Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

ISSN 1609-607X

INFORME ANUAL 2009

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA EN EUROPA

ES

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

INFORME ANUAL 2009

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 o de las Comunidades Europeas.

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 está publicado en alemán, búlgaro, checo, danés, eslovaco, esloveno, español, estonio, finés, francés, griego, húngaro, inglés, italiano, letón, lituano, neerlandés, polaco, portugués, rumano, sueco, turco y noruego. Todas las traducciones fueron realizadas por el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea.

Al final de la obra figura una ficha bibliográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2009

ISBN 978-92-9168-385-7

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2009

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 7

Nota introductoria 9

Comentario: Acertar un blanco en movimiento: el reto de desarrollar una respuesta política pragmática para un problema de drogas cambiante 11

Capítulo 1: Políticas y legislación
Desarrollos en el ámbito político internacional y de la UE • Estrategias nacionales • Gasto público • Legislación nacional • Investigación 19

Capítulo 2: Respuestas a los problemas relacionados con las drogas en Europa: panorámica general
Prevención • Tratamiento • Reducción de daños • Reinserción social • Cumplimiento de la legislación y delitos relacionados con las drogas • Respuestas sanitarias y sociales en prisión 28

Capítulo 3: Cannabis
Oferta y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Tratamiento 42

Capítulo 4: Anfetaminas, éxtasis y sustancias alucinógenas
Oferta y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Entornos recreativos • Tratamiento 55

Capítulo 5: Cocaína y *crack*
Oferta y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Consecuencias sanitarias • Consumo problemático y solicitud de tratamiento • Tratamiento y reducción de daños 67

Capítulo 6: Consumo de opiáceos y drogas por vía parenteral
Oferta y disponibilidad • Consumo problemático de opiáceos • Consumo de drogas por vía parenteral • Tratamiento 79

Capítulo 7: Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas
Enfermedades infecciosas • Respuesta a las enfermedades infecciosas • Muertes y mortalidad • Reducción del número de muertes 90

Capítulo 8: Nuevas drogas y tendencias emergentes
Acciones respecto a nuevas drogas • «Spice» y cannabinoides sintéticos conexos • Internet: un mercado para el comercio de sustancias psicotrópicas • Seguimiento de sustancias 103

Bibliografía 109

Prefacio

Este informe presenta una evaluación actual y detallada de la situación de las drogas en Europa, y agradecemos a nuestro personal el haber trabajado con tanto denuedo en su elaboración. No obstante, debemos reconocer que el valor de este documento no emana de nuestro trabajo aquí en Lisboa, sino más fundamentalmente de los esfuerzos realizados dentro de los Estados miembros para desarrollar un sistema de información sólido y exhaustivo. A la vez que constituye una contribución importante a un debate maduro e informado sobre el problema de las drogas, creemos que la existencia de este sistema de control se traduce en unas políticas mejores y más eficaces.

Tales políticas resultan progresivamente más necesarias, en la medida en que los retos en este ámbito cada vez se hacen más complejos. Un elemento común presente en todo este informe es la naturaleza dinámica del problema de las drogas, y hemos de garantizar que nuestro enfoque se mantenga a la altura de las condiciones cambiantes a las que nos enfrentamos.

Este año, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) ha cumplido 15 años recogiendo información y escribiendo sobre el problema europeo de las drogas. Para conmemorar este acontecimiento hemos celebrado una conferencia titulada «Identificar las necesidades de información en Europa para una política eficaz contra las drogas». Ha ofrecido a científicos, profesionales y políticos de toda Europa, e incluso de otras partes, la oportunidad de acudir a Lisboa para ayudarnos a analizar y evaluar la base de conocimientos existente en el campo de las drogas y a identificar las necesidades de información actuales y futuras.

La conferencia ha demostrado que Europa se ha convertido en un excepcional laboratorio para estudiar y comprender el uso de las drogas y las respuestas relacionadas con las mismas, y eso nos brinda ahora notables oportunidades para el aprendizaje colectivo y para compartir los conocimientos. En ningún otro lugar existe un grupo tan vasto de países culturalmente diferentes que haya demostrado una determinación común para mejorar su comprensión y sus respuestas a este complejo problema social. Es algo que puede apreciarse en el desarrollo de un sistema transversal de control de drogas que abarca a 30 países con una población conjunta de más de 500 millones de personas. Asimismo, en la estrategia sobre las drogas y el plan de acción de la Unión Europea (UE) pueden detectarse unas herramientas que están diseñadas para hacer recuento de la información disponible y transformarla en una actuación práctica y colectiva. Eso resulta de especial importancia ahora, cuando nuestros Estados miembros se enfrentan a decisiones difíciles a la hora de establecer prioridades para las subvenciones y cada vez están más atentos a la necesidad de obtener el máximo beneficio de las inversiones que se han efectuado. Confiamos en que nuestro informe contribuya a este proceso. Además, nos comprometemos a que la identificación de lo que constituye una práctica eficaz en el campo de las drogas entre a formar parte, cada vez en mayor medida, de las futuras actividades del OEDT.

La conferencia ha identificado asimismo una serie de asuntos importantes que están recogidos en el análisis que aquí se presenta. Nuestros sistemas de información tienen que producir mejores resultados en cuanto a la identificación, el seguimiento y la exposición de nuevas tendencias. Sin embargo, al hacerlo resulta esencial que nuestra información continúe siendo precisa, fundamentada y exenta de alarmismo. También ha quedado de relieve la necesidad de unificar en nuestro análisis tanto los aspectos propios del lado de la oferta como los de la demanda. En el informe de este año concedemos mayor relevancia a un análisis de los indicadores del lado de la oferta y el mercado de las drogas. Lo hacemos con cautela, ya que los esfuerzos realizados en este entorno para mejorar la calidad, la fiabilidad y la comparabilidad del conjunto de datos europeos son insuficientes. Es algo que ahora está universalmente aceptado y nos comprometemos a trabajar con nuestros socios nacionales y europeos para solventar esta deficiencia.

Una de las conclusiones del informe de este año es que la evaluación de la situación europea en cuestión de drogas exige el conocimiento simultáneo de las características nacionales, de las especificidades subregionales y, cada vez más, de las tendencias comunes europeas o incluso globales. Con vista al futuro necesitamos describir mejor esta compleja relación, ya que eso nos ayudará no sólo a comprender aquellos factores capaces de fomentar o inhibir el aumento de los problemas causados por las drogas, sino que también nos guiará en el desarrollo de intervenciones adecuadas.

Por último es preciso señalar que la Unión Europea y las Naciones Unidas han renovado sus documentos en materia de política sobre drogas casi paralelamente a finales de 2008 y principios de 2009. El nuevo plan de acción de la UE y la nueva declaración política y el plan de acción de las Naciones Unidas reflejan el compromiso internacional de reducir el consumo de drogas y los daños que puede causar. Alcanzar estos objetivos constituye un reto importante y sólo podrá conseguirse si se ejecutan con carácter general las acciones previstas. El control y la evaluación son elementos clave en este proceso, ya que nos permiten mantener el rumbo de nuestras políticas y los progresos realizados.

