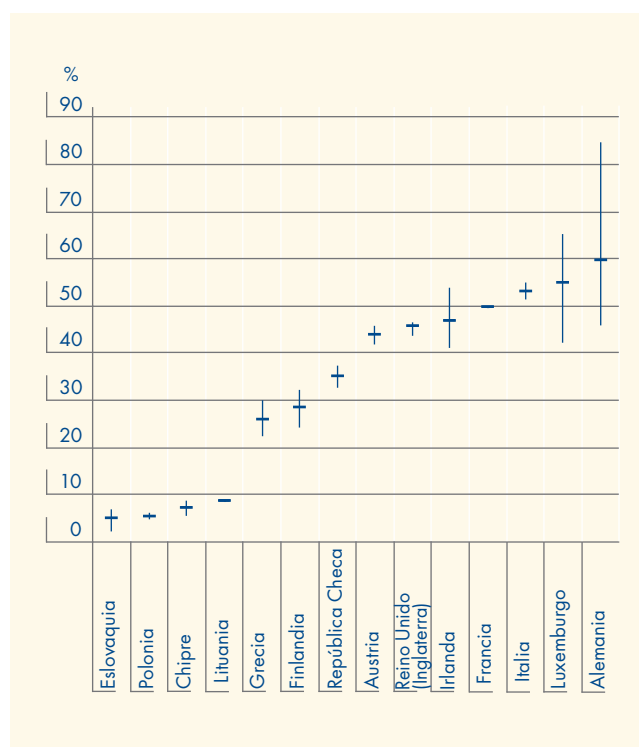
La metadona es el fármaco utilizado con la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento de sustitución en Europa (70-75 %), pero el número de países en los que esa es la única opción disponible está disminuyendo. La buprenorfina en dosis altas está ya disponible en todos los Estados miembros de la UE menos en cuatro (Bulgaria, España, Hungría y Polonia) y se utiliza en el 20-25 % de todos los tratamientos de sustitución administrados en Europa y en más del 50 % en la República Checa, Francia, Chipre, Letonia, Suecia y Croacia. En Francia, un país en el que ha predominado siempre el uso de buprenorfina, ahora se administra

⁽¹¹⁹⁾ Véase tabla TDI-24 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹²⁰⁾ Véase tabla HSR-3 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹²¹⁾ Véase el gráfico HSR-2 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹²²⁾ Estas estimaciones deben considerarse con precaución, ya que sigue habiendo falta de precisión en las series de datos.

Gráfico 11: Proporción estimada de consumidores problemáticos de opiáceos que reciben tratamiento de sustitución

N.B.: Para más información, véase el gráfico HSR-1 en el boletín estadístico de 2010.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

metadona a una proporción cada vez mayor de pacientes en tratamiento de sustitución. La combinación de buprenorfina y naloxona, autorizada por la Agencia Europea de Medicamentos en 2006, se ha introducido ya en 14 países. Otras alternativas, que representan un porcentaje pequeño de todos los tratamientos de sustitución, son la morfina de liberación lenta (Bulgaria, Austria, Eslovenia), la codeína (Alemania, Chipre, Austria) y la diacetilmorfina (heroína). La administración de heroína se ha establecido ya como alternativa terapéutica en Alemania, Dinamarca y Países Bajos; también existe en España y Reino Unido y se están preparando proyectos piloto en Bélgica y Luxemburgo.

Acceso a tratamiento

La legislación relativa a la disponibilidad y administración de tratamientos de sustitución de opiáceos es fundamental para determinar su accesibilidad. Los marcos jurídicos vigentes permiten que todos los médicos generalistas (Alemania, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Francia, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, República Checa y Croacia), o los que han recibido una formación o acreditación específicas (Alemania, Austria, Eslovenia, Irlanda, Luxemburgo, Noruega), puedan prescribir una

o más sustancias de sustitución. En otros países (Bulgaria, España, Estonia, Grecia, Finlandia, Hungría, Lituania, Polonia, Rumanía, Eslovaquia, Suecia), solo los centros médicos especializados pueden administrar tratamientos de sustitución.

En la mayoría de los países europeos, la medicación de sustitución puede ser dispensada por médicos generales, farmacias o unidades médicas móviles. Por el contrario, en Bulgaria, Estonia, Grecia, Lituania, Polonia y Eslovaquia, los centros médicos especializados son los únicos que pueden administrar esa medicación. Todas las farmacias en Letonia y todos los médicos de atención primaria en la República Checa pueden prescribir ya buprenorfina en dosis altas. En Rumanía, Hungría y Finlandia, las farmacias tienen derecho a dispensar la combinación de buprenorfina y naloxona. No obstante, parece ser que, al ser una medicación que está disponible desde hace poco y es muy cara en Hungría y Rumanía, solo la reciben un pequeño número de pacientes en esos dos países.

Recientemente se ha recogido información sobre el coste de la medicación de sustitución de opiáceos para los propios pacientes. En los 26 países que han facilitado información, 17 indicaron que la medicación (casi siempre metadona) se administra sin coste alguno para el paciente, salvo que el proveedor sanitario sea privado. En Bélgica y Luxemburgo, el paciente tiene que pagar una parte de los costes de la medicación solo cuando se la haya prescrito un generalista. En la República Checa, Letonia, Portugal, Hungría y Finlandia, el tratamiento con metadona es gratuito, pero el paciente tiene que pagar una parte o la totalidad del tratamiento con buprenorfina o con la combinación de buprenorfina y naloxona. En Letonia, por ejemplo, el coste mensual en el caso de la dosis diaria de 8 mg de buprenorfina es de unos 250 euros. La metadona es generalmente más barata que otros medicamentos de sustitución de eficacia similar, como la buprenorfina (OMS, 2009), lo que explica en parte que muchos seguros médicos nacionales prevean el reembolso completo de los gastos de la metadona con preferencia sobre los otros medicamentos de sustitución. Desde 2006 se dispone en Francia de versiones genéricas de la buprenorfina en dosis altas, que son más baratas y que ya se prescriben a unos 30 000 pacientes (el 30 % del total de pacientes tratados con buprenorfina).

La información sobre costes, administración de tratamiento de sustitución y dispensación de la medicación de sustitución indica la existencia de diferencias regionales en Europa. Los países del norte y el este de Europa suelen aplicar un modelo de acceso más focalizado y con un umbral más alto, mientras que en los países de Europa

occidental se ha implantado un modelo de acceso a través de centros de bajo umbral. Estas diferencias pueden deberse al uso de distintos modelos asistenciales, que en unos países dan prioridad al objetivo de la abstinencia y a las estrategias psicosociales, y en otros, a la estabilización y retención de los pacientes y a la reducción de daños.

Eficacia y calidad del tratamiento

El tratamiento de sustitución de opiáceos, cuando se combina con intervenciones psicosociales, resulta ser la opción terapéutica más eficaz para los consumidores de ese tipo de drogas. En comparación con un tratamiento de desintoxicación o con ningún tratamiento, los tratamientos con metadona o buprenorfina en dosis altas obtienen resultados significativamente mejores en lo que respecta al consumo de droga, las actividades delictivas, las conductas de riesgo y transmisión del VIH, las sobredosis y la mortalidad global, así como mejores tasas de retención en el tratamiento (OMS, 2009).

Los resultados de la retirada de opiáceos son generalmente pobres a largo plazo (Mattick *et al.*, 2009), pero pueden ayudar a los pacientes si son ellos los que toman la decisión informada de someterse a un tratamiento así. Los tratamientos de desintoxicación en régimen de ingreso o en régimen ambulatorio consisten en la administración de dosis decrecientes de metadona o buprenorfina (alternativas preferidas), o agonistas alfa-2. Las técnicas de retirada acelerada que utilizan

Informe «Insights» del OEDT sobre el tratamiento asistido con heroína

El tratamiento asistido con heroína se administra actualmente a unos 1 500 consumidores problemáticos crónicos de opiáceos en cinco Estados miembros de la UE. La mayoría de esos países, así como Suiza y Canadá, han realizado ensayos experimentales para evaluar los resultados de ese tipo de terapia. En 2011, con el apoyo de un equipo internacional de investigadores y médicos, el OEDT publicará un estudio sobre este tipo de tratamiento, en el que analizará las evidencias científicas obtenidas en los últimos años. En ese informe «Insights» se resumirán también el desarrollo, los aspectos operativos y las prácticas clínicas relacionadas con el tratamiento asistido con heroína, y se explicarán algunos de los retos que plantea su administración. Se establecerán además unas normas mínimas de calidad.

antagonistas de los opiáceos en combinación con una sedación intensa no se recomiendan por problemas de seguridad (Gowing *et al.*, 2010). Tras la retirada de los opiáceos, se debe aconsejar a los pacientes con la motivación suficiente para seguir absteniéndose del consumo de opiáceos que consideren la posibilidad de recibir naltrexona para prevenir las recaídas.

La combinación de buprenorfina y naloxona (comercializada con el nombre de Suboxone) se desarrolló para evitar el uso de buprenorfina por vía parenteral. No obstante, todavía se desconoce si ha logrado su objetivo (Bruce *et al.*, 2009; Simojoki *et al.*, 2008).

Capítulo 7

Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas

Introducción

El consumo de drogas puede tener toda una serie de consecuencias negativas, como accidentes, trastornos de salud mental, enfermedades pulmonares, problemas cardiovasculares, desempleo o carencia de hogar. Esas consecuencias son especialmente prevalentes entre los consumidores problemáticos de drogas, cuyo estado de salud general y cuya situación socioeconómica pueden ser mucho peores que los de la población general.

El consumo de opiáceos y el consumo de drogas por vía parenteral se asocian estrechamente a ese tipo de daños, sobre todo a sobredosis y a la transmisión de enfermedades infecciosas. El número de muertes por sobredosis que se han notificado en la Unión Europea (UE) en las últimas dos décadas equivale a casi una muerte por sobredosis cada hora. Las investigaciones realizadas indican también que, en los últimos veinte años, un elevado número de consumidores de drogas han muerto por otras causas, como el sida o el suicidio.

La reducción de la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el consumo de drogas ocupa un lugar central en las políticas europeas sobre drogas. Las actividades principales en este ámbito se canalizan a través de intervenciones dirigidas a los grupos de mayor riesgo y a las conductas directamente asociadas a daños relacionados con las drogas.

Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

Las enfermedades infecciosas como el VIH y las hepatitis B y C se encuentran entre las consecuencias más graves para la salud que pueden derivarse del consumo de drogas. Incluso en los países donde la prevalencia del VIH entre los consumidores de droga por vía parenteral es baja, otras enfermedades infecciosas como hepatitis A, B, C y D, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, tétanos, botulismo, carbunco y el virus linfotrópico

humano de células T, pueden afectar de manera desproporcionada a los consumidores de droga. El OEDT vigila sistemáticamente las infecciones por VIH y hepatitis B y C en ese colectivo ⁽¹²³⁾.

VIH y sida

A finales de 2008, la incidencia de diagnósticos nuevos de VIH entre los consumidores de droga por vía parenteral siguió siendo baja en la mayoría de los países de la Unión Europea, y la situación general de la UE es relativamente positiva si se compara con el resto del mundo (OEDT y OMS-Europa, 2009; Wiessing *et al.*, 2009). Eso puede deberse, al menos en parte, a la mayor oferta de medidas de prevención, tratamiento y reducción de daños, como los tratamientos de sustitución y los programas de recambio de agujas y jeringuillas (Wiessing *et al.*, 2009). También pueden haber intervenido otros factores, como la disminución del consumo de drogas por vía parenteral referida por algunos países. Sin embargo, en algunas partes de Europa los datos indican que la transmisión del virus del VIH vinculada al consumo de drogas por vía parenteral se mantuvo en unos niveles relativamente altos en 2008, lo que subraya la necesidad de garantizar la cobertura y la eficacia de las medidas locales de prevención.

Tendencias en la infección por VIH

Los datos sobre nuevos casos notificados con relación al consumo de drogas por vía parenteral en 2008 indican que las tasas de infección siguen bajando globalmente en la Unión Europea, tras el máximo alcanzado en 2001-2002 como consecuencia de una serie de brotes ocurridos en Estonia, Letonia y Lituania ⁽¹²⁴⁾. En 2008, la tasa general de nuevas infecciones notificadas entre los consumidores por vía parenteral en los 23 Estados miembros de la UE que facilitan datos nacionales fue de 2,6 casos por cada millón de habitantes, ligeramente por debajo de los 3,7 casos por cada millón de habitantes

⁽¹²³⁾ Para más información sobre métodos y definiciones, véase el boletín estadístico de 2010.

⁽¹²⁴⁾ Los procedimientos utilizados para la notificación de casos de infección por el VIH han cambiado en los últimos años y actualmente se dispone de datos por año de diagnóstico y no por año de notificación (ECDC y OMS-Europa, 2009). El resultado son cifras más bajas en algunos países que probablemente reflejen con más exactitud la incidencia real (por ejemplo, en Portugal). En otros casos, sin embargo, los retrasos en la notificación pueden haber ocasionado una infraestimación de la incidencia. Véase tabla INF-104 en el boletín estadístico de 2010.

notificados en 2007 ⁽¹²⁵⁾. De los cuatro países que refirieron las tasas más altas de nuevas infecciones notificadas (Estonia, Letonia, Lituania y Portugal), todos ellos mantuvieron una tendencia a la baja, apreciándose un marcado descenso en Estonia y Letonia (gráfico 12). En Estonia, se pasó de 86 casos por cada millón de habitantes en 2007 a 27 casos en 2008, y en Letonia, de 62 casos por cada millón de habitantes en 2007 a 44 casos en 2008.