Marcel Reimen
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 (EMEA) y Europol;
- el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Oficina regional para Europa de la OMS, Interpol, la Organización Mundial de Aduanas, el proyecto 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 de la Unión Europea.

Puntos focales nacionales de la red Reitox

Reitox es la red europea de información sobre la droga y la drogadicción. 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 la siguiente dirección encontrará los datos necesarios para poder ponerse en contacto con ellos:
http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network

Nota introductoria

El presente 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 forma de informes nacionales. Los datos estadísticos que aquí presentamos se refieren al año 2007 (o al último año para el que se dispone de datos). En ocasiones, los gráficos y los cuadros se refieren sólo a un subgrupo de países de la Unión Europea: para la selección se han considerado aquellos países que cuentan con datos para el periodo de referencia.

Los precios de venta al por menor de los estupefacientes comunicados al OEDT reflejan los precios para el consumidor. Los informes de la mayoría de los países sobre pureza o potencia se basan en una muestra de todos los estupefacientes incautados, y por regla general no es posible vincular los datos comunicados a un nivel específico del mercado de las drogas. En lo relativo a la pureza o la potencia, así como para los precios al por menor, los análisis se basan en los valores medios comunicados o, a falta de ellos, en valores medianos.

Los informes sobre la prevalencia del consumo de droga que se basan en encuestas de población general hacen referencia en su mayoría a la población nacional de edad comprendida entre 15 y 64 años. Entre los países que utilizan límites de edad máximos o mínimos distintos se cuentan: Alemania (18), Bulgaria (18-60), la República Checa (18), Dinamarca (16), Hungría (18-59), Malta (18), el Reino Unido (16-59) y Suecia (16). Los datos de prevalencia del Reino Unido se refieren a Inglaterra y Gales.

En los informes sobre solicitud de tratamientos, el término «nuevos pacientes» hace referencia a aquellos que se han acogido a un tratamiento por primera vez en su vida, mientras que «todos los pacientes» se refiere a todos aquellos que inician un tratamiento. Los datos no incluyen a los pacientes que se hallan en tratamiento continuo a comienzos del año en cuestión. En los casos en los que se indica un porcentaje de solicitud de tratamiento para una droga principal, el denominador es el número de casos para los que se conoce la droga principal.

El análisis de tendencias se centra únicamente en los países que proporcionan suficiente información 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 2007 se ha reemplazado en ocasiones por las cifras de 2006; en el análisis de tendencias de los demás datos, lo valores no disponibles se han interpolado en ocasiones. Las tendencias en materia de precios incluyen un factor de corrección para descontar la inflación a escala nacional.

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.

El término «notificación» de las infracciones de la legislación sobre droga puede abarcar distintos ámbitos en los distintos países.

El informe anual está disponible en 23 lenguas y puede descargarse en el sitio web http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009.

El boletín estadístico de 2009 (http://www.emcdda.europa.eu/stats09) presenta todos los cuadros originales en los que se basa el análisis estadístico del informe anual. Asimismo, describe en mayor profundidad la metodología empleada y ofrece alrededor de 100 gráficos estadísticos adicionales.

Los resúmenes por país (http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews) ofrecen un resumen de los aspectos más importantes de la situación de la droga en cada país.

Los informes nacionales de los puntos focales Reitox presentan una descripción y un análisis detallados del problema de las drogas en cada país, y pueden consultarse en el sitio web del OEDT (http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports).

Comentario

Acertar un blanco en movimiento: el reto de desarrollar una respuesta política pragmática para un problema de drogas cambiante

El consenso político permite un Plan de acción sobre drogas más orientado a objetivos

Este informe se refiere a un periodo importante para la política en materia de drogas, tanto en Europa como más allá de sus fronteras. En la Unión Europea (UE) hemos asistido a la evaluación del Plan de acción en materia de lucha contra la droga 2005-2008 —el quinto desde 1990— y a la elaboración y el lanzamiento de su sucesor, operativo para los años 2009-2012. Aunque a menudo se hace hincapié en las diferencias existentes entre Estados miembros en cuanto a sus políticas sobre drogas, desde una perspectiva histórica resulta asombroso el notable consenso que se percibe ahora en los debates a nivel europeo. Los Estados miembros pueden tener distintos enfoques políticos, que hasta cierto punto reflejan las realidades nacionales; sin embargo, en muchos ámbitos el debate resulta cada vez más maduro y alentado por el consenso. Esto ha hecho posible un nuevo Plan de acción que puede describirse como pragmático, centrado y orientado. Este enfoque queda ilustrado concretamente por la atención prestada a determinados ámbitos prácticos, como la prevención de muertes relacionadas con la droga, el trabajo en instalaciones penitenciarias y la mejora de la calidad de tratamiento y otras intervenciones.

A nivel internacional se ha suscitado un notable interés público y profesional merced a los debates que han desembocado en la aprobación de una nueva Declaración política y un Plan de acción de las Naciones Unidas para combatir el problema global de las drogas, surgidos a raíz de la revisión de los objetivos en la Sesión Especial de la Asamblea General (Ungass) de 1998. En este debate, Europa se ha mostrado claramente partidaria de políticas de lucha contra las drogas que sean equilibradas, científicamente fundamentadas y humanitarias. Eso ha contribuido a garantizar que, en el acuerdo final, se preservaran los elementos progresivos clave de los documentos originales de la Ungass de 1998. Aunque los debates en las Naciones Unidas a veces han sido acalorados y en ocasiones han reflejado posiciones políticas e ideológicas inamovibles, también se han detectado signos de que podría estar ganando terreno un enfoque más pragmático y razonado para identificar cuáles son las actuaciones eficaces. Los Estados Unidos, por ejemplo, han suavizado su postura en cuanto a facilitar equipos de inyección estériles para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sanguínea, reflejando el notable fundamento empírico respecto de la eficacia que existe en este ámbito. Y, con carácter más general, en las recientes declaraciones políticas, los Estados Unidos parecen estar aproximándose al modelo europeo. De la reunión de la Ungass ha surgido asimismo un consenso firme acerca de la necesidad de un control global eficaz del fenómeno de las drogas, sobre todo dado el continuado crecimiento de los problemas en países en desarrollo y en transición. Se ha criticado el mecanismo de información desarrollado para evaluar la ejecución de los planes de acción de la Ungass. Pero con su desaparición quedan fuera del marco global de información existente importantes entornos de trabajo, en concreto aquellos que se ocupan de las medidas para la reducción de la demanda. Es probable que este tema se convierta en un asunto importante para la próxima sesión de la Comisión de Estupefacientes.

Práctica de aplicación de la ley en contraposición a objetivos políticos enfrentados

La aplicación de la legislación sobre drogas es objeto de especial atención en el informe anual de este ejercicio, y un capítulo específico se ocupa de las condenas y otras consecuencias para quienes han sido acusados de delitos relacionados con las drogas. El número de infracciones contra la legislación sobre drogas denunciadas en Europa continúa aumentando. Y aunque los datos resultan difíciles de interpretar, esta observación suscita algunos interrogantes acerca del grado en que el cumplimiento de la legislación sobre drogas se ajusta a los objetivos políticos en este campo.