En general, no se han observado tendencias significativas en los nuevos casos de infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral entre 2003 y 2008, y las tasas notificadas siguen siendo bajas. No obstante, en Bulgaria la tasa entre los consumidores por vía parenteral aumentó de 0,0 casos nuevos por cada millón de habitantes en 2003 a 6,8 en 2008, mientras que en Suecia se alcanzó un máximo de 6,7 casos en 2007, lo que sugiere que sigue existiendo la posibilidad de que se produzcan brotes de VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral.

Los datos de tendencias obtenidos con el seguimiento de la prevalencia del VIH en muestras de consumidores de drogas por vía parenteral son un importante complemento de los datos recabados a través de la notificación de casos de VIH. Durante el periodo 2003-2008, 24 países obtuvieron datos de prevalencia ⁽¹²⁶⁾. En 16 países, la prevalencia del VIH no registró cambios. En siete países (Bulgaria, España, Francia, Italia, Polonia, Portugal y Noruega), disminuyó en línea con las tendencias observadas en muestras nacionales de seis países y los datos de cinco ciudades en Francia. En tres países se notificaron incrementos regionales: en Bulgaria, en la ciudad de Sofía; en Italia, en dos de 21 regiones; y en Lituania, en la ciudad de Vilnius. No obstante, en esos tres países se ha observado una tendencia a la baja en el número de nuevos casos diagnosticados de infección por el VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral.

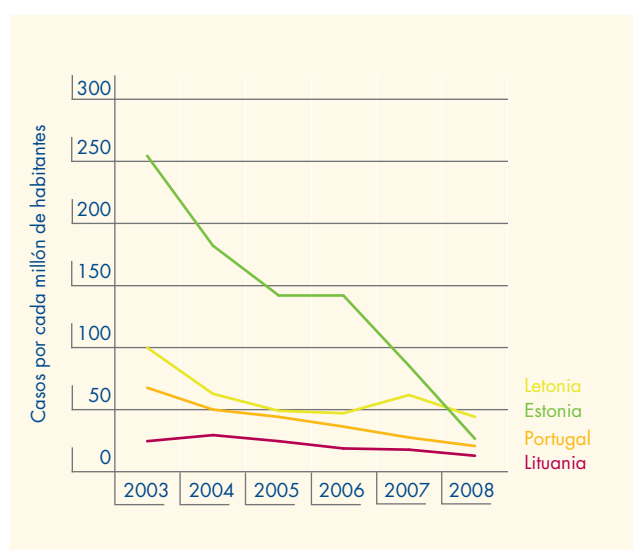
La comparación de tendencias en los nuevos casos notificados de infecciones vinculadas al consumo de droga por vía parenteral y en la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por esa vía, indica que la incidencia de infecciones por VIH relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral está disminuyendo en la mayoría de los países a escala nacional.

A pesar de unas marcadas tendencias a la baja, la tasa de nuevos diagnósticos de VIH notificados en 2008 en

relación con el consumo de drogas por vía parenteral sigue siendo alta en Letonia (44 casos por cada millón de habitantes), Estonia (27), Portugal (20,7) y Lituania (12,5), lo que indica que el virus sigue transmitiéndose entre los consumidores de drogas por vía parenteral en esos países.

Algunos países ofrecen información adicional sobre la transmisión del VIH en los últimos años, con niveles de prevalencia superiores al 5 % entre consumidores jóvenes por vía parenteral (muestras de 50 o más consumidores por vía parenteral menores de 25 años): Estonia (dos regiones, 2005), Francia (cinco ciudades, 2006), Letonia (una ciudad, 2007), Lituania (una ciudad, 2006) y Polonia (una ciudad, 2005) ⁽¹²⁷⁾. Aunque el pequeño tamaño de las muestras exige cierta cautela, los datos parecen indicar un aumento estadísticamente significativo de la prevalencia de VIH entre los consumidores jóvenes por vía parenteral entre 2003 y 2008 en Bélgica (Comunidad Flamenca) y Bulgaria, mientras que en Suecia y España se observan descensos. Los datos relativos a la prevalencia del VIH entre los consumidores nuevos por vía parenteral (desde hace menos de dos años) indican también un probable descenso en este grupo en Suecia ⁽¹²⁸⁾.

Gráfico 12: Tendencias en los nuevos casos de infecciones por VIH entre consumidores de drogas por vía parenteral notificados en cuatro Estados miembros de la UE que refieren elevadas tasas de infección



N.B.: Datos facilitados a finales de octubre de 2009.
Fuente: ECDC y OMS-Europa.

⁽¹²⁵⁾ No se dispone de datos nacionales sobre Dinamarca, España, Italia y Austria.

⁽¹²⁶⁾ Véase tabla INF-108 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹²⁷⁾ Véase tabla INF-109 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹²⁸⁾ Véase tabla INF-110 en el boletín estadístico de 2010.

Incidencia del sida y acceso a la terapia HAART

La información sobre la incidencia del sida, aunque no constituye un buen indicador de la transmisión del VIH, tiene relevancia a la hora de reflejar la aparición de enfermedades sintomáticas. Las elevadas tasas de incidencia del sida en algunos países europeos podrían indicar que muchos consumidores por vía parenteral infectados con el VIH no acceden a tratamiento antirretroviral de gran actividad en una fase lo suficientemente temprana de su infección como para obtener el máximo beneficio terapéutico. Una revisión reciente confirma que así podría estar ocurriendo en algunos países de la UE (Mathers *et al.*, 2010).

Estonia es el país con la mayor incidencia de sida vinculado al consumo de droga por vía parenteral, con aproximadamente 30,6 nuevos casos por cada millón de habitantes en 2008 frente a los 33,5 casos por cada millón registrados en 2007. También se han registrado cifras relativamente altas de incidencia de sida en Letonia, Lituania, Portugal y España, con 25,5, 10,7, 10,2 y 8,9 nuevos casos por cada millón de habitantes, respectivamente. Entre esos cuatro países, España y Portugal registran una tendencia a la baja, lo que no ocurre en Letonia ni en Lituania ⁽¹²⁹⁾.

Hepatitis B y C

Mientras que solo en algunos Estados miembros de la UE se registran altos niveles de prevalencia de infección por VIH, la hepatitis vírica y, sobre todo, la infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC), presentan una prevalencia mucho mayor entre los consumidores de drogas por vía parenteral en toda Europa. Los niveles de anticuerpos de VHC en las muestras nacionales de consumidores de drogas por vía parenteral en 2007-2008 varían entre el 12 % y el 85 %, aunque 8 de los 12 países han notificado niveles superiores al 40 % ⁽¹³⁰⁾. Tres países (Eslovenia, Hungría y República Checa) han notificado una prevalencia inferior al 25 %, pero esas tasas de infección siguen constituyendo un problema importante de salud pública.

Los niveles de prevalencia del VHC pueden variar considerablemente dentro de un mismo país, lo que refleja tanto las diferencias regionales como las características de la población de muestra. Por ejemplo, en Italia las estimaciones regionales varían entre un 31 % y un 87 % (gráfico 13).

Estudios recientes (2007-2008) indican que la prevalencia varía mucho entre los consumidores de drogas por vía

Brote de carbunco entre consumidores de heroína en el Reino Unido y Alemania

El carbunco es una enfermedad infecciosa aguda causada por la bacteria *Bacillus anthracis*. Afecta por lo general a animales salvajes y domésticos, y es endémica en algunos países fundamentalmente agrícolas, pero muy rara en Europa.

En diciembre de 2009, el Reino Unido emitió una alerta en la que informaba de un brote de carbunco entre consumidores de drogas por vía parenteral en Escocia. El 31 de mayo de 2010, se habían confirmado 42 casos, 13 de ellos mortales, en Escocia, otros tres casos (dos mortales) en Inglaterra y dos casos (uno mortal) en Alemania. La cepa de carbunco aislada en Alemania e Inglaterra no se podía distinguir de la encontrada en Escocia, lo que apuntaba claramente a una misma fuente infecciosa. Además, puesto que todos los casos declarados se habían producido en consumidores de heroína, el origen más probable era un lote contaminado de heroína. Aún así, no se pudo demostrar la presencia de esporas de carbunco en ninguna de las muestras de heroína analizadas en Escocia a finales de mayo de 2010.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) y el OEDT realizaron evaluaciones conjuntas del riesgo asociado a ese brote. Se publicaron informes periódicos de actualización e informes posteriores sobre muertes agrupadas de consumidores de drogas en otros países. Sin embargo, no se pudo establecer relación alguna con la infección por carbunco.

parenteral menores de 25 años y entre los que han iniciado ese consumo menos de dos años antes, lo que revela la existencia de diferentes niveles de incidencia del VHC en esos grupos de población en Europa ⁽¹³¹⁾. No obstante, los estudios indican también que muchos consumidores de drogas por vía parenteral contraen el virus al poco tiempo de empezar a usar esa vía, lo que indica que se dispone de poco margen de tiempo para adoptar medidas eficaces de prevención del VHC.

La prevalencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis B (VHB) varía también mucho, posiblemente debido en parte a diferencias en los niveles de vacunación, aunque podrían estar también implicados otros factores. La serie de datos más completa que existe sobre el VHB es la relativa al anticuerpo contra el antígeno core de la hepatitis B (anti-HBc), indicativo de que ha habido infección. En 2007-2008, cuatro de los nueve países que facilitaron datos sobre este virus entre los consumidores de drogas por vía parenteral indicaron

⁽¹²⁹⁾ Véase el gráfico INF-1 y tabla INF-104 (parte ii) en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹³⁰⁾ Véase tabla INF-111 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹³¹⁾ Véase el gráfico INF-6 (parte ii) y (parte iii) en el boletín estadístico de 2010.

unos niveles de prevalencia de anticuerpos anti-HBc superiores al 40 % ⁽¹³²⁾.

La prevalencia de VHC ha disminuido en nueve países y ha aumentado en otros tres, mientras que en cuatro países los datos indican ambos tipos de tendencias. Ahora bien, esta información debe interpretarse con cautela debido al pequeño tamaño de algunas de las muestras ⁽¹³³⁾. Los estudios realizados entre consumidores jóvenes (menores de 25 años) indican una prevalencia generalmente estable y algunas tendencias a la baja, aunque también un aumento en la región griega de Ática. Esa tendencia al alza ha sido confirmada por datos sobre los nuevos consumidores por vía parenteral (consumo iniciado hace menos de dos años) en Grecia, tanto en Ática como a escala nacional. Los datos relativos a los nuevos consumidores por vía parenteral indican un aumento también en Eslovenia, aunque los tamaños de muestra son reducidos, y tendencias a la baja en Portugal a escala nacional y en Suecia, en la ciudad de Estocolmo.

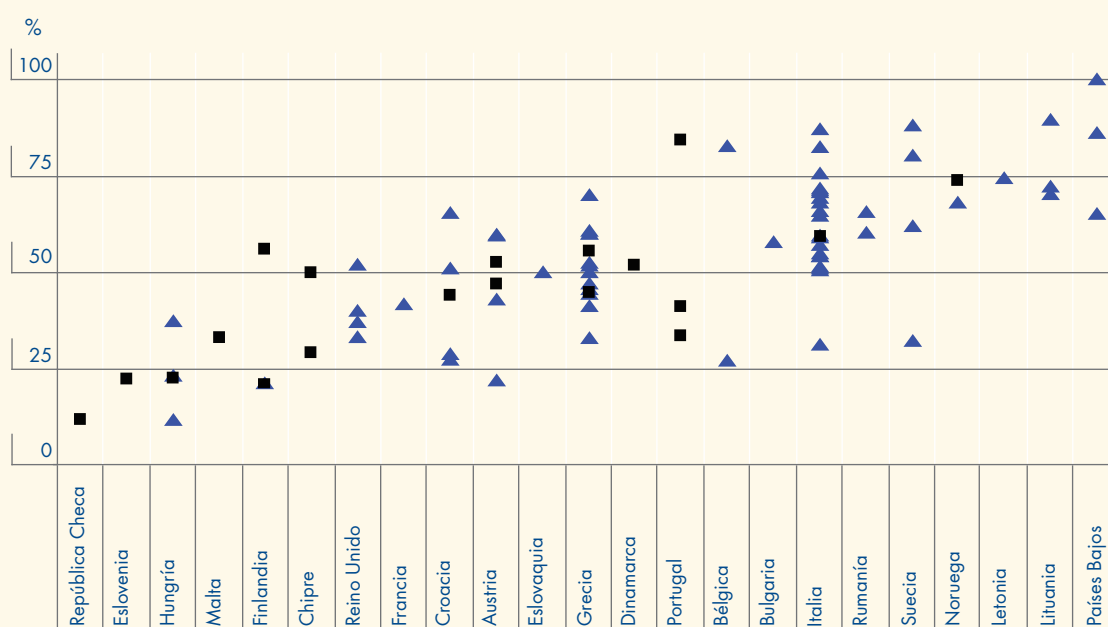
Las tendencias en cuanto al número de casos notificados de hepatitis B y C muestran panoramas distintos y difíciles

de interpretar, debido a la mala calidad de los datos. No obstante, se pueden extraer algunas conclusiones sobre la epidemiología de esas infecciones a partir de la proporción de consumidores por vía parenteral entre todos los casos notificados y cuyos factores de riesgo se conocen (Wiessing *et al.*, 2008). En relación con la hepatitis B, la proporción de consumidores por vía parenteral disminuyó entre 2003 y 2008 en ocho de 17 países. En relación con la hepatitis C, la proporción de consumidores por vía parenteral entre los casos notificados disminuyó en seis países entre 2003 y 2008, pero aumentó en otros tres (Malta, Reino Unido y República Checa) ⁽¹³⁴⁾.

Prevención y respuesta a las enfermedades infecciosas

La prevención de enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas es un importante objetivo de salud pública en la Unión Europea y un componente de las políticas sobre drogas en la mayoría de los

Gráfico 13: Prevalencia de anticuerpos anti-VHC entre consumidores de drogas por vía parenteral



N.B.: Datos correspondientes a los años 2007 y 2008. Los cuadrados negros indican muestras con cobertura nacional; los triángulos azules indican muestras con cobertura subnacional (local o regional). Las diferencias entre países deben interpretarse con precaución por las diferencias en los tipos de contextos y métodos de estudio; las estrategias nacionales de muestreo varían. Los países se ordenan por orden creciente de prevalencia, basándose en la media de datos nacionales o, si no se dispone de ellos, de datos subnacionales. Para más información, véase el gráfico INF-6 en el boletín estadístico de 2010.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

⁽¹³²⁾ Véase tabla INF-115 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹³³⁾ Véase tabla INF-111 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹³⁴⁾ Véanse tablas INF-105 e INF-106 en el boletín estadístico de 2010.

Estados miembros. Los países responden a la transmisión de enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas con una combinación de estrategias de tratamiento de la drogodependencia; suministro de jeringuillas y agujas estériles y actividades basadas en la comunidad local para ofrecer información, educación, pruebas e intervenciones conductuales, a menudo a través de centros de proximidad o de bajo umbral ⁽¹³⁵⁾. Los organismos de Naciones Unidas han promovido todas esas medidas, junto con el tratamiento antirretroviral y el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, como intervenciones básicas para el tratamiento preventivo del VIH y la atención prestada a los consumidores de drogas por vía parenteral (OMS, ONUDD y UNAIDS, 2009).

En Europa, la disponibilidad de tratamientos para drogodependencias y de medidas de reducción de daños ha aumentado considerablemente desde mediados de la década de 1990. Actualmente existen en todos los países, salvo en Turquía, programas de tratamiento de sustitución de opiáceos y de distribución de agujas y jeringuillas. Aunque la disponibilidad de estas intervenciones sigue siendo limitada en algunos países, se estima que uno de cada dos consumidores problemáticos de opiáceos en Europa podría estar recibiendo tratamiento de sustitución de opiáceos (ver el capítulo 6). En una revisión reciente (Kimber *et al.*, 2010) se concluye que ahora existen pruebas suficientes de que este tipo de tratamiento reduce la transmisión del VIH y las conductas de riesgo relacionadas con el consumo por vía parenteral según reconocen los propios consumidores, pero no ha podido demostrarse con la misma claridad que hayan disminuido los casos de transmisión de la hepatitis C. No obstante, en el estudio de una cohorte en Amsterdam se concluyó que la «participación plena» tanto en los programas de intercambio de agujas y jeringuillas como en los tratamientos de sustitución de opiáceos, se asociaban a una incidencia mucho menor de VIH y VHC entre los consumidores de opiáceos por vía parenteral (Van den Berg *et al.*, 2007). En otro estudio reciente de una cohorte en el Reino Unido se ha asociado el tratamiento de sustitución de opiáceos con reducciones estadísticamente significativas de la incidencia de VHC (Craine *et al.*, 2009).

Intervenciones

La prioridad mencionada con más frecuencia es el acceso a material de inyección estéril. Se dispone de datos sobre el suministro de agujas y jeringuillas a través de

programas especializados en 2007-2008 en todos los países, salvo en cuatro ⁽¹³⁶⁾. Esos datos indican que todos los años se distribuyen por esta vía cerca de 40 millones de jeringuillas, lo que equivale a 80 jeringuillas por consumidor de drogas por vía parenteral en los países que facilitan información al respecto.

El número medio de jeringuillas distribuidas al año por consumidor de drogas por vía parenteral se ha podido calcular para 13 países europeos (gráfico 14). En siete de ellos, el número medio de jeringuillas repartidas a través de programas especializados equivale a menos de 100 jeringuillas por consumidor de drogas por vía parenteral, en cinco países se repartieron 140 y 175 jeringuillas, y Noruega ha informado de la distribución de más de 320 jeringuillas a cada consumidor de drogas por vía parenteral ⁽¹³⁷⁾. En cuanto a la prevención del VIH, las agencias de Naciones Unidas consideran baja la distribución anual de 100 jeringuillas por consumidor y alta, la distribución de 200 jeringuillas por consumidor (OMS, ONUDD y UNAIDS, 2009).

En un estudio reciente sobre la relación entre coste y eficacia de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas en Australia, a través de los cuales se distribuyen 30 millones de jeringuillas cada año, se ha estimado en 32 000 los casos de infección por el VIH y en casi 100 000 los casos de hepatitis C que se han prevenido desde que se introdujeron esos programas en 2000 (Centro Nacional de Epidemiología e Investigación Clínica sobre el VIH, 2009).

Los nuevos datos correspondientes a 2008 facilitados por 14 países indican un aumento del suministro de jeringuillas a consumidores de drogas en Bélgica (Comunidad Flamenca), Estonia, Hungría, Reino Unido (Irlanda del Norte), República Checa y Croacia, con lo que se confirman las tendencias anteriores. En Lituania y Portugal se han registrado también aumentos, frente al descenso observado anteriormente. En Eslovaquia, Grecia y Rumanía se ha producido un descenso en comparación con 2007, y lo mismo ha sucedido en Luxemburgo y Polonia, donde ya se había observado el año anterior una tendencia a la baja. El programa en Chipre no ha sido utilizado por los consumidores de drogas.

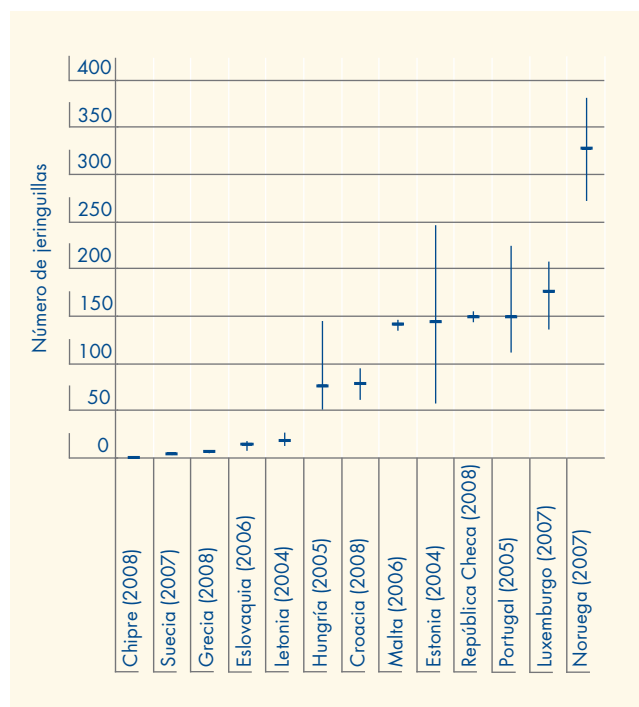
Cada vez es más frecuente que a través de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas en Europa se suministren otra serie de materiales relacionados con el consumo por vía parenteral (como recipientes para hacer mezclas) para evitar que se comparta su uso. Se

⁽¹³⁵⁾ Para más información sobre las prioridades nacionales y los niveles de prestación, véase tabla HSR-6 en el boletín estadístico de 2009.

⁽¹³⁶⁾ Véase tabla HSR-6 en el boletín estadístico de 2009 y tabla HSR-5 en el boletín estadístico de 2010. No se disponía de datos sobre el número de jeringuillas en Alemania, Dinamarca, Italia y Reino Unido en 2007/2008.

⁽¹³⁷⁾ Estas cifras no incluyen ventas en farmacias, que pueden representar una importante fuente de jeringuillas estériles para los consumidores de drogas en algunos países.

Gráfico 14: Distribución de jeringuillas a través de programas especializados, número de jeringuillas por consumidor de drogas por vía parenteral



N.B.: Basado en las estimaciones del consumo de drogas por vía parenteral en los años indicados y los datos más recientes disponibles sobre el número de jeringuillas distribuidas a través de programas especializados de distribución de agujas y jeringuillas (2006-2008). Para las notas y fuentes, véase el gráfico HSR-3 en el boletín estadístico de 2010.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

distribuyen también materiales utilizados con otras vías no parenterales de consumo de drogas, como pipas o papel de aluminio, en un intento de disuadir a los consumidores de que utilicen la vía parenteral. Otro ejemplo de este tipo de medidas se encuentra en la República Checa, donde organismos de bajo umbral han empezado a suministrar a los consumidores de metanfetamina por vía parenteral cápsulas de gelatina dura que pueden llenarse de esa droga e ingerirse.

Los países europeos describen otras tendencias recientes en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la hepatitis crónica. Entre ellas destaca la adopción de programas o planes de acción específicos, como en Dinamarca, Francia y Reino Unido (Inglaterra, Escocia e Irlanda del Norte). Algunas de esas intervenciones consisten en la distribución de materiales con información específica; la formación para un uso seguro de la vía parenteral dirigida a los consumidores nuevos y jóvenes, impartida por equipos de proximidad (como en Rumanía) o basada en la educación entre iguales (como en los centros penitenciarios de España y Luxemburgo); y el

acceso fácil y gratuito a asesoramiento y a pruebas diagnósticas. El Reino Unido refiere también el uso de contratos de contingencias para animar a los consumidores de drogas a hacerse pruebas. Otras de las medidas descritas se orientan al mantenimiento de unos niveles bajos de consumo por vía parenteral gracias a la retención del paciente en el tratamiento de la drogodependencia, la integración de los servicios para la hepatitis vírica en programas orientados a los consumidores de drogas y la revisión de las directrices terapéuticas para la HVC para mejorar el acceso a tratamiento (por ejemplo, República Checa). Algunos países han emprendido también iniciativas dirigidas a aumentar el conocimiento y la sensibilización respecto a la hepatitis vírica crónica entre los proveedores de atención médica, los servicios sociales (Austria) y el público general (Alemania, Irlanda y Países Bajos).

Muertes relacionadas con las drogas y mortalidad

El consumo de drogas es una de las principales causas de problemas de salud y de mortalidad entre los jóvenes europeos y puede representar una parte considerable de todas las muertes ocurridas en la población adulta. Los estudios han concluido que entre el 10 % y el 23 % de la mortalidad de la población de 15 a 49 años de edad puede atribuirse al consumo de opiáceos (Bargagli *et al.*, 2006; Bloor *et al.*, 2008).

La mortalidad relacionada con el consumo de drogas incluye las muertes causadas directa o indirectamente por dicho consumo. Se incluyen las muertes por sobredosis (muertes inducidas por drogas), el VIH/sida, los accidentes de tráfico, sobre todo cuando se combina el consumo de drogas y alcohol, la violencia, el suicidio y las enfermedades crónicas derivadas del consumo continuo (como problemas cardiovasculares entre los consumidores de cocaína) ⁽¹³⁸⁾.

Muertes inducidas por drogas

Según la información facilitada por los Estados miembros de la UE, Croacia, Noruega y Turquía, durante el periodo 1995-2007 se produjeron entre 6 400 y 8 500 muertes anuales inducidas por drogas. El Reino Unido y Alemania notificaron casi la mitad de todas esas muertes en 2007. Las tasas de mortalidad causadas por sobredosis varían mucho en los distintos países europeos y oscilan entre 2 y 85 muertes por cada millón de habitantes de 15 a 64 años de edad (una media de 21 muertes por cada millón de habitantes en Europa). Se han registrado tasas de más de 20 muertes por cada millón

⁽¹³⁸⁾ Véase «Mortalidad relacionada con las drogas: un concepto complejo», en el informe anual de 2008.

de habitantes en 14 de 28 países europeos y de más de 40 muertes por cada millón de habitantes en seis países. Entre la población europea de 15 a 39 años de edad, la sobredosis fue la causa del 4 % de todas las muertes ⁽¹³⁹⁾. Las regiones con una mayor prevalencia de consumo problemático de drogas pueden verse afectadas de manera desproporcionada. Por ejemplo, en 2008 el número de muertes inducidas por drogas en Escocia fue de 112,5 por cada millón de habitantes, una cifra muy superior a la tasa del conjunto del Reino Unido (38,7 por cada millón).

La cifra de muertes inducidas por las drogas puede verse influida por factores como la prevalencia y las pautas del consumo de drogas (por vía parenteral, policonsumo), la edad y las comorbilidades de los consumidores de drogas, así como el acceso a tratamiento y a servicios de urgencias, y la calidad de los datos recogidos y divulgados. La mayor fiabilidad de los datos europeos ha permitido describir mejor las tendencias generales y europeas, y la mayoría de los países ha adoptado ya una definición de los casos que se corresponde con la del OEDT ⁽¹⁴⁰⁾. No obstante, se recomienda cautela cuando se hagan comparaciones entre países, ya que existen diferencias nacionales en la calidad de los procedimientos utilizados para identificar y notificar casos.