En términos generales, el debate político europeo se ha desplazado a favor de conceder mayor prioridad a las actividades de represión enfocadas al suministro, más que al consumo de drogas. Como reflejo de lo anterior, en

algunos países se han elevado las penas legales aplicables a los delitos relacionados con el suministro o se han implantado sanciones mínimas. Resulta difícil calibrar hasta qué punto este desplazamiento de la atención desde los usuarios hacia los proveedores de drogas se está traduciendo en prácticas policiales. Sólo en algunos países los delitos relacionados con el suministro de drogas superan a los de su posesión. En conjunto, el número de delitos relacionados con el suministro ha aumentado, pero la cifra de delitos relacionados con la posesión o el consumo de drogas también lo ha hecho, incluso en mayor medida. Asimismo, a lo largo y ancho de Europa el panorama de los delitos relacionados con el suministro es más heterogéneo, al experimentar la mitad de los países notificantes una disminución de las cifras en los datos a medio plazo.

El análisis exhaustivo de las sentencias por delitos contra la legislación sobre drogas en Europa, que acompaña a este informe, explora qué les ocurre a quienes infringen dichas leyes. Las sentencias de prisión son habituales para los delitos relacionados con el suministro, pero tienden a dictarse conforme a los valores más bajos de las penas disponibles, por término medio tres años o menos. Esto tal vez refleje simplemente el hecho de que muchos de los condenados se encuentran en la zona inferior de la cadena de suministro, son traficantes callejeros o adictos que además venden drogas para financiar su hábito. Este hallazgo presenta implicaciones en cuanto al desarrollo de unas directrices de condenas mínimas, si se pretende que sirvan de disuasión para evitar que los delincuentes profesionales de alto nivel se impliquen en el suministro de drogas.

En la mayoría de los países, rara vez se dictan condenas de prisión por consumo o posesión de droga. Dicho esto, un pequeño porcentaje de quienes son conducidos ante los tribunales es sentenciado a prisión inmediata, posiblemente debido a circunstancias agravantes. Esto significa que un número cada vez mayor de consumidores de droga se enfrenta al sistema de justicia penal sólo para recibir una sanción administrativa o de carácter menor. Dejando de lado el posible efecto disuasorio de este tipo de acción, plantea el interrogante de hasta qué punto este contacto con determinados grupos de consumidores de droga representa una oportunidad perdida para otras actividades de reducción de la demanda. Algunos países han desarrollado enfoques innovadores en este campo, pero en general, continúan siendo escasos.

Puesto que las personas acusadas de cometer delitos relacionados con las drogas conforman probablemente un grupo diverso, la evaluación de las necesidades constituye un asunto especialmente importante para el desarrollo de servicios en este ámbito. En lo tocante a intervenciones relacionadas con la salud, tales servicios cubren una gama continua desde los enfoques de prevención, educación y reducción de los daños, hasta breves intervenciones y, en caso de estar garantizado, el envío a servicios especializados de tratamiento por drogas y ayuda social. El desarrollo de un modelo operativo para garantizar trayectorias de referencia adecuadas probablemente plantea un reto organizativo. Portugal ha resuelto este problema de una forma ligeramente diferente. El consumo de drogas ya no está penalizado, y las personas detenidas por posesión de drogas son remitidas directamente, para analizar sus necesidades, a un tribunal especial, conocido como «Comisión para la disuasión del consumo de drogas». El tribunal puede imponer multas, pero su principal objetivo no es el de sancionar. Este esquema lleva funcionando ahora hace ocho años. Los temores iniciales de que este enfoque condujera a un aumento del turismo en busca de drogas o a mayores niveles de consumo no parecen verse corroborados por los datos disponibles.

Tratamiento e intervenciones sanitarias: de la «solución universalmente válida» hacia un conjunto de medidas individualizadas

Los servicios para los consumidores de drogas en Europa cada vez son más diversificados y se prestan como parte de un paquete integrado de atenciones. Es algo que puede apreciarse tanto a nivel conceptual como en la práctica. Por ejemplo, las intervenciones para la reducción de los daños y de tratamiento cada vez están más ligadas y son ofrecidas por los mismos proveedores. A pesar del reconocimiento generalizado de la importancia de la reintegración social, éste continúa siendo un entorno escasamente desarrollado, y los consumidores de drogas se enfrentan a notables dificultades para encontrar trabajo y vivienda adecuada y para desarrollar actividades no relacionadas con las drogas.

Aunque se han realizado progresos en el tratamiento de los consumidores de drogas en Europa, éstos son desiguales, tanto en lo que atañe a las sustancias contempladas como en lo que concierne a la cobertura geográfica. Los mayores avances se han producido en el ámbito del tratamiento de sustitución de opiáceos, alcanzando ahora la población sometida a tratamiento una cifra próxima a los 650 000, que va en aumento. No obstante, Europa central y oriental en conjunto sólo contribuye en un porcentaje reducido a este total, lo que sugiere la necesidad de ampliar los servicios a algunos

países. Una conclusión que se desprende de una serie de países es que la implicación de los médicos generales puede contribuir a una ampliación de la prestación de tratamiento. Los servicios de atención compartidos con centros especializados no sólo proporcionan apoyo a los médicos de familia, sino que además garantizan la calidad del tratamiento.

A pesar del hecho de que en la mayoría de los países es teóricamente posible continuar o iniciar el tratamiento de sustitución dentro de los establecimientos penitenciarios, en la práctica resulta a menudo difícil. Dado el número de consumidores de droga dentro de las cárceles de Europa, existe una necesidad acuciante de ampliar las posibilidades de tratamiento de todo tipo dentro de estas instalaciones. Este hecho está reconocido en el Plan de acción de la UE, pero de momento sigue siendo un ámbito desatendido en la mayoría de los países.

Para las drogas distintas de los opiáceos, la disponibilidad de servicios y nuestro entendimiento de lo que constituye una atención eficaz se encuentran menos desarrollados en Europa. Sin embargo, este problema ha empezado a ser reconocido y ahora hay un número creciente de proyectos de investigación y programas piloto europeos que abordan las necesidades de tratamiento para los consumidores de estimulantes y de cannabis. Además, los avances en la neurociencia no sólo han mejorado nuestro conocimiento de los mecanismos biológicos de la adicción, sino que ahora han comenzado a hacer posibles algunos planteamientos innovadores. Los ejemplos a este respecto incluyen la vacuna contra la cocaína, sometida actualmente a un ensayo a gran escala en Europa. Los avances en la tecnología de la información han facilitado asimismo la innovación, como los programas de tratamiento basados en Internet y el envío de mensajes de texto.