Muertes relacionadas con opiáceos

Heroína

Los opiáceos, principalmente la heroína o sus metabolitos, intervienen en la mayoría de las muertes causadas por las drogas que se notifican en Europa. En los 20 países que facilitaron datos en 2008, los opiáceos representaron más del 75 % de todos los casos (77-100 %), y 11 de ellos indicaron porcentajes superiores al 85 % ⁽¹⁴¹⁾. Las sustancias más frecuentes fueron, además de la heroína, el alcohol, las benzodiazepinas, *otros opiáceos* y, en algunos países, la cocaína. Estos datos indican que una proporción considerable de todas las muertes inducidas por drogas pueden ocurrir en un contexto de policonsumo.

La mayoría de las muertes por sobredosis que se producen en Europa afectan a varones (81 %). En la mayoría de los países, la edad media de los fallecidos está en los 35 años y en muchos casos se observa una tendencia al alza en dicha edad que podría indicar una posible estabilización o incluso una disminución

del número de consumidores jóvenes de heroína, o el envejecimiento de la cohorte de consumidores problemáticos de opiáceos. En total, el 13 % de las muertes por sobredosis notificadas en Europa se produjeron en menores de 25 años, si bien Austria, Rumanía y Malta (números pequeños) han referido porcentajes del 40 % o más, lo que podría indicar la existencia de una población más joven de consumidores de heroína o de drogas por vía parenteral en estos países ⁽¹⁴²⁾.

Existen una serie de factores que se asocian a las sobredosis mortales y no mortales de heroína. Entre ellos están la vía parenteral y el consumo simultáneo de otras sustancias, sobre todo de alcohol, benzodiazepinas y, en algunos casos, antidepresivos. También se relacionan con sobredosis el consumo compulsivo de drogas, la comorbilidad, la carencia de hogar, los problemas de salud mental (como depresión), el hecho de no recibir un tratamiento de la drogadicción, los antecedentes de sobredosis y la soledad en el momento de la sobredosis (Rome *et al.*, 2008). El periodo inmediatamente posterior a la excarcelación o el alta de un tratamiento de drogodependencia parece ser el que mayor riesgo de sobredosis ha presentado en algunos estudios longitudinales (OMS, 2010).

Otros opiáceos

El tratamiento de sustitución de opiáceos reduce considerablemente el riesgo de sobredosis mortal, como ilustra un estudio noruego realizado en 3 800 personas con un seguimiento de hasta siete años. En él se demostró una disminución de la mortalidad durante el tratamiento en comparación con el periodo previo. La disminución del riesgo fue significativa tanto para las muertes por sobredosis (riesgo relativo de 0,2) como para la mortalidad por cualquier causa (riesgo relativo de 0,5) (Clausen *et al.*, 2008).

Todos los años se notifican muertes en las que se indica la presencia de sustancias administradas en los tratamientos de sustitución de opiáceos. Esa presencia refleja el gran número de consumidores de opiáceos que se someten a ese tipo de tratamiento y no implica que esas sustancias hayan sido la causa de la muerte. Las muertes por sobredosis en consumidores que han iniciado un tratamiento de sustitución pueden ser el resultado de la combinación de drogas, ya que algunos pacientes que inician tratamiento siguen consumiendo opiáceos de la

⁽¹³⁹⁾ Véase el gráfico DRD-7 (parte i) y tablas DRD-5 (parte ii) y DRD-107 (parte i) en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁴⁰⁾ Para una información metodológica detallada, véase el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁴¹⁾ Puesto que la mayoría de casos notificados al OEDT se refieren a sobredosis por opiáceos (principalmente heroína), se presentan aquí las características generales de las muertes para describir y analizar las muertes relacionadas con el consumo de heroína. Véase el gráfico DRD-1 en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁴²⁾ Véanse los gráficos DRD-2 y DRD-3 y tabla DRD-1 (parte i) en el boletín estadístico de 2010.

Sobredosis no mortales de opiáceos

Los estudios indican que la mayoría de los consumidores de opiáceos (normalmente el 50-60 %) han sobrevivido a una sobredosis, y que entre el 8 % y el 12 % han sobrevivido a una sobredosis en los últimos seis meses, algunos de ellos incluso a más de una. Por cada muerte inducida por drogas, se estima que se producen entre 20 y 25 sobredosis no mortales. No se puede estimar con precisión el número de sobredosis no mortales que ocurren todos los años en Europa, ya que la vigilancia es muy limitada y las definiciones pueden variar de un país a otro. No obstante, la información disponible indica que podrían producirse entre 120 000 y 175 000 sobredosis no mortales todos los años en Europa.

Las personas que sobreviven a una sobredosis tienen un riesgo mucho mayor de morir por otra sobredosis en el futuro (Stoové *et al.*, 2009). Además, las sobredosis no mortales pueden causar patologías muy diversas, como insuficiencia pulmonar, neumonía o deterioro muscular. Las sobredosis pueden causar también daños neurológicos, y el número de sobredosis sufridas es un importante factor de predicción del deterioro cognitivo. Globalmente, la morbilidad es más probable entre los usuarios de más edad, con más experiencia y que ya han desarrollado una drogodependencia (Warner-Smith *et al.*, 2001).

La rapidez a la hora de reconocer una sobredosis de opiáceos y solicitar la intervención de los servicios de urgencias puede ser esencial para evitar un desenlace mortal. El contacto con los servicios de urgencias, así como la administración de tratamiento para una intoxicación aguda, representan una oportunidad para facilitar información sobre la prevención de sobredosis y derivar a la persona a servicios de asesoramiento y tratamiento.

El seguimiento de los casos de sobredosis no mortales puede servir para hacer una validación cruzada de la información sobre las muertes relacionadas con drogas. En la República Checa, por ejemplo, la hospitalización por sobredosis no mortales de opiáceos disminuyó entre 2001 y 2008, como reflejo del menor número de muertes ocurridas por consumo de opiáceos. Al mismo tiempo, aumentó el número de sobredosis no mortales y de muertes relacionadas con el consumo de metanfetamina.

calle, consumen grandes cantidades de alcohol y reciben sustancias psicotrópicas prescritas por los médicos. Ahora bien, la mayoría de las muertes causadas por sustancias administradas en tratamientos de sustitución (a menudo en combinación con otras sustancias) se producen en personas que no estaban recibiendo tratamiento de sustitución (Heinemann *et al.*, 2000).

Las muertes por intoxicación relacionadas con el consumo de buprenorfina no son frecuentes, a pesar del uso

cada vez mayor que se está haciendo de esa sustancia en los tratamientos de sustitución en Europa (véase el capítulo 6). En Finlandia, sin embargo, la buprenorfina es actualmente el opiáceo detectado con más frecuencia en las autopsias forenses, generalmente en combinación con otras sustancias como alcohol, anfetamina, cannabis y medicamentos, o administrada por vía parenteral.

En Estonia, la mayoría de las muertes inducidas por drogas que se notificaron en 2007 y 2008 se asociaron al consumo de 3-metilfentanilo. En Finlandia, se detectaron opiáceos como la oxicodona, el tramadol o el fentanilo, sin especificar si esas drogas habían causado la muerte.

Muertes relacionadas con otras drogas

Las muertes causadas por intoxicación aguda de cocaína parecen ser relativamente poco frecuentes ⁽¹⁴³⁾. Sin embargo, las muertes inducidas por consumo de cocaína resultan más difíciles de definir e identificar que las relacionadas con los opiáceos, de manera que posiblemente no se notifiquen todos los casos.

En 2008, se notificaron cerca de 1 000 muertes relacionadas con la cocaína en 15 países. Algunos datos apuntan a un aumento del número de muertes inducidas por drogas en las que se detecta cocaína en los países europeos, pero la falta de datos comparables hace imposible describir la tendencia europea. En los dos países con la prevalencia más alta de consumo de cocaína en la población general se ha registrado un marcado aumento del número de muertes relacionadas con esa sustancia. En España, las muertes asociadas al consumo de cocaína, pero no de opiáceos, registraron un marcado aumento entre 2002 y 2007. En el Reino Unido, el número de certificados de defunción que mencionan la cocaína se multiplicó por dos entre 2003 (161) y 2008 (325).

Las muertes con presencia de éxtasis no se suelen notificar, aunque en muchos casos esta droga no ha sido identificada como causa directa de la muerte ⁽¹⁴⁴⁾. En la Cuestión particular del OEDT publicada en 2010 sobre el problema del consumo de anfetamina y metanfetamina, se analizan las muertes relacionadas con esas dos sustancias.

Tendencias en las muertes inducidas por drogas

El número de muertes inducidas por drogas aumentó notablemente en Europa durante la década de 1980 y principios de la de 1990, coincidiendo con un aumento

⁽¹⁴³⁾ Véase el recuadro «Muertes causadas por la cocaína».

⁽¹⁴⁴⁾ Para consultar los datos sobre las muertes relacionadas con drogas distintas de la heroína, véase tabla DRD-108 en el boletín estadístico de 2010.

Muertes causadas por cocaína

Las muertes causadas por la cocaína constituyen un fenómeno mucho más complejo que el de las sobredosis de opiáceos, cuyas manifestaciones clínicas son bastante claras. Por consiguiente, muchas de las muertes causadas por la cocaína no llegan a llamar la atención de la policía o los expertos forenses debido a su forma de presentación y al perfil social de las víctimas.

El consumo de cocaína puede producir la muerte por distintos mecanismos. Aunque se produzcan sobredosis farmacológicas de cocaína pura, los desenlaces mortales suelen ocurrir únicamente con la ingestión masiva de la droga. La mayoría de las muertes asociadas al consumo de cocaína están causadas por accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares (Sporer, 1999), que no dependen de la dosis y que pueden ocurrir en consumidores ocasionales o en pequeñas dosis, sobre todo en personas con antecedentes de problemas cardiovasculares o cerebrovasculares. No obstante, la mayoría de las muertes relacionadas con el consumo de cocaína se producen en consumidores problemáticos afectados por patologías que tienen su origen en el propio consumo crónico de la droga (aterosclerosis coronaria, hipertrofia ventricular u otros problemas) (Darke *et al.*, 2006). Esas patologías pueden verse agravadas por el consumo de alcohol (Kolodgie *et al.*, 1999) y el tabaquismo. En una proporción no conocida de muertes relacionadas con la cocaína, se pasa por alto la relación con el consumo de la droga por la inespecificidad de las manifestaciones clínicas y el hecho de que la muerte se produzca varios días o semanas después del problema agudo. Las patologías causadas por el consumo habitual de cocaína pueden ser también el origen de un infarto de miocardio posterior desencadenado por otros factores, como ocurre también con el consumo de tabaco.

La valoración de la carga real de los problemas sanitarios y la pérdida de vidas causados por la cocaína plantean algunos retos especiales y exige métodos distintos a los utilizados para la prevención de las muertes por sobredosis de opiáceos.

del consumo de heroína y del uso de la vía parenteral, para luego mantenerse a niveles elevados ^[145].

Entre 2000 y 2003, la mayoría de los Estados miembros de la UE notificaron una disminución (23 %), seguido de un aumento posterior (11 %) entre 2003 y 2007. Los datos preliminares disponibles en 2008 sugieren una cifra total por lo menos igual que la del año anterior, con incrementos notificados en 11 de los 18 países en los que se puede hacer una comparación. Alemania y Reino Unido han notificado la mayoría de los casos declarados en Europa, cuyo número ha aumentado progresivamente año tras año desde 2003 y 2008, respectivamente. Otros países (como Francia, Finlandia y Noruega) han registrado también un aumento.

El motivo de que se mantengan las cifras de muertes inducidas por drogas es difícil de explicar, especialmente cuando existen indicios de un menor consumo por vía parenteral y de un aumento del número de consumidores de opiáceos que inician tratamiento y entran en contacto con los servicios de reducción de daños. Algunas posibles explicaciones que tendrían que investigarse más a fondo son el aumento de los niveles de politoxicomanía (OEDT, 2009d) o de conductas de alto riesgo, el aumento del número de consumidores de opiáceos reincidentes que abandonan la cárcel o el tratamiento, y el envejecimiento de la cohorte de consumidores de drogas, posiblemente con una población más vulnerable de consumidores crónicos. Por ejemplo, varios países (Alemania, España y Reino Unido) han indicado un aumento de la proporción de casos con más de 35 años de edad, lo que refleja una tendencia al alza en la edad media de las muertes inducidas por drogas (gráfico 15).