Nuevas pruebas de que Europa avanza hacia un periodo de niveles decrecientes de consumo de cannabis

La popularidad del consumo de cannabis aumentó de forma drástica durante el decenio de 1990, hasta el punto de que cerca de una cuarta parte de la población adulta europea reconoce haber consumido esta droga al menos en alguna ocasión. Posteriormente, la situación comenzó a estabilizarse y los datos más recientes sustentan firmemente el análisis presentado en el informe del año pasado, en el sentido de una disminución global del consumo de esta droga. Especial interés entrañan los últimos resultados del Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y otras Drogas, que ofrecen una visión de las tendencias temporales del consumo de drogas entre escolares. Es muy probable que las pautas detectadas aquí se den posteriormente en colectivos de mayor edad. Resulta interesante que, al igual que en el pasado pudieron apreciarse distintas pautas temporales en sentido ascendente en cuanto al consumo de cannabis, esta pauta parezca ahora estar repitiéndose en sentido inverso. El Reino Unido, por ejemplo, uno de los primeros países en registrar niveles elevados de prevalencia, también fue uno de los primeros en notificar una disminución del consumo. Este patrón puede apreciarse ahora en la mayoría de los demás países de Europa occidental. En Europa oriental, los niveles de consumo seguían aumentando en la mayoría de los países hasta hace poco. No obstante, incluso en estos países, existen signos de estabilización en la población joven y, si se repite la pauta detectada en todos los demás lugares, cabría esperar una posterior disminución.

Resulta muy importante entender los factores que influyen en la popularidad de una droga como el cannabis. Sin embargo, conviene ser prudente a la hora de inferir cualquier explicación causal simple.
Las políticas nacionales y de la UE han podido contribuir a afectar estas tendencias, pero también se detectan niveles decrecientes en los Estados Unidos y Australia, lo que sugiere que probablemente sean importantes factores socioculturales más amplios. Dentro del panorama europeo destaca un pequeño grupo de países, principalmente en el norte y el sur de Europa, donde los niveles de consumo de cannabis vienen siendo bajos y estables desde hace algún tiempo. Sería asimismo de gran ayuda comprender los factores protectores que actúan en esos países; pero, una vez más, el análisis tendría que tener plenamente en cuenta los factores culturales, sociales e históricos, así como contemplar la influencia de las políticas sobre drogas y las políticas sociales.

En contraste con los datos sobre los niveles generales de consumo, el análisis más reciente de los patrones del consumo problemático de cannabis en Europa es más variopinto y menos alentador. Conviene hacer aquí la salvedad de que actualmente carecemos de buenas medidas sobre consumo dependiente o problemático y, aunque se están realizando ciertos progresos en este sentido, hemos de basarnos en medidas más indirectas. El número de nuevas exigencias de tratamiento del cannabis tal vez se esté estabilizando ahora, tras aumentar de forma continuada durante varios años. Pero sigue estando poco claro hasta qué punto esto refleja pautas de consumo o la capacidad de los servicios. En la actualidad, el mejor indicador de conducta del consumo problemático del cannabis se obtiene mediante

Resumen de las estimaciones sobre el consumo de drogas en Europa

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

Cannabis

Prevalencia a lo largo de la vida: al menos 74 millones (el 22 % de los europeos adultos)

Consumo durante el último año: unos 22,5 millones de europeos adultos, es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida

Consumo durante el último mes: unos 12 millones de europeos

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses: Variación general: del 0,4 % al 14,6 %

Cocaína

Prevalencia a lo largo de la vida: unos 13 millones (el 3,9 % de los europeos adultos)

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

Consumo durante el último mes: unos 1,5 millones

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 10 millones (el 3,1 % de los europeos adultos)

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

Consumo durante el último mes: menos de 1 millón

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses: Variación general: del 0,1 % al 3,5 %

Anfetaminas

Prevalencia a lo largo de la vida: unos 12 millones (el 3,5 % de los europeos adultos)

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

Consumo durante el último mes: menos de 1 millón

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses: Variación general: del 0,0 % al 1,3 %

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 defunciones de europeos de 15-39 años de edad, habiéndose encontrado opiáceos en unas tres cuartas partes de las mismas

Droga principal en un 50 % del total de las solicitudes de tratamiento

Cerca de 650 000 consumidores de opiáceos recibieron tratamientos de sustitución en 2007

extrapolación de las estimaciones del número de consumidores diarios de la droga. Resulta difícil valorar las tendencias de consumo diario, pero los datos disponibles no apuntan a una disminución global. El OEDT estima que entre un 2 % y un 2,5 % de la población joven consume cannabis de forma diaria o casi diaria, detectándose niveles mucho más elevados entre los hombres jóvenes. Esto representa una gran población en peligro y pone de relieve la necesidad de un mejor conocimiento de las necesidades de servicio de este grupo.

Heroína y cocaína: sin signos claros de una disminución del problema

Nada permite aventurar una mejora de la situación en el tema de la heroína y la cocaína, las dos sustancias que forman el núcleo del problema de las drogas en Europa. Dicho eso, extraer una idea clara en este ámbito se complica por las dificultades a la hora de conciliar la información procedente de diferentes indicadores. Este problema resulta especialmente evidente en el caso de la cocaína, donde junto a una caída de la producción estimada, se ha producido una disminución de la cantidad de droga intervenida en la Unión Europea según los datos más recientes, al igual que la pureza de la droga a nivel callejero en la mayoría de los países. En el Reino Unido, un país con un vasto mercado de cocaína, las recientes rebajas de la pureza han sido considerables. Estos datos podrían sugerir una caída de la disponibilidad de cocaína, pero otras informaciones cuestionan esta conclusión. La cifra de captura de droga continúa en aumento, los precios disminuyen, y existen indicios de un cambio hacia nuevas rutas del tráfico a través de Europa oriental, lo que ha podido dificultar las operaciones de incautación. El consumo de cocaína en Europa continúa concentrado en los países occidentales, donde la tendencia permanece, por lo general, estable o sigue en aumento. Sin embargo, existen pruebas de la ulterior difusión de la droga hacia otros países. Las demandas de tratamiento relacionadas con la cocaína también aumentan. A partir de los datos existentes resulta posible concluir que los actuales niveles de consumo siguen siendo altos y que no disminuyen en zonas establecidas, así como que continúan creciendo en todos los demás sitios; pero existen indicios de que los proveedores pueden estar teniendo dificultades para cubrir la demanda de los consumidores en algunos mercados importantes. Será interesante comprobar si el futuro aporta pruebas más concretas acerca de la reducción de la disponibilidad de esta droga tras los recientes informes sobre la disminución de la producción global de cocaína.