Mortalidad total relacionada con el consumo de drogas

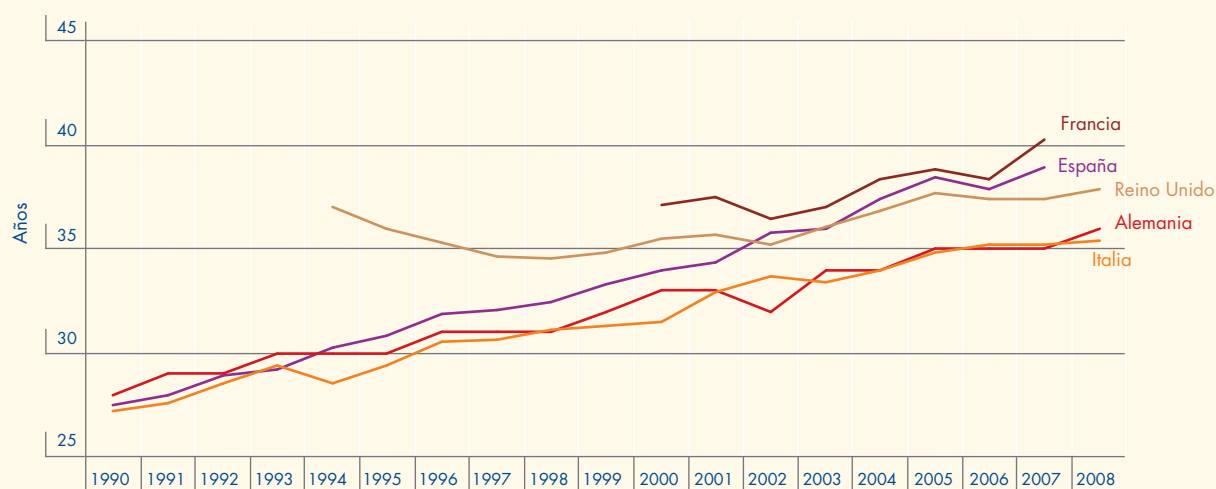
La mortalidad total relacionada con el consumo de drogas incluye las muertes inducidas por drogas y las causadas indirectamente por ese consumo, como enfermedades infecciosas, problemas cardiovasculares y accidentes. Aunque el número de muertes indirectamente relacionadas con el consumo de drogas resulta difícil de cuantificar, puede tener consecuencias importantes para la salud pública. Las muertes relacionadas con las drogas se producen principalmente entre los consumidores problemáticos de drogas, pero algunas también entre consumidores ocasionales (como accidentes de tráfico).

La mortalidad total relacionada con las drogas puede estimarse de distintas formas, por ejemplo combinando la información obtenida en estudios de mortalidad de cohortes con estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas. Otro enfoque consiste en utilizar las estadísticas generales existentes sobre mortalidad y estimar la proporción relacionada con el consumo de drogas.

Estudios de mortalidad de cohortes

Los estudios de mortalidad de cohortes realizan el seguimiento de un mismo grupo de consumidores problemáticos de drogas a lo largo de un cierto periodo y, con la ayuda de los certificados de defunción, intentan identificar las causas de todas las muertes que se producen en esos grupos. Ese tipo de estudio permite determinar las tasas de mortalidad total y mortalidad específica por una cierta causa en esa cohorte, además

[145] Véanse los gráficos DRD-8 y DRD-11 en el boletín estadístico de 2010.

Gráfico 15: Tendencia en la edad media en las muertes inducidas por drogas en algunos países europeos

N.B.: Para más información, véase el gráfico DRD-3 en el boletín estadístico de 2010. Los datos correspondientes al Reino Unido se basan en la definición de la estrategia de lucha contra las drogas.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

de estimar el exceso de mortalidad en ese grupo en comparación con la población general ⁽¹⁴⁶⁾.

Dependiendo de los centros donde se realice el reclutamiento (como centros de tratamiento de drogodependencias) y de los criterios de inclusión (como consumo por vía parenteral), la mayoría de los estudios de cohortes indican tasas de mortalidad del orden del 1-2 % al año entre los consumidores problemáticos de drogas. Esas tasas de mortalidad son entre 10 y 20 veces mayores que las obtenidas en la población general. La importancia relativa de las distintas causas de mortalidad varía de un país a otro y a lo largo del tiempo. No obstante, la principal causa de mortalidad entre los consumidores problemáticos de drogas suele ser la sobredosis de drogas, que es responsable de entre el 50 % y el 60 % de las muertes ocurridas entre consumidores de drogas por vía parenteral en países con una baja prevalencia de VIH/sida. Además del VIH/sida y otras enfermedades, las causas de mortalidad notificadas con frecuencia son el suicidio y el consumo excesivo de alcohol, como se ha demostrado en un reciente estudio realizado en la ciudad de Estocolmo, en el que se constató que el 17 % de las muertes en un cohorte de consumidores principalmente de opiáceos se producían por suicidio y el 15 % por accidentes. El alcohol estuvo relacionado con el 30 % de las muertes (Stenbacka *et al.*, 2010).

Muertes indirectamente relacionadas con el consumo de drogas

Tras combinar los datos facilitados por Eurostat y la vigilancia del VIH/sida, el OEDT estimó que en 2007 se produjeron en la Unión Europea más de 2 100 muertes atribuibles al consumo de drogas ⁽¹⁴⁷⁾; el 90 % de ellas se produjeron en España, Francia, Italia y Portugal. Tras la introducción del tratamiento antirretroviral de alta actividad en 1996, la mortalidad por VIH/sida disminuyó notablemente en la mayoría de los países de la UE, aunque ha aumentado en Estonia y Letonia desde 2003. Portugal es el país que ha notificado las tasas más altas de mortalidad por VIH/sida entre consumidores de drogas, seguido de España, Estonia, Italia y Letonia; en la mayoría de los demás países, las tasas se mantienen reducidas ⁽¹⁴⁸⁾.

Otras enfermedades que son también responsables de una proporción de muertes entre los consumidores de drogas son las enfermedades crónicas, como las que afectan al hígado, principalmente causadas por infección por hepatitis C y con frecuencia agravadas por un consumo elevado de alcohol y la coinfección por el VIH. Las muertes causadas por otras enfermedades infecciosas son más raras. Las principales causas no infecciosas de mortalidad son el cáncer y los problemas cardiovasculares ⁽¹⁴⁹⁾.

⁽¹⁴⁶⁾ Para información sobre estudios de mortalidad en cohortes, véanse los indicadores básicos en el sitio web del OEDT.

⁽¹⁴⁷⁾ Véase tabla DRD-5 (parte iii) en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁴⁸⁾ Véase el gráfico DRD-7 (parte ii) en el boletín estadístico de 2010.

⁽¹⁴⁹⁾ Concretamente con relación a la cocaína, véase «Consecuencias sanitarias del consumo de cocaína» en el capítulo 5.

Otras causas de fallecimiento entre los consumidores de drogas han recibido mucha menos atención, a pesar de que su impacto sobre la mortalidad parece importante. Un estudio reciente de la OMS (Degenhardt *et al.*, 2009) ha estimado que, en Europa, los suicidios y los accidentes podrían representar casi un tercio de la mortalidad atribuible al consumo problemático de drogas, lo que significaría varios miles de muertes al año. Con respecto al suicidio, una reseña bibliográfica (Darke y Ross, 2002) indica que la tasa de suicidio entre los consumidores de heroína es 14 veces superior a la de la población general.

La información sobre el número de muertes relacionadas con la conducción bajo los efectos de las drogas sigue siendo escasa. Algunos estudios indican un aumento del riesgo de accidentes relacionados con el consumo de drogas ilegales, agravado por la combinación de drogas y alcohol (OEDT, 2008b).

Reducción del número de muertes relacionadas con las drogas

En quince países europeos, la estrategia nacional contra las drogas incluye un componente de reducción de las muertes relacionadas con las drogas, ese tipo de políticas se ha trasladado también al ámbito regional o se dispone de un plan de acción específico para la prevención de tales muertes. Austria ha informado de que está preparando un documento de estrategia.

Intervenciones

El tratamiento reduce significativamente el riesgo de mortalidad entre los consumidores de drogas (Davoli *et al.*, 2007), si bien los riesgos relacionados con la tolerancia a las drogas son mayores en el momento de iniciar o finalizar el tratamiento. Los estudios indican que el riesgo de muerte inducida por las drogas se eleva considerablemente cuando se produce una recaída después del tratamiento o en las dos semanas siguientes a la excarcelación. Esa observación ha llevado a la OMS-Europa a publicar una serie de recomendaciones para prevenir las sobredosis en los centros penitenciarios y mejorar la continuidad de la asistencia tras la excarcelación (OMS; 2010).

Dinamarca y Noruega han dado prioridad recientemente a la buprenorfina en sus directrices para el tratamiento de sustitución tras considerar su perfil de seguridad farmacológica. España ha autorizado hace poco la combinación de buprenorfina-naloxona para los pacientes que participen en programas de sustitución ofrecidos por el sistema nacional de salud, con el objetivo de reducir las muertes inducidas por drogas.

Además de la mejora del acceso al tratamiento de las drogodependencias, se han estudiado otras intervenciones para reducir los riesgos de sobredosis entre los consumidores de drogas. Esas intervenciones actúan sobre factores personales, de contexto o relacionados con el consumo de drogas. En una reseña bibliográfica reciente (Rome *et al.*, 2008), se recomendaba concienciar más a los médicos generales sobre los peligros de las prescripciones múltiples, en concreto de antidepresivos. En Luxemburgo se han adoptado medidas para controlar la prescripción de otros medicamentos a los pacientes que estén recibiendo tratamiento de sustitución y reducir así los casos atendidos en urgencias por consumo de benzodiazepinas.

Una intervención frecuente para reducir las muertes inducidas por drogas en Europa es la distribución de material informativo ⁽¹⁵⁰⁾. En muchos países se ofrece información sobre la prevención, el reconocimiento y la respuesta a sobredosis a los consumidores de drogas, sus vecinos, amigos y familiares y a los proveedores de servicios que trabajan con consumidores de drogas. No obstante, se trata de intervenciones esporádicas o de un alcance limitado.

Tras producirse una epidemia de sobredosis de fentanilo, expertos estonios piden ahora la introducción de un programa de prevención de sobredosis en ese país. Bélgica, Estonia, Países Bajos y República Checa han implantado sistemas de alerta temprana que recogen y divulgan información sobre drogas nuevas o combinaciones peligrosas a través de organismos, centros de acogida o centros de bajo umbral. En los Países Bajos se probó en 2009 un sistema de vigilancia de incidentes agudos de salud relacionados con las drogas, que ahora se encuentra en fase de expansión.

La formación impartida sobre el peligro de una sobredosis, combinada con la entrega al paciente de una dosis de naloxona, una sustancia capaz de revertir los efectos de los opiáceos, para que se la lleve a su casa, es una estrategia que podría salvar muchas vidas. La intervención se orienta a los consumidores de drogas y a sus familias, las personas que podrían estar presentes en el momento de producirse una sobredosis, y trata de capacitarles para que sepan actuar debidamente mientras esperan la llegada de los servicios de urgencias. Los estudios realizados indican que las personas que reciben esa formación saben reconocer mejor los signos de sobredosis y demuestran una mayor confianza en el uso de la naloxona. En 2009 se inició en Inglaterra un proyecto de distribución de paquetes que contenían una jeringuilla precargada de naloxona a 950 familiares de consumidores de drogas. En un estudio que se está realizando en Inglaterra, Escocia y Gales,

⁽¹⁵⁰⁾ Véase tabla HSR-8 en el boletín estadístico de 2009

se entrega a los consumidores de opiáceos excarcelados paquetes que contienen inyecciones monodosis de naloxona. En Italia también se distribuyen jeringuillas precargadas a través de organizaciones contra la droga; en Portugal se están utilizando en un estudio y en Bulgaria ya se han introducido. Como parte de un proyecto dirigido por los propios consumidores en Copenhague, se han empezado a distribuir también nebulizadores nasales con naloxona.

Las salas vigiladas para el consumo de drogas permiten una rápida intervención ante los primeros signos de una sobredosis. Los datos operativos indican que las sobredosis de drogas que ocurren en esos centros se controlan con éxito, sin que se haya notificado ninguna muerte por sobredosis. La prestación inmediata de ayuda reduce además las secuelas de las sobredosis no mortales, como lesiones irreversibles en el cerebro y otros órganos vitales por hipoxia (Hedrich *et al.*, 2010).



Capítulo 8

Nuevas drogas y tendencias emergentes

Introducción

Las nuevas sustancias psicotrópicas y las nuevas tendencias en el consumo, aunque generalmente aparecen por primera vez en grupos sociales restringidos o en lugares concretos, pueden tener consecuencias importantes para la salud pública y para la política sobre drogas. El suministro de información puntual y objetiva sobre esas nuevas amenazas a los responsables políticos, a los profesionales y al público en general plantea retos desde el punto de vista metodológico y práctico. Además, su importancia se acrecienta por la naturaleza cada vez más dinámica y cambiante del problema de las drogas en Europa. El sistema de alerta temprana de la Unión Europea ofrece un mecanismo de respuesta rápida a la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas en el panorama de las drogas.

Un gran número de compuestos nuevos sintéticos no regulados han aparecido en los últimos años. Esas sustancias se comercializan a través de Internet como si fueran legales y se diseñan para eludir los controles de drogas. Las nuevas sustancias psicotrópicas constituyen un reto para las estrategias actuales de vigilancia y control. Como se analiza en este capítulo, en los dos últimos años han aparecido nuevos productos a base de plantas que se fuman y que contienen cannabinoides sintéticos, y ha aumentado la popularidad de las catinonas sintéticas.

Actuación frente a las nuevas drogas

En 2009 se notificaron formalmente 24 nuevas sustancias psicoactivas sintéticas a través del sistema europeo de alerta temprana. Ese número es el más alto notificado nunca en un mismo año, y el aumento se debe sobre todo a la identificación de nueve cannabinoides sintéticos nuevos durante el último año. En 2009 se notificaron también sustancias nuevas pertenecientes a las familias químicas habituales entre los nuevos compuestos psicoactivos: cinco fenetilaminas, dos triptaminas y cuatro catinonas sintéticas. No se notificaron nuevas piperacinas ni plantas psicoactivas.

Desde que se estableció el sistema de alerta temprana en 1997, se han notificado más de 110 sustancias al OEDT y Europol. En los últimos cinco años han aparecido nuevos grupos de sustancias, entre ellas varias piperacinas, catinonas sintéticas y cannabinoides sintéticos. Por el contrario, en los dos últimos años en los que se han facilitado datos, no se han identificado piperacinas nuevas. Sólo seis de esas sustancias eran plantas o tenían un origen vegetal, y es probable que las sustancias psicotrópicas sintéticas sigan siendo las sustancias nuevas notificadas con más frecuencia en el futuro.

En 2009 se notificaron tres sustancias con propiedades medicinales. Entre ellas estaba la pregabalina, un medicamento sujeto a prescripción médica que se comercializa con el nombre de Lyrica y que está indicado para el tratamiento del dolor neuropático, la epilepsia y el trastorno por ansiedad generalizada. Una reciente revisión de los datos de farmacovigilancia indica problemas relacionados con un uso indebido de esa sustancia en Finlandia, Suecia y Noruega. La información recogida por el sistema de alerta temprana indica también que la pregabalina puede haber estado implicada en algunas muertes de consumidores de drogas en Finlandia, Suecia y Reino Unido, habiéndose detectado su presencia en análisis toxicológicos forenses. Los informes de los consumidores indican que la pregabalina tiene efectos similares a los del alcohol, el GHB (ácido gamma-hidroxibutírico), el éxtasis y las benzodiazepinas. Parece ser también que alivia los síntomas de abstinencia de la heroína (opiáceo).

El sistema de alerta temprana vigila asimismo las sustancias psicotrópicas no reguladas —las llamadas sustancias psicotrópicas «legales»— que se venden a través de Internet y en tiendas especializadas o *smart shops*, se anuncian con estrategias de mercadotecnia agresivas y sofisticadas y, en algunos casos, están deliberadamente mal etiquetadas con la declaración de unos ingredientes que difieren de su composición real. El mercado de las 'legal highs' (sustancias psicoactivas «legales») se distingue por la velocidad a la que los proveedores eluden los controles de drogas con la oferta de alternativas nuevas.

Vigilancia de las nuevas sustancias psicotrópicas en Europa

La Decisión del Consejo relativa a las nuevas sustancias psicotrópicas ⁽¹⁾ establece un mecanismo para el intercambio rápido de información sobre las nuevas sustancias psicotrópicas que puedan suponer una amenaza para la salud pública y la sociedad (OEDT, 2007b). El OEDT y Europol, trabajando en estrecha colaboración con sus redes de interlocutores nacionales, han asumido un papel protagonista en la implantación del sistema de alerta temprana. Una vez que se detecta una nueva sustancia psicotrópica en el mercado europeo, los Estados miembros se aseguran de que la información sobre su fabricación, tráfico y consumo llegue al OEDT y a Europol a través de los puntos focales nacionales de la red Reitox y las unidades nacionales de Europol. La decisión del Consejo establece también un marco para la valoración de los riesgos asociados a las nuevas sustancias (véase OEDT, 2010b). El sistema de alerta temprana permite, además, el intercambio de información sobre sustancias con un valor médico demostrado y reconocido, pero que no siempre son objeto de una evaluación del riesgo de conformidad con la decisión del Consejo.

⁽¹⁾ Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DO L 127 de 20.5.2005, p. 32).

Mefedrona

En los últimos años, el sistema de alerta temprana ha detectado un consumo cada vez mayor de catinonas sintéticas. En la actualidad, quince de esas sustancias están bajo vigilancia, entre ellas mefedrona, metilona, metedrona y MDPV ⁽¹⁵¹⁾. Estos compuestos «de diseño» son derivados de la catinona, uno de los principios psicoactivos de la planta *khat* (*Catha edulis*) estructuralmente emparentado con la anfetamina ⁽¹⁵²⁾.

La mefedrona es un derivado de la metcatinona, una droga regulada por la Convención de Naciones Unidas de 1971. Apareció por primera vez en Europa en 2007, y su popularidad ha aumentado entre los consumidores de drogas jóvenes, lo que ha originado una demanda específica de esa sustancia. Así parece haber sucedido sobre todo en el Reino Unido, donde la mefedrona ha atraído la atención de los medios de comunicación. Los informes de otros Estados miembros indican que también se consume en el resto de Europa.

En 2009 se informó de la incautación de cantidades importantes de mefedrona en Alemania, Países Bajos, Suecia y Reino Unido. En Suecia, los resultados

toxicológicos confirmaron la relación de su consumo con una muerte, y en el Reino Unido se están investigando una serie de muertes por su posible relación con esa sustancia. Recientemente se han introducido medidas de control de esta sustancia en Alemania, Dinamarca, Estonia, Irlanda, Reino Unido, Rumanía, Suecia, Croacia y Noruega.

La mefedrona puede conseguirse fácilmente a través de Internet, donde se vende como una alternativa legal a la cocaína o al éxtasis. Se anuncia de distintas formas, como una «sustancia química de investigación», «sales de baño», «para investigación botánica», «alimento vegetal» o «abono para plantas», generalmente con una advertencia que dice «no autorizada para consumo humano» con la que se pretenden eludir los posibles mecanismos de control. En muchos casos, la lista de componentes no indica la presencia de sustancias psicotrópicas. En una búsqueda en Internet de tiendas que vendían mefedrona, realizada en marzo de 2010 en inglés, se encontraron por lo menos 77 páginas web en las que se vendía esa sustancia. La mayoría de ellas vendían solo mefedrona y estaban localizadas en el Reino Unido. Tras la clasificación de la mefedrona y otras catinonas sintéticas como drogas reguladas en el Reino Unido desde abril de 2010, la mayoría de esos sitios de venta de mefedrona han dejado de existir.

En una encuesta realizada en Internet a finales de 2009 en colaboración con la revista británica de música disco *Mixmag*, se recogieron datos sobre el consumo de 29 sustancias, entre ellas una serie de sustancias psicotrópicas «legales» ⁽¹⁵³⁾. La mefedrona fue la cuarta droga consumida con más frecuencia (después del cannabis, el éxtasis y la cocaína) y la sustancia psicotrópica «legal» más consumida por los 2 295 encuestados. Casi un tercio (33,6 %) declararon que la habían consumido durante el último mes, el 37,3 % durante el último año y el 41,7 % alguna vez en su vida. Las cifras correspondientes a la metilona fueron del 7,5 %, el 10,0 % y el 10,8 %, respectivamente. La pequeña diferencia observada entre la prevalencia durante el último mes y la prevalencia en algún momento de la vida indica que se trata de un fenómeno nuevo que se está propagando rápidamente. Estos hallazgos no pueden considerarse representativos del público más general que acude a los locales nocturnos, debido a las limitaciones metodológicas de las encuestas realizadas por Internet; con todo, esas encuestas permiten un rápido acceso a poblaciones específicas (Verster *et al.*, 2010).

⁽¹⁵¹⁾ Mefedrona (4-metilmecatinona); metilona (3,4-metilendioximetcatinona); metedrona (4-metoximetcatinona); y MDPV (3,4-metilendioxipirovalerona).

⁽¹⁵²⁾ En el sitio web del OEDT pueden encontrarse los perfiles de drogas como *khat* y derivados sintéticos de la catinona.

⁽¹⁵³⁾ Comunicación personal de Adam Winstock, King's College Londres.

Informe conjunto de OEDT-Europol sobre la mefedrona

El OEDT y Europol han realizado un análisis de la información disponible sobre la mefedrona en enero de 2010, basándose en los criterios establecidos en las directrices operativas del sistema de alerta temprana (OEDT, 2007b). Se ha analizado la información disponible sobre la cantidad de material incautado; la participación de la delincuencia organizada; el tráfico internacional; las propiedades toxicofarmacológicas de la sustancia psicotrópica; su posible expansión (rápida) en el futuro y los casos de intoxicación grave o mortal.

El OEDT y Europol decidieron conjuntamente que la información disponible sobre la mefedrona cumplía los criterios para elaborar un informe conjunto. La publicación conjunta del OEDT-Europol resultante fue presentada al Consejo de la Unión Europea, a la Comisión Europea y a la Agencia Europea de Medicamentos, y se tomó la decisión de iniciar un procedimiento formal de evaluación del riesgo para esa sustancia.

Control de las tiendas de venta de drogas por Internet

El sistema de alerta temprana vigila la venta de nuevas sustancias psicoactivas a través de Internet año tras año desde 2006. Los cambios en los métodos utilizados han aumentado la calidad y la cobertura de las encuestas, pero los datos correspondientes a años diferentes no son directamente comparables.

En 2010, se identificaron 170 tiendas de drogas por Internet, 30 de las cuales ofrecían tanto sustancias psicotrópicas «legales» como hongos alucinógenos, generalmente con una amplia selección de productos en ambos grupos. Treinta y cuatro ofrecían solo hongos alucinógenos, y 106 vendían sustancias psicotrópicas «legales», pero no hongos alucinógenos ⁽¹⁵⁴⁾.

Los puntos de venta de hongos alucinógenos parecen haber aumentado desde 2006, año en el que se identificaron 39 tiendas que vendían esos productos (OEDT, 2006). En 2010 se localizaron 64 tiendas en Internet que vendían hongos alucinógenos y, en la mayoría de los casos, también material para su cultivo, esporas y *Amanita muscaria* (matamoscas) en lugar de hongos que contienen psilocibina.

En la encuesta realizada en 2009 por Internet, centrada únicamente en las sustancias psicotrópicas «legales», el mayor número de tiendas en línea se encontró en el Reino Unido, seguido de Alemania y Países Bajos. La «instantánea» correspondiente a 2010, con un alcance

más amplio, mostró una situación distinta, con 38 tiendas en línea localizadas en los Países Bajos, 20 en el Reino Unido y 20 en Alemania. Otros países con por lo menos cinco tiendas en línea fueron Polonia, Francia y Hungría, mientras que en la República Checa, España, Portugal, Eslovaquia, Italia y Suecia el número de tiendas fue menor. Treinta y ocho tiendas en línea se localizaban en los Estados Unidos, y otras 15 tiendas en línea no se pudieron ubicar geográficamente. Al contrario de lo que ocurre con las tiendas en línea que tienen su sede en el Reino Unido, muchas de las localizadas en los Países Bajos se asocian a tiendas especializadas. En total, el 73 % de esas tiendas utilizan el inglés y el 42 % no ofrecen información en ningún otro idioma.

El fenómeno del «Spice»

El «spice» se vende a través de Internet y en tiendas especializadas como una mezcla de hierbas que se fuma. En 2008, los químicos forenses descubrieron que no era el producto inocuo que pretendía ser. Entre sus constituyentes se encontraron sustancias psicoactivas reales como aditivos sintéticos, sustancias que, como el agonista de los receptores cannabinoides ⁽¹⁵⁵⁾ JWH-018, imitan los efectos del tetrahidrocannabinol (THC) en el cannabis.

El fenómeno conocido como «spice» siguió recibiendo una atención considerable en 2009. Durante todo ese año, los nombres y las marcas que aparecían en los envases de los productos de tipo «spice» se diversificaron. Los compuestos psicoactivos añadidos a estos productos también han ido cambiando, en respuesta a las nuevas medidas de control (OEDT, 2009f). El sistema de alerta temprana informó en 2009 de la aparición de nueve cannabinoides sintéticos nuevos ⁽¹⁵⁶⁾.

La diversidad y el número de cannabinoides nuevos, o de otras sustancias que pueden añadirse a los productos a base de hierbas, plantea algunos retos relacionados con su identificación, vigilancia y valoración de riesgos. No se sabe casi nada sobre la farmacología, la toxicología ni los perfiles de seguridad de esos compuestos para el ser humano. El tipo y la cantidad de cannabinoides sintéticos añadidos puede variar también considerablemente, y algunos de esos compuestos pueden ser muy activos incluso en dosis muy pequeñas. En consecuencia, no puede descartarse una sobredosis accidental con riesgo de complicaciones psiquiátricas graves o de otro tipo.

⁽¹⁵⁴⁾ Véase el recuadro «Instantánea» de las tiendas de venta de drogas por Internet: métodos.

⁽¹⁵⁵⁾ Un agonista es una sustancia química que se une a un receptor específico de una célula y desencadena una actividad celular. Un agonista suele imitar la acción de sustancias endógenas o presentes naturalmente en el organismo.

⁽¹⁵⁶⁾ Véase el perfil correspondiente a los «Cannabinoides sintéticos» y al «spice» en el sitio web del OEDT.

«Instantánea» de las tiendas de venta de drogas por Internet: métodos

La encuesta de 2010 se realizó entre los días 25 de enero y 5 de febrero y se centró en las tiendas de venta de drogas por Internet (al por menor y al por mayor) accesibles para cualquier usuario europeo de Internet interesado en comprar sustancias psicotrópicas «legales» (entre ellas el «spice»), GHB/GBL u hongos alucinógenos. Sólo se dejaron fuera del estudio las tiendas en línea que no sirvieran pedidos en todos los Estados miembros de la UE.

La búsqueda se realizó primero en inglés, para identificar los términos con los que se obtenía el mayor número de resultados relevantes. Seguidamente se realizaron búsquedas en los 15 idiomas hablados como lengua materna por el 84 % de la población de la Unión Europea (¹). Se utilizaron tres motores de búsqueda distintos: Metacrawler, Google y un motor de búsqueda «nacional» diferente dependiendo del país y la lengua.