La heroína sigue siendo la mayor causa de enfermedades y mortalidad relacionadas con el consumo de drogas en Europa. El consumo de esta droga venía disminuyendo desde mediados o finales del decenio de 1990, pero en la actualidad el panorama resulta menos claro y, en determinados casos, constituye un motivo de preocupación. Tras una notable disminución, el número de nuevas demandas de tratamiento ha venido creciendo desde 2002, al tiempo que un número notable de países declaran ahora aumentos tanto del número como del porcentaje de solicitudes de tratamiento relacionadas con las drogas opiáceas. Los datos sobre defunciones relacionadas con drogas, que en gran medida están asociadas al consumo de heroína, tampoco proporcionan ninguna indicación sobre un retorno a la tendencia decreciente detectada antes de 2004. Los datos sobre el número de delitos contra la legislación sobre drogas y de capturas también revelan aumentos. De forma preocupante, un reducido número de países declara haber observado problemas de heroína entre los jóvenes, sugiriendo que la droga podría estar llegando a nuevos grupos de personas. En conjunto cabe calificar de decepcionante que no se mantenga el análisis positivo de la tendencia decreciente de los problemas relacionados con la heroína. Y aunque en la actualidad no existe ninguna constatación de una vuelta a la propagación epidémica del consumo de heroína que se vivió en el pasado, los problemas de salud y sociales derivados del consumo de esta droga son considerables. Cualquier indicio de que la situación podría estar empeorando, sobre todo en vista de que Europa atraviesa un periodo de dificultades económicas, constituye un motivo de honda preocupación.

La politoxicomanía y los problemas concomitantes derivados del alcohol son ahora los elementos que definen el problema europeo del consumo de drogas

En el ámbito de la prevención del consumo de drogas, desde hace tiempo se viene sosteniendo que la mejor forma de resolver los problemas del consumo de sustancias es mediante un enfoque holístico y dentro del contexto de estilos de vida saludables y opciones informadas. Por el contrario, el discurso sobre el consumo de drogas a menudo se adapta más a cada sustancia específica. Resulta difícil no dejarse arrastrar a la conclusión de que esta perspectiva unidimensional cada vez resulta más inútil para entender la naturaleza evolutiva de las pautas del consumo de sustancias en Europa. Las personas que consumen drogas casi nunca limitan el consumo a una sola sustancia. En la Europa actual, las pautas de politoxicomanía constituyen la norma, y el consumo combinado de sustancias diferentes es responsable de, o complica, la mayoría de los problemas a los que nos enfrentamos. Esto plantea la necesidad de desarrollar un enfoque más amplio, integrado y referido a múltiples sustancias, a fin de comprender mejor la situación y diseñar y evaluar respuestas adecuadas. Y resulta igualmente válido para el mercado de las drogas. Las medidas destinadas a reducir el suministro de una droga se ven claramente devaluadas si sólo sirven para abrir la puerta al consumo de un sustituto, que puede ser incluso más pernicioso.

El informe anual de este ejercicio va acompañado de un tema seleccionado sobre consumo de múltiples drogas, que explora cuál es el impacto del consumo de sustancias múltiples en diferentes grupos de consumidores de droga. Los resultados son preocupantes. Entre los jóvenes, el consumo de sustancias múltiples puede aumentar los riesgos de problemas agudos y anuncia el desarrollo de un hábito crónico de drogadicción en años posteriores. Entre los consumidores de droga habituales de mayor edad, el consumo múltiple de drogas constituye un tema importante en las sobredosis por drogas, complica el tratamiento por drogas y va asociado a violencia e infracciones legales. Además también está aumentando en Europa la variedad de drogas a disposición de los consumidores. En el presente informe se destaca: la creciente diversidad de sustancias, en su mayoría incontroladas, que van dirigidas al mercado del cannabis; la innovación en la producción de drogas sintéticas; y la preocupación cada vez mayor por el mal uso de medicamentos que se expenden con receta. Además, ha quedado de manifiesto que un factor determinante en el problema del consumo de sustancias en Europa es la ingesta en paralelo de alcohol. Es algo que también puede detectarse en todos los grupos de edades.
En el colectivo escolar, los últimos datos muestran una fuerte asociación entre la bebida por diversión y el consumo de drogas. La bebida por diversión a menudo va de la mano del consumo lúdico de drogas, lo que aumenta los riesgos de repercusiones negativas entre jóvenes adultos. Dentro de la población de consumo crónico de drogas, la ingesta excesiva de alcohol es tan habitual que a menudo ni se menciona, y la necesidad de abordar la dependencia simultánea respecto del alcohol se ha convertido en un asunto cada vez más importante para los centros de tratamiento contra las drogas. Los problemas derivados del alcohol pueden resultar especialmente nocivos para las personas adictas a las drogas opiáceas, ya que pueden tener afectada la función hepática debido a infecciones por hepatitis, lo que aumenta el riesgo de una sobredosis.

Innovación y disponibilidad de precursores: factores interrelacionados que están teniendo un impacto creciente en el mercado de las drogas sintéticas

El OEDT está detectando una situación cada vez más compleja y volátil por lo que se refiere a la disponibilidad y el consumo de drogas sintéticas en Europa. El mercado ilegal y sus proveedores muestran elevados niveles de innovación en cuanto a los procesos de producción, nuevos productos y oportunidades de comercialización, al tiempo que ponen de relieve su capacidad para amoldarse rápidamente a las medidas de control. Además, la creciente sofisticación de la comercialización de «alternativas legales» a las drogas ilegales representa una evolución preocupante.

Un ejemplo de la volatilidad del mercado puede apreciarse en los recientes acontecimientos referentes a la disponibilidad del éxtasis. Hasta 2007, la mayoría de las pastillas de éxtasis analizadas en Europa contenían 3,4-metilendioximetamfetamina (MDMA) u otra sustancia similar al éxtasis. Sin embargo, los datos iniciales del sistema de alerta precoz de principios de 2009 sugieren que esto puede estar cambiando en algunos Estados miembros, como Dinamarca y los Países Bajos. En la mitad de las pastillas analizadas en estos países no se detectó MDMA ni ninguna de las sustancias análogas. En su lugar, las pastillas contenían 1-(3-clorofenil)piperazina (mCPP), bien sola o bien en combinación con otra sustancia psicotrópica. Aunque la mCPP no aparece en los Convenios de las Naciones Unidas, ha sido objeto de medidas de control en algunos Estados miembros de la UE. Las razones del cambio actual del mercado no están del todo claras, pero una posible explicación puede constituirla la escasez de 3,4-metilendioxifenil-2-propanona (PMK), un precursor principal para la síntesis del MDMA. Aún es pronto para decir si esta evolución es una desviación temporal o si marca una transición más significativa del mercado del éxtasis. El sistema de alerta precoz de la UE viene controlando la mCCP desde 2005, y el OEDT y Europol realizan un estrecho seguimiento de los acontecimientos en este campo y en 2010 van a elaborar un informe sobre el mercado.

Los cambios en el mercado del éxtasis tal vez denoten los esfuerzos cada vez más satisfactorios para prevenir el desvío de sustancias químicas precursoras, y tales esfuerzos también pueden producir importantes efectos sobre la disponibilidad y el consumo de otras sustancias. Por ejemplo, existen ciertos indicios de que la metanfetamina puede estar desplazando a la anfetamina en zonas de Europa septentrional. Una vez más, los factores del mercado y las sustancias químicas precursoras resultan importantes aquí, estando ubicadas las instalaciones de producción de la metanfetamina en Lituania, cuya ubicación geográfica facilita la importación de precursores, en este caso 1-fenil-2-propanona (BMK), desde fuera de la Unión Europea. La situación en los países nórdicos constituye un motivo adicional de preocupación acerca de la posible difusión exterior del consumo de metanfetamina más allá de la República Checa. En este país, los problemas de la metanfetamina vienen de largo, si bien la producción se realizaba habitualmente a pequeña escala para consumo personal o local. Una serie de países de Europa central también denuncian ahora cierto consumo de metanfetamina y Europol informa que se han detectado y desmantelado algunas instalaciones grandes de fabricación en otras partes de Europa. Existen asimismo ciertas pruebas de que el consumo de metanfetamina está aumentando rápidamente en algunos de los países colindantes con la Unión Europea. Hasta la fecha, la droga no ha conseguido penetrar en el gran mercado de drogas estimulantes en Europa occidental, donde todavía predominan la cocaína o las anfetaminas. No obstante, dada la relativa facilidad con que puede fabricarse la metanfetamina y el considerable impacto negativo que puede tener esta droga sobre la salud pública, no cabe margen alguno para la complacencia. La velocidad con que pueden evolucionar los problemas queda ilustrada por Eslovaquia, que constituye un estudio de caso reciente de un país donde el consumo de metanfetamina ha aumentado de manera significativa.

Internet y comercialización: ¿constituye «spice» una muestra de lo que se avecina?

Son pocos los entornos de la vida contemporánea que no han sufrido una transformación debido a los avances en la tecnología de la información, al haberse convertido ahora Internet no sólo en una fuente ilimitada de información, sino también en un importante mercado virtual para el intercambio de bienes y servicios. Por tanto, no puede sorprender que este medio esté produciendo un impacto ahora sobre el mundo de las drogas. Este año, el OEDT ha puesto en marcha una primera revisión de los enfoques de tratamiento de Internet, y parece ser que para ciertas formas de prevención, de tratamiento y de intervenciones para la reducción de daños, los planteamientos basados en la web poseen un potencial considerable. En el aspecto menos positivo, existen evidentes dificultades para regular este fenómeno virtual y global, e Internet puede utilizarse para fomentar el uso de sustancias psicotrópicas. Además de los problemas planteados por la comercialización en línea de alcohol y medicamentos, existen los inherentes a

la aparición de una gama de alternativas supuestamente «legales» a las sustancias psicotrópicas controladas.

El OEDT está controlando ahora de manera regular las sustancias psicotrópicas ofertadas por los minoristas en línea. Este mercado ha crecido en los últimos años e incluye ahora una amplia variedad de productos a base de plantas, en concreto mezclas de hierbas, así como mercancías que contienen compuestos sintéticos. Las nuevas sustancias que están apareciendo en el mercado de Internet pueden ir desde drogas consumidas habitualmente en determinadas partes del mundo, a sustancias químicas experimentales, sintetizadas en laboratorios y no ensayadas en seres humanos. Otras innovaciones incluyen el desarrollo de marcas concretas y el uso de un envasado atractivo. Un ejemplo notable de lo anterior lo constituyen las mezclas de hierbas que se han comercializado bajo la denominación «spice».

Se han encontrado numerosas marcas de «spice» con diferentes envasados y distintas listas de ingredientes. Sin embargo, los análisis forenses han sido incapaces, en gran medida, de detectar las sustancias a base de plantas declaradas en las etiquetas, pero en algunas muestras han logrado identificar cannabinoides sintéticos que habían sido agregados a las mezclas. Estas sustancias no figuraban entre los ingredientes enumerados y, en consecuencia, habrían sido consumidas sin tener conocimiento de ellas. Los cannabinoides detectados son compuestos de investigación relativamente ignotos, algunos son extremadamente potentes y es poco lo que se sabe de sus efectos sobre el organismo humano.

Los intentos por eludir el control de las drogas mediante la comercialización de sustitutos no regulados no son nuevos. Lo que es nuevo es la enorme variedad de sustancias que se están explorando ahora, la agresiva comercialización de productos que han sido identificados equívocamente de forma intencionada, el uso creciente de Internet y la velocidad con que reacciona el mercado a las medidas de control. «Spice» puede, por tanto, proporcionarnos un aviso de los problemas que pueden llegar. La capacidad de químicos experimentados, a menudo ubicados fuera de la jurisdicción europea, de realizar de forma económica procesos de síntesis química proporciona potencialmente acceso a un número considerable de sustancias psicotrópicas. Esto puede suponer la aparición de grupos de sustancias químicas totalmente nuevas, incluidos muchos análogos, que pueden resultar difíciles de detectar y que plantean dificultades considerables para las políticas de control basadas en compuestos individuales. Además, en la medida en que algunas de estas sustancias pueden tener aplicaciones legales o pueden venderse teóricamente para fines legítimos, pueden quedar en un ámbito situado a medio camino del control de drogas y la reglamentación comercial.

Capítulo 1
Políticas y legislación

Introducción

El año pasado se elaboraron dos nuevos documentos de política de lucha contra la droga a escala europea e internacional. En diciembre de 2008, la Unión Europea (UE) desveló su nuevo Plan de acción en materia de lucha contra la droga (2009-2012) y algunos meses más tarde las Naciones Unidas presentaron una nueva declaración política y un nuevo Plan de acción para luchar contra el problema de las drogas en el mundo. En el presente capítulo se examina el contenido de los nuevos documentos de política de lucha contra la droga y el papel de las organizaciones que representan a la sociedad civil en su elaboración.

Los debates sobre la política internacional versaron, entre otras cosas, sobre el tráfico de drogas y en el presente informe se revisan también los recientes avances realizados en el ámbito de las penas mínimas para el tráfico de drogas en Europa. La reducción de daños también acaparó la atención del debate político y en este capítulo también se analiza la situación jurídica de dos importantes intervenciones en este ámbito, a saber, el intercambio de agujas y jeringuillas y los tratamientos de sustitución.

Otros temas que se abordan en el presente capítulo se refieren a la reciente adopción y evaluación de estrategias nacionales y planes de acción de lucha contra la droga, nuevos datos y tendencias sobre el gasto público relacionado con las drogas y los avances realizados en el marco de la investigación sobre las drogas en Europa.

Desarrollos en el ámbito político internacional y de la UE

Nueva declaración política y nuevo Plan de acción de las Naciones Unidas

En una reunión política de alto nivel celebrada durante el actual periodo de sesiones de la Comisión de Estupefacientes (CND) de las Naciones Unidas se han adoptado una nueva declaración política y un nuevo Plan de acción ([1]). Éste fue el resultado del ejercicio de reflexión realizado durante todo un año en el marco de la revisión decenal para evaluar los progresos en la consecución de las metas y los objetivos fijados en 1998 durante la vigésima Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Ungass) dedicada al problema mundial de las drogas.