La muestra se basó en un examen de los primeros 100 resultados y hasta encontrar 20 resultados consecutivos irrelevantes. Para cada sitio web encontrado, se obtuvo la siguiente información: productos a la venta, descripción de los productos, precios, disponibilidad en existencias, países de entrega, componentes, advertencias médicas y opiniones de los usuarios.

(¹) Alemán, checo, danés, eslovaco, español, francés, griego, húngaro, inglés, italiano, maltés, neerlandés, polaco, portugués y sueco.

Ninguno de los cannabinoides sintéticos están regulados por las convenciones de Naciones Unidas, y tampoco se dispone de información que indique que hayan sido autorizados como medicamentos en la Unión Europea. En el momento de redactar el presente informe, algunos Estados miembros habían prohibido o introducido algún tipo de control sobre el «spice», los productos de tipo «spice» y otros compuestos relacionados (¹⁵⁷). Sus supuestos ingredientes a base de hierbas no están regulados a escala internacional y solo algunos Estados miembros (como Letonia, Polonia, Rumanía) han incluido uno o más de esos productos en la lista de sustancias reguladas. Fuera de la Unión Europea, la legislación suiza que regula los alimentos se aplica también a las «mezclas de hierbas «spice»».

En la encuesta realizada en 2010 a través de Internet, el número de tiendas en línea que ofrecían «spice» se había reducido mucho en comparación con el año anterior. A pesar de su cobertura más amplia, la encuesta de 2010 identificó solo 21 tiendas que ofrecían productos de tipo «spice», en comparación con 55 en 2009. Ese año, dos

tiendas en línea que vendían «spice» tenían su sede en el Reino Unido, frente a las 23 del año anterior. En la «instantánea» más reciente, 15 tiendas afirmaron que disponían de «spice» y ocho de ellas revelaron el país en el que tenían su sede: tres en los Estados Unidos y una en España, Polonia, Portugal, Rumanía y Reino Unido. Las otras seis tiendas en línea que ofrecían productos «spice» dijeron que se habían quedado sin existencias y posiblemente estuvieran utilizando ese nombre de marca para atraer a clientes.

Al contrario que las drogas ilegales, no se han notificado grandes incautaciones de productos de tipo «spice», ni se han publicado informes de actividades delictivas relacionadas con ese fenómeno. Si a ello se suma el conocimiento limitado que se tiene de la composición química y los efectos de los nuevos compuestos, se crea una «nebulosa gris» que complica la vigilancia de todos estos productos.

Prevalencia del consumo de 'legal highs' (sustancias psicoactivas «legales»)

El término 'legal highs' abarca una gran diversidad de productos, desde mezclas de hierbas hasta drogas sintéticas o «de diseño» y pastillas para fiestas (*party pills*) que se consumen de distintas formas (se fuman, se esnifan o se ingieren). Además, se trata de productos que pueden comercializarse en forma de ambientadores, incienso de hierbas o sales de baño, aunque tengan un uso muy diferente. Esta diversidad dificulta la recogida e interpretación de datos sobre la prevalencia de su consumo.

Son pocas las encuestas recientes que han publicado datos sobre la prevalencia de consumo de 'legal highs'. En 2008 un estudio realizado en Polonia en estudiantes de 18 años, se concluyó que el 3,5 % había consumido estas sustancias alguna vez en la vida, una cifra comparable a la de los hongos alucinógenos (3,6 %). El 2,6 % de los estudiantes declaró haberlas consumido en los últimos 12 meses (¹⁵⁸).

En una encuesta realizada entre 1 463 estudiantes de 15 a 18 años de edad en centros de educación general y formación profesional en Frankfurt, se concluyó que casi el 6 % de los encuestados habían consumido «spice» alguna vez en la vida, y el 3 % lo había consumido en los últimos 30 días. Estas cifras podrían haberse visto influidas por la atención que los medios de comunicación prestaban a «spice» en el momento de realizar la

(¹⁵⁷) Dinamarca, Alemania, Estonia, Irlanda, Francia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Austria, Polonia, Rumanía, Suecia, Reino Unido.

(¹⁵⁸) Encuesta CBOS 2008, muestra de 1 400 adolescentes en los últimos cursos de la enseñanza secundaria; el 15 % de participantes declararon haber consumido drogas en los últimos 12 meses.

encuesta, ya que solo el 1 % de los encuestados declararon haberla consumido en cinco o más ocasiones. Casi dos tercios de los que habían consumido alguna vez «spice» declararon también que habían consumido cannabis durante el último mes.

En la última encuesta de *Mixmag* realizada por Internet a personas que frecuentan locales nocturnos en el Reino Unido, el 56,6 % de los encuestados dijeron que habían consumido 'legal highs'. Entre esas sustancias había productos a base de hierbas como «spice» y «Magic», pastillas para fiestas de BZP y otras sustancias, siendo la prevalencia de consumo durante el último mes del 2,0 %, el 4,6 % y el 5,3 %, respectivamente. Los encuestados dijeron que conseguían las drogas a través de amigos (95 %), sitios web (92 %), tiendas (78 %), festivales (67 %) o distribuidores (51 %).

Vigilancia de otras sustancias

Piperacinas: BZP y mCPP

Cada vez se ha hecho más complicada la obtención e interpretación de datos sobre las incautaciones de piperacinas. Eso se debe a las distintas mezclas de sustancias que pueden encontrarse en forma de polvo y pastillas ⁽¹⁵⁹⁾, pero también a la combinación de las piperacinas con otras drogas como la anfetamina y la MDMA. Además, los laboratorios de ciencias forenses no siempre tienen los recursos necesarios para identificar todos los componentes de las mezclas, sobre todo si se trata de sustancias no reguladas.

La disponibilidad de BZP parece haber disminuido tras la decisión tomada por el Consejo en 2008 de someterla a medidas de control en toda la Unión Europea ⁽¹⁶⁰⁾. No obstante, algunos Estados miembros siguen informando de algunas operaciones importantes de incautación de BZP.

En 2009, la mCPP seguía siendo la «nueva droga sintética» ⁽¹⁶¹⁾ más disponible en el mercado ilegal del éxtasis, tanto sola como en combinación con MDMA. La información facilitada por el sistema de alerta temprana, que incluye informes sobre el consumo en los Países Bajos y sobre las incautaciones en Dinamarca y el Reino Unido, indica que la proporción de pastillas de éxtasis con mCPP (o piperacinas en general) aumentó considerablemente en el primer semestre de 2009, posiblemente sobrepasando el número de pastillas de éxtasis con MDMA. El Sistema

neerlandés de Seguimiento e Información sobre las Drogas indica también que el número de muestras remitidas por los consumidores para su análisis se ha multiplicado por dos comparado con años anteriores, probablemente debido a la creciente preocupación que existe por los efectos adversos de las piperacinas. La proporción de pastillas de éxtasis que contienen esas sustancias podría haber descendido en el segundo semestre de 2009; no obstante, en el Reino Unido ese descenso se habría visto contrarrestado en parte por una mayor presencia de los derivados de la catinona.

Estos cambios reflejan un mercado del éxtasis cada vez más complejo, lo que posiblemente se explique por las fluctuaciones en la disponibilidad del precursor químico de la MDMA, la PMK.

GHB/GBL y ketamina

El GHB (ácido gamma-hidroxibutírico) es una sustancia regulada en todo el mundo desde 2001, mientras que la ketamina es un medicamento regulado en los Estados miembros tanto por la legislación sobre drogas como por la legislación sobre medicamentos. El consumo de gamma-butirolactona (GBL), que rápidamente se transforma en GHB tras su ingestión, ha sido también un motivo reciente de preocupación en Europa. La GBL se considera el «precursor de una droga no regulada» a escala comunitaria y se acoge al sistema voluntario de vigilancia que existe para los precursores de drogas. En algunos países (Austria, Italia, Letonia, Reino Unido, Suecia y Noruega) está regulada por la legislación nacional en materia de drogas.

La prevalencia del consumo de GHB y ketamina en la población general es baja, pero puede ser mucho mayor en algunos grupos, contextos o zonas geográficas concretos. La encuesta de *Mixmag* realizada por Internet a personas que frecuentan locales nocturnos en el Reino Unido concluyó que la prevalencia del consumo durante el último mes era del 1,7 % para la GHB y del 1,6 % para la GBL, pero del 32,4 % para la ketamina. Otra encuesta realizada en los ambientes nocturnos en Amsterdam en 2003 y 2008 (646 encuestados) refirió un ligero aumento en la prevalencia del consumo de GHB durante el último mes, que había pasado del 4,2 % al 4,7 %. En la República Checa, una encuesta realizada en 2008 a 363 personas que acudían a locales nocturnos concluyó que la prevalencia del consumo durante el

⁽¹⁵⁹⁾ Por ejemplo: BZP (1-bencilpiperacina); CPP (clorofenilpiperacina); TFMPP (1-(3-trifluorometilfenil)-piperacina) y DBZP (1,4-dibencilpiperacina). La CPP tiene tres isómeros posicionales, a menudo difíciles de distinguir, de los cuales la mCPP (1-(3-clorofenil)piperacina) es el de mayor prevalencia.

⁽¹⁶⁰⁾ Decisión 2008/206/JAI del Consejo, de 3 de marzo de 2008, por la que se define la 1-bencilpiperacina (BZP) como una nueva sustancia psicotrópica que debe estar sujeta a medidas de control y sanciones penales (DO L 63 de 7.3.2008).

⁽¹⁶¹⁾ La mCPP no se controla internacionalmente, pero algunos países europeos han adoptado medidas para regularla en los últimos años (Alemania, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Rumanía, Croacia, Turquía y Noruega).

último mes era del 0,3 % para la CHB y del 0,6 % para la ketamina. En Londres, otra encuesta realizada a personas que acudían a locales nocturnos y que habían necesitado asistencia médica dentro de los propios locales concluyó que hasta dos tercios de los casos estaban relacionados con el consumo de GHB/GBL (Wood *et al.*, 2009). En una encuesta realizada periódicamente a escolares de 15 y 16 años en Frankfurt se constató que el número de alumnos a los

que se les había ofrecido GHB aumentó del 1 % en 2002 al 5 % en 2008.

En la «instantánea» de Internet obtenida por el OEDT en 2010, no se encontraron tiendas en línea registradas en la UE que ofrecieran GHB, pero sí se encontró GBL en cuatro sitios web. Ahora bien, en ninguno de ellos se ofrecía GBL como una droga, ni se daba a entender que pudiera usarse por sus propiedades psicotrópicas.



Bibliografía ⁽¹⁶²⁾

- Agrawal, A. y Lynskey, M.T. (2006), 'The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence', *Addiction* 101, pp. 801-12.
- Amato, L., Minozzi, S., Pani, P.P. y Davoli, M. (2007), 'Antipsychotic medications for cocaine dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Ballotta, D., Bergeron, H. y Hughes, B. (2008), 'Cannabis control in Europe' en: *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monografía del OEDT 8, Volumen 1, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo, pp. 97-117.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. et al. (2006), 'Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries', *European Journal of Public Health* 16, pp. 198-202.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H. y McKeganey, N. (2008), 'Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study', *BMJ* 337:a478.
- Bravo, M.J., Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L. y Silva, T. (2003) 'Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic', *Addiction* 98, pp. 749-60.
- Bruce, R.D., Govindasamy, S., Sylla, L., Kamarulzaman, A. y Altice, F.L. (2009), 'Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market', *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35, pp. 68-72.
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. et al. (2009), 'Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain', *European Addiction Research* 15, pp. 171-8.
- Calafat, A., Juan, M. y Duch, M.A. (2009), «Intervenciones preventivas en contextos recreativos nocturnos: una revisión». *Adicciones* 21, pp. 387-414.
- Carpenter, K.M., McDowell, D., Brooks, D.J., Cheng, W.Y. y Levin, F.R. (2009), 'A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence', *American Journal of Addiction* 18, pp. 53-64.
- Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X. y Capellà, D. (2010), 'Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Chabrol, H., Roura, C. y Armitage, J. (2003), 'Bongs, a method of using cannabis linked to dependence', *Canadian Journal of Psychiatry* 48, p. 709.
- Clausen, T., Anchersen, K. y Waal, H. (2008), 'Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study', *Drug and Alcohol Dependence* 94, pp. 151-7.
- CND (Comisión de Estupefacientes) (2009), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, Viena.
- Coffey, C., Carlin, J.B., Lynskey, M., Li, N. y Patton, G. (2003), 'Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study', *British Journal of Psychiatry* 182, pp. 330-6.
- Comptroller y Auditor General (2009), *Drug addiction treatment and rehabilitation*, Comptroller and Auditor General Special Report (en línea).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. et al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublín (en línea).
- Costa Storti, C. y De Grauwe, P. (2010), 'Modelling disorganized crime: the cannabis market', *Bulletin of Narcotic Drugs* (pendiente de publicación).
- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2006), *The CPT standards — 'Substantive' sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (en línea).
- Craine, N., Hickman, M., Parry, J.V. et al. (2009), 'Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size', *Epidemiology and Infection* 137, pp. 1255-65.
- Cunningham, J.A. (2000), 'Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?', *Drug and Alcohol Dependence* 59, pp. 211-13.
- Darke, S. y Ross, J. (2002), 'Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods', *Addiction* 97, pp. 1383-94.
- Darke, S., Kaye, S. y Dufflou, J. (2006), 'Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug-related causes', *Addiction* 101, pp. 1771-7.