La Unión Europea y sus Estados miembros están desempeñando un papel destacado en la revisión de la Ungass. La posición de Europa sobre la política de lucha contra la droga de las Naciones Unidas derivada del proceso de revisión se recogió en un documento de posición común elaborado por el Consejo de la Unión Europea. El documento hizo hincapié sobre la importancia de la salud pública como principio esencial del sistema internacional de control de estupefacientes y la necesidad de mantener la coherencia en todo el sistema en materia de drogas entre los órganos de las Naciones Unidas (JIFE, ONUDD, Unaids, OMS, entre otros). Asimismo, se pedía la inclusión de una serie de elementos y prioridades clave en la nueva declaración política de las Naciones Unidas. Entre ellos, la necesidad de contar con una política global, integrada y equilibrada en la que se concediese mayor relevancia a la reducción de la demanda de droga y se incluyese la reducción de daños. La UE pidió que el respeto de los convenios internacionales en materia de derechos humanos, incluido el derecho a la salud, se recogiese como elemento fundamental de la nueva política en materia de drogas y que el desarrollo de las políticas de lucha contra la droga se fundamentase en las pruebas científicas correspondientes. Por otra parte, la UE avanzó que, para luchar contra la producción de droga, el apoyo a las iniciativas de desarrollo alternativas existentes no se debería condicionar a la reducción de los cultivos ilegales.

El nuevo documento de las Naciones Unidas es similar en su contenido a las declaraciones y planes de acción de la Ungass acordados en 1998. Incluye muchos de los elementos propuestos por la Unión Europea, como

([1]) Declaración política y Plan de acción sobre la cooperación internacional para lograr una estrategia integrada y equilibrada de lucha contra el problema de la droga en el mundo.

Mercado mundial de drogas ilegales

Los resultados de un nuevo estudio financiado por la Comisión Europea sobre el mercado mundial de drogas ilegales se presentaron en el periodo de sesiones de 2009 de la Comisión de Estupefacientes en Viena ([1]). El estudio no encontró pruebas de la reducción del problema mundial que plantean las drogas entre 1998 y 2007. Para algunos países el problema ha remitido, pero para otros se ha agravado, en algunos casos de forma sustancial.

Según el estudio, los mercados mundiales de drogas ilegales no se encuentran verticalmente integrados o dominados por importantes traficantes o carteles. Aunque se estima que la venta de drogas ilegales genera más de 100 000 millones de euros, la gran mayoría de los que participan en el tráfico de drogas obtienen ingresos modestos. Unos pocos individuos hacen grandes fortunas, pero éstas son únicamente una pequeña proporción de los ingresos totales.

El estudio señala la convergencia de las políticas nacionales en materia de drogas, que hacen especial hincapié sobre la reducción de la demanda y en las que la reducción de daños recibe una aceptación cada vez mayor. Las políticas se han endurecido en relación con los traficantes.

El estudio considera que la aplicación de la prohibición de las drogas ha causado importantes daños no intencionados, muchos de los cuales podrían haberse previsto (como el desplazamiento geográfico de la producción y el tráfico).

([1]) Comisión Europea, «Report on global illicit drug markets, 2009» (disponible en: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

demuestra el Plan de acción, que revisa los problemas actuales de las políticas de lucha contra la droga y enumera las acciones que los Estados miembros de las Naciones Unidas se han comprometido a poner en marcha durante el próximo decenio. Entre las acciones y objetivos clave de la reducción de la demanda de drogas cabe destacar un mayor respeto de los derechos humanos, una mayor accesibilidad de los servicios y una mayor atención a los grupos vulnerables. También se insta a lograr un mejor equilibrio de las políticas de lucha contra la droga, a favor de la reducción de la demanda de estupefacientes, y la puesta en marcha de intervenciones basadas en las pruebas científicas existentes, así como la aplicación de mecanismos de supervisión y garantía de calidad. No obstante, el documento de las Naciones Unidas no reconoce explícitamente la contribución de la reducción de daños, un enfoque adoptado en Europa sobre la base de datos empíricos.

Planes de acción en materia de lucha contra la droga de la UE

En septiembre de 2008 la Comisión Europea publicó su evaluación final del Plan de acción en materia de lucha contra la droga 2005-2008 de la UE ([2]). En ella revisó la aplicación de las acciones y el logro de los objetivos fijados en el Plan de acción. También examinó el impacto del Plan de acción sobre las políticas nacionales de lucha contra la droga de los Estados miembros de la UE y examinó las tendencias más recientes en esta materia en Europa.

La evaluación llegó a la conclusión de que, a pesar de que no todas las acciones se habían aplicado plenamente ni se habían logrado todos los objetivos, se habían registrado progresos en casi todos los ámbitos del Plan de acción. Por otra parte, el hecho de que la mayoría de los documentos de política de lucha contra la droga contuviese objetivos en sintonía con el Plan de acción de la UE se señaló como prueba de una convergencia cada vez mayor entre países europeos en el ámbito de las políticas de lucha contra la droga. También se señaló una relativa estabilización de la situación en materia de drogas en Europa en los últimos años, aun cuando la contribución del Plan de acción de la UE a esta tendencia sigue siendo incierta.

En general, a pesar de algunas deficiencias operativas, se llegó a la conclusión de que el Plan de acción de la UE aportaba valor añadido en tres ámbitos diferentes, a saber, la participación de los Estados miembros y las instituciones de la UE en el logro de los objetivos comunes, el establecimiento de un marco de coordinación y el desarrollo de un enfoque coherente en materia de drogas y la aportación de un modelo político a escala internacional.

La evaluación final del Plan de acción en materia de drogas se tuvo en cuenta en la elaboración de su sucesor, el Plan de acción en materia de drogas de la UE (2009-2012), que el Consejo Europeo aprobó en diciembre de 2008 ([3]). Este último Plan de acción, el quinto desde 1990, es el segundo en el marco de la estrategia de lucha contra la droga de la UE (2005-2012). Su objetivo general es reducir de forma significativa la prevalencia del consumo de estupefacientes entre la población, así como los daños sociales y sanitarios ocasionados por el consumo y el comercio ilícito de drogas.

El nuevo Plan de acción de la UE identifica cinco prioridades clave que reflejan estos ámbitos de acción, a saber, la mejora de la coordinación, la cooperación y la sensibilización pública, la reducción de la demanda de drogas, la reducción del suministro de drogas, la mejora de la cooperación internacional y la mejora de la

([2]) 13407/08 ADD3 Cordrogue 69 (http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf).
([3]) DO C 326 de 20.12.08, p. 7.

Plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE (2009-2012): nuevas características

La participación de la sociedad civil en las políticas en materia de drogas recibe mayor atención en el nuevo Plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE. A través del establecimiento de una «Acción Europea sobre la Droga» (EAD), el Plan de acción tiene por objeto estimular el compromiso de la sociedad civil, así como su iniciativa, en relación con el problema de las drogas. El Plan de acción también hace un llamamiento a los Estados miembros para que insten a la sociedad civil a participar a todos los niveles adecuados de la política en materia de lucha contra la droga.

Se ha reforzado el aspecto de la calidad de las intervenciones en los ámbitos de la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la rehabilitación a través de acciones que piden la elaboración y el intercambio de orientaciones, buenas prácticas y normas de calidad, así como el desarrollo de normas mínimas de calidad en la UE en estos ámbitos. Los centros penitenciarios también son objeto de especial atención en el capítulo de la reducción de la demanda de drogas, con acciones que piden a los Estados miembros la prestación de servicios para los consumidores de drogas reclusos equivalentes a los existentes fuera de las prisiones, la dispensación de atención de seguimiento después de su excarcelación y, en general, la mejora de la supervisión de los problemas en materia de drogas y los servicios relacionados en este entorno específico.