⁽¹⁶²⁾ La versión en PDF del informe anual contiene hipervínculos con otras fuentes y está disponible en el sitio web del OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. *et al.* (2007), 'Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdETTE study, a national multi-site prospective cohort study', *Addiction* 102, pp. 1954-9.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, University Press, Bélgica.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. y Linskey, M. (2009), 'Illicit drug use', en: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Volume 1, Majid Ezzati *et al.* (editores), Organización Mundial de la Salud, Ginebra [en línea].
- Derzon, J. H. (2007), 'Using correlational evidence to select youth for prevention programming', *Journal of Primary Prevention* 28, pp. 421-47.
- Dirección General de Salud y Consumidores (2008), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Bruselas [en línea].
- ECDC y Oficina Regional para Europa de la OMS (2009), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, Estocolmo.
- Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J. y Thom, B. (eds.) (2009), *Two worlds of drug consumption in late modern societies*, Ashgate, Farnham (Reino Unido).
- Escots, S. y Suderie, G. (2009), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?*, Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, París.
- Comisión Europea (2009a), *Economic Crisis in Europe: causes, consequences and responses*, European Economy 7/2009, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- Comisión Europea (2009b), *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy* [en línea].
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L. *et al.* (2010), 'The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial', *Drug and Alcohol Dependence* 108, pp. 56-64.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Lynskey, M.T. y Madden, P.A.F. (2003), 'Early reactions to cannabis predict later dependence', *Archives of General Psychiatry* 60, pp. 1033-39.
- Fletcher, A., Bonell, C. y Hargreaves, J. (2008), 'School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies', *Journal of Adolescent Health* 42, pp. 209-20.
- Gates, S., Smith, L.A. y Foxcroft, D. (2006), 'Auricular acupuncture for cocaine dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. y Marsden, J. (2003), 'Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: outcomes at 2-year follow-up', *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, pp. 313-21.
- Gowing, L., Ali, R. y White, J.M. (2010), 'Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Grund, J.P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. *et al.* (2010), 'The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction', en *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monografía del OEDT, Rhodes, T. y Hedrich, D. (editores), Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo, pp. 191-232.
- Hall, W. y Degenhardt, L. (2009), 'Adverse health effects of non-medical cannabis use', *Lancet* 374, pp. 1383-91.
- Hedrich, D., Kerr, T. y Dubois-Arber, F. (2010), 'Drug consumption facilities in Europe and beyond', en *Harm reduction: evidence and impacts*, Monografía del OEDT, Rhodes, T. y Hedrich, D. (editores), Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo, pp. 305-31.
- Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoldt, A. y Puschel, K. (2000), 'Methadone-related fatalities in Hamburg 1990-1999: implications for quality standards in maintenance treatment?', *Forensic Science International* 113, pp. 449-55.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. *et al.* (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Estocolmo.
- Hoare, J. (2009), 'Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey', *Home Office Statistical Bulletin* 12/09.
- Hutchinson, S.J., Taylor, A., Gruer, L., Barr, C., Mills, C. *et al.* (2000), 'One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme', *Addiction* 95, pp. 1055-68.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2010a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Naciones Unidas, Nueva York [en línea].
- INCB (2010b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Naciones Unidas, Nueva York [en línea].
- Irish Prison Service (2009), *Irish Prison Service annual report 2008* [en línea].
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S. *et al.* (2010), 'Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness', en *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monografía del OEDT, Rhodes, T. y Hedrich, D. (editores), Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo, pp. 115-63.
- King, L.A. (2009), *Forensic chemistry of substance misuse: a guide to drug control*, Royal Society of Chemistry, Cambridge.
- Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A. y Pfeiffer-Gerschel, T. (2009), 'Bewährtes übertragen: Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis', *Sucht* 55, pp. 365-8.

- Kleber, H.D., Weiss, R.D., Anton, R.F. Jr., George, T.P., Greenfield, S.F. *et al.* (2007), *American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines: Treatment of patients with substance use disorders*, second edition, *American Journal of Psychiatry* 164 (4 Suppl), pp. 5-123.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrel, M. y Lima, M.S. (2007), 'Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders', *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 3.
- Kolodgie, F.D. *et al.* (1999), 'Cocaine-induced increases in the permeability function of human vascular endothelial cell monolayers', *Experimental and Molecular Pathology* 66, pp. 109-22.
- Koning, I.M., Vollebergh, W.A.M., Smit, F., Verdurmen, J.E.E., Van den Eijnden, R.J.J.M. *et al.* (2009), 'Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously', *Addiction* 104, pp. 1669-78.
- Levin, F.R. y Kleber, H.D. (2008), 'Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review', *American Journal of Addiction* 17, pp. 161-64.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M. *et al.* (2009), 'Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study', *Lancet* 374, pp. 1262-70.
- Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. *et al.* (2009), 'Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial', *Archives of General Psychiatry* 66, pp. 1116-23.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. *et al.* (2010), 'HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage', *Lancet* 375, pp. 1014-28.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M. *et al.* (2008), 'Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review', *Lancet* 372, pp. 1733-45.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. y Davoli, M. (2009), 'Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- McCambridge, J., Slyn, R.L. y Strang, J. (2008), 'Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users', *Addiction* 103, pp. 1819-20.
- Measham, F. y Moore, K. (2009), 'Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy', *Criminology and Criminal Justice* 9, pp. 437-64.
- Meijers, R. (2007), *Toxicity of cocaine adulterants*, Trimbo's Instituut, Utrecht.
- Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A. y Brigham, G.S. (2006), 'Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions', *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, pp. 25-39.
- Minozzi, S., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M., Lima Reisser A. *et al.* (2008), 'Anticonvulsants for cocaine dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. *et al.* (2007), 'Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review' *Lancet* 370, pp. 319-28.
- Muscat, R. (Ed.) (2008), *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*, Publicaciones del Consejo de Europa, Estrasburgo.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sydney (en línea).
- NOMS (National Offender Management Service) (2009), *National Offender Management Service drug strategy 2008-2011*, Ministerio de Justicia, Londres.
- NPIA (National Policing Improvement Agency) (2009), *Digest*, marzo (en línea).
- NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006), *Models of care for adult drug misusers: update* (en línea).
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (en línea).
- NTA (2009), *Clinical governance in drug treatment: a good practice guide for providers and commissioners*, NTA, Londres (en línea).
- NTA (2010), *Powder cocaine: how the treatment system is responding to a growing problem* (en línea).
- Obradovic, I. (2009), *Évaluation du dispositif des «consultations jeunes consommateurs» (2004-2007) — Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, OFDT, Saint-Denis.
- OEDT (2006), *Hallucinogenic mushrooms*, Documento temático del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (en línea).
- OEDT (2007a), *Drogas y delincuencia: una relación compleja*, Drogas en el punto de mira, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2007b), *Early-warning system on new psychoactive substances: operating guidelines*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2007c), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

- OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monografía del OEDT, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights del OEDT*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2009a), *Informe anual 2009: el problema de la drogodependencia en Europa*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2009b), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States, Insights del OEDT*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, Documento temático del OEDT, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo (en línea).
- OEDT (2009d), *Polydrug use: patterns and responses*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2009e), *Drug offences, sentences and other outcomes*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2009f), *Understanding the 'Spice' phenomenon*, Documento temático del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (en línea).
- OEDT (2010a), *Harm reduction: evidence and impacts*, Monografía del OEDT, Rhodes, T. y Hedrich, D. (editores), Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2010b), *Risk assessment of new psychoactive substances: operating guidelines*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2010c), *Trends in injecting drug use in Europe*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT y Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, Publicaciones conjuntas OEDT-Europol, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- ONUDD (2005), *Illicit drug trends in the Russian Federation*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.
- ONUDD (2009), *World drug report 2009*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.
- ONUDD (2010a), *Afghanistan cannabis survey 2009*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena (en línea).
- ONUDD (2010b), *World drug report 2010*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.
- ONUDD y Gobierno de Marruecos (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.
- ONUDD, UNAIDS y OMS (2010), *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*, Documento técnico, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.
- ONUDD, OMS y UNAIDS (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.
- OMS (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Oficina Regional para Europa de la OMS, Copenhague (en línea).
- OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OMS (2010), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Oficina Regional para Europa de la OMS, Copenhague.
- OMS, ONUDD y UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. y Davoli, M. (2010), 'Disulfiram for the treatment of cocaine dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Petrie, J., Bunn, F. y Byrne, G. (2007), 'Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review', *Health Education Research* 22, pp. 177-91.
- Pleace, N. (2008), *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Scottish Government Social Research (en línea).
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), 'Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European Addiction Research* 10, pp. 147-55.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F., Guterman, L.R. y Hopkins, L.N. (2001), 'Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey', *Circulation* 103, pp. 502-06.
- Reitox, Informes nacionales (2009) disponibles en el sitio web del OEDT.
- Rome, A., Shaw, A. y Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edimburgo.
- Rose, M.E. y Grant, J.E. (2008), 'Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: a review of the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy

- of pharmacotherapeutic interventions', *Annals of Clinical Psychiatry* 20, pp. 145-55.
- SAMHSA (2008), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville MD.
- Santos, S., Brugal, M.T., Barrio, G., Castellano, Y., Jiménez, E. *et al.* (en prensa), 'Characteristics and risk factors of acute health problems after cocaine use: assessing the effect of acute and chronic use of cocaine', *Drug and Alcohol Dependence*.
- Shewan, D. y Dalgarno, P. (2005), 'Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland)', *British Journal of Health Psychology* 10, pp. 33-48.
- Simojoki, K., Vormaa, H. y Alho, H. (2008), 'A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone)', *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 17, 3:16 (en línea).
- Sporer, K.A. (1999), 'Acute heroin overdose', *Annals of Internal Medicine* 130, pp. 585-90.
- Stenbacka, M., Leifman, A. y Romelsjö, A. (2010), 'Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up', *Drug and Alcohol Review* 29, pp. 21-7.
- Stoové, M.A., Dietze, P.M. y Jolley, D. (2009), 'Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data', *Drug and Alcohol Review* 28, pp. 347-52.
- Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. y Hickman, M. (2008), 'Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population', *Statistical Methods in Medical Research* 18, pp. 381-95.
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L. y Patton, G.C. (2008), 'Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood', *Addiction* 103, pp. 1361-70.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. y Reilly, D. (1998), 'Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area', *Addiction* 93, pp. 1149-60.
- Van Beek, I., Dwyer, R. y Malcolm, A. (2001), 'Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm!', *Drug and Alcohol Review* 20, pp. 333-42.
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R.A. y Prins, M. (2007), 'Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users', *Addiction* 102, pp. 1454-62.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. *et al.* (2009), 'Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands', *International Journal of Drug Policy* 20, pp. 143-51.
- Van Nimwegen, L.J., de Haan, L., van Beveren, N.J., van der Helm, M., van den Brink, W. y Linszen, D. (2008), 'Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial', *Canadian Journal of Psychiatry* 53, pp. 400-5.
- Vandam, L. (2009), 'Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature', in *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M. *et al.* (editores), Maklu, Amberes.
- Verster, J.C., Kuerten, Y., Olivier, B. y van Laar, M.W. (2010), 'The ACID-survey: methodology and design of an online survey to assess alcohol and recreational cocaine use and its consequences for traffic safety', *Open Addiction Journal* 3, pp. 24-31.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M. y Wittchen H.U. (2002), 'What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults', *Drug and Alcohol Dependence* 68, pp. 49-64.
- Wagner, F.A. y Anthony, J.C. (2002), 'From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol', *Neuropsychopharmacology* 26, pp. 479-88.
- Warburton, H., Turnbull, P.J. y Hough, M. (2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M. y Hall, W. (2001), 'Heroin overdose: causes and consequences', *Addiction* 96, pp. 1113-25.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. y Cowan, S.A. (2008), 'European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability', *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (en línea)
- Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. y Griffiths, P. (2009), 'Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users', *American Journal of Public Health* 99, pp. 1049-52.
- Wittchen, H.U., Apelt, S.M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M. *et al.* (2008), 'Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients', *Drug and Alcohol Dependence* 95, pp. 245-57.
- Wood, D.M., Nicolau, M. y Dargan, P.I. (2009), 'Epidemiology of recreational drug toxicity in a nightclub environment', *Substance Use & Misuse* 44, pp. 1495-502.
- Zachrisson, H.D., Rödje, K. y Mykletun, A. (2006), 'Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey', *BMC Public Health* 6:34 (en línea).

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

Informe anual 2010: el problema de la drogodependencia en Europa

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea

2010 — 115 pp. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-433-5

doi:10.2810/33806

Cómo obtener las publicaciones de la Unión Europea

Publicaciones gratuitas

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

Publicaciones de pago

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

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

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

Acerca del OEDT

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea. Se creó en 1993, tiene su sede en Lisboa y es la principal fuente de información sobre drogas y toxicomanías en Europa.

El OEDT recopila, analiza y difunde información fáctica, objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y las toxicomanías, con lo que proporciona a los interesados una imagen basada en datos empíricos del fenómeno de las drogas en Europa.

Las publicaciones del Observatorio constituyen una fuente de información primordial para un gran número de interesados, entre ellos los responsables de la adopción de políticas y sus asesores; profesionales e investigadores que trabajan en el campo de las drogas; y, de manera más general, los medios de comunicación y el público.

El informe anual presenta la visión general del OEDT sobre el fenómeno de las drogas en la Unión Europea y es un libro de referencia fundamental para quienes desean ponerse al día sobre la situación de las drogas en Europa.



Oficina de Publicaciones