La mayoría de las acciones relacionadas con la reducción de la oferta tienen por objeto mejorar el cumplimiento de la ley y la cooperación judicial entre Estados miembros, a menudo a través de una mayor participación de los órganos de la UE y un mayor uso de proyectos e instrumentos. La reducción de la desviación y el tráfico de los precursores de las drogas dentro y fuera de Europa constituye el objeto de siete acciones diferentes, a través de la adopción de un enfoque de tipo ampliamente operativo.

En el ámbito de la cooperación internacional, se hace mayor hincapié sobre el desarrollo alternativo, con tres acciones que piden un mayor apoyo financiero y político para tales programas. También se pide un mejor reflejo del enfoque equilibrado entre reducción de la oferta y la demanda en los acuerdos y programas externos.

En el capítulo de la información, la investigación y la evaluación, una nueva acción pide el desarrollo de indicadores y estrategias clave para la recogida de datos sobre las infracciones en materia de drogas, el cultivo ilegal de éstas, los mercados de estupefacientes y las intervenciones de reducción de la oferta. También se hace mayor hincapié sobre el refuerzo de la investigación en el ámbito de las drogas y el desarrollo de evaluaciones de las políticas en materia de drogas tanto a escala nacional como europea.

comprensión del problema. El nuevo plan es más específico que su predecesor y cuenta con la mitad de los objetivos (24) y un menor número de acciones (72) que el anterior. Asimismo, contiene objetivos y acciones que no incluía el anterior ([4]). Un evaluador externo e independiente realizará una evaluación final del Plan de acción y la estrategia en 2012, a lo que seguirá un periodo de reflexión para preparar los siguientes documentos de política de lucha contra la droga de la UE.

Sociedad civil y formulación de las políticas en materia de drogas

La contribución de las organizaciones no gubernamentales (ONG) a los debates preparatorios de los nuevos documentos de política de lucha contra la droga de la UE y las Naciones Unidas constituye un paso importante en relación con la participación de la sociedad civil en este ámbito político. En mayo de 2008, el Foro de la sociedad civil sobre las drogas de la Comisión Europea debatió los primeros resultados de la evaluación del Plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE (2005-2008), así como las necesidades y posibles contenidos del Plan de acción sucesivo (Comisión Europea, 2008a).
Las 26 ONG que componen el Foro señalaron que los principios de la salud pública y los derechos humanos deberían ocupar el centro de la política en materia de drogas de la UE, así como que habría de hacerse hincapié sobre la no estigmatización y la no discriminación. Asimismo, pidieron que se prestase mayor atención a los grupos vulnerables, el policonsumo de drogas, las cuestiones relativas a la salud mental, la situación en los centros penitenciarios y la prevención de las muertes ocasionadas por las drogas. Entre las prioridades para la acción identificadas por el Foro cabe destacar una coordinación reforzada entre las administraciones públicas y la sociedad civil, el desarrollo de normas de calidad en la reducción de la demanda de droga, la mejora de los mecanismos de recogida de datos y el apoyo de iniciativas de desarrollo alternativas en terceros países.

La contribución de las ONG a los progresos realizados en la consecución de los objetivos fijados en la Ungass de 1998 fue revisada por el Comité de estupefacientes de las organizaciones no gubernamentales en Viena (VNGOC), con el apoyo financiero de la Comisión Europea y diversos Estados miembros de la UE. La iniciativa «Beyond 2008» del VNGOC se basaba en nueve consultas regionales que culminaron en un foro celebrado en julio de 2008 en Viena. La declaración final y las tres resoluciones adoptadas por el foro pusieron de manifiesto las numerosas actividades de las ONG y su papel, cada vez mayor, en la política en materia de drogas ([5]).

([4]) Véase el recuadro «Plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE (2009-2012): nuevas características».
([5]) http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56

Las ONG instaron a las administraciones públicas y las organizaciones internacionales a emprender consultas periódicas con ellas y prestarles un mayor apoyo. Entre las numerosas y variadas cuestiones sometidas a la atención de los Estados miembros y las organizaciones internacionales cabe destacar las siguientes: una política global y equilibrada en materia de drogas basada en los derechos humanos, la salud pública y las pruebas científicas; una mayor capacidad de evaluación y supervisión; el desarrollo y la difusión de buenas prácticas y, concretamente, de principios rectores de las Naciones Unidas para un tratamiento eficaz; la accesibilidad y adecuado suministro de estupefacientes para su uso como medicamentos analgésicos; la imposición de sanciones y la adopción de disposiciones alternativas para los delitos relacionados con la droga, y el respeto de los derechos humanos de los reclusos con drogodependencias o detenidos por la comisión de delitos relacionados con la droga.

Estrategias y planes de acción nacionales en materia de drogas

Evoluciones recientes

Las estrategias y planes de acción nacionales 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, todos excepto uno han adoptado documentos políticos que renuevan periódicamente.

En 2008, Grecia, Francia y el Reino Unido adoptaron nuevos documentos de política de lucha contra la droga ([6]). Grecia ha aprobado un Plan de acción (2008-2012) que complementa la estrategia sobre drogas aplicada en el país. Entre los objetivos del nuevo Plan cabe destacar una mejor aplicación del tratamiento de la drogodependencia. El nuevo Plan de acción francés (2008-2011) abarca las drogas ilícitas, el alcohol y el tabaco. Una de las principales prioridades de este plan consiste en disuadir a los jóvenes para que no se inicien en el consumo de estupefacientes a través de la reafirmación de la prohibición del consumo de drogas y una serie de iniciativas de información dirigidas a los jóvenes y sus padres acerca de los riesgos derivados del consumo de drogas. La nueva estrategia sobre drogas (2008-2018) y el Plan de acción conexo (2008-2011) adoptados por el Reino Unido tienen por objeto limitar el suministro de drogas ilícitas y reducir su demanda, al tiempo que se presta una especial atención a la protección de las familias y el fortalecimiento de las comunidades locales.

En 2008 también expiraron los documentos de política de lucha contra la droga de otros diez Estados miembros de la UE. En febrero de 2009 España aprobó una nueva estrategia en materia de drogas y en el primer semestre de 2009 otros ocho países (Bulgaria, Irlanda, Italia, Lituania, Chipre, Portugal, Rumanía y Eslovaquia) se hallaban inmersos en la finalización y la adopción de nuevas estrategias y planes de acción; Letonia amplió su programa de 2005-2008 con un Plan de acción anual. Los Países Bajos también tienen previsto sustituir en 2009 su Libro Blanco sobre la política de lucha contra la droga de 1995, al tiempo que otros países serán testigos de la expiración de al menos uno de sus documentos de política de lucha contra la droga durante este año (la República Checa, Luxemburgo, Hungría, Eslovenia, Croacia y Turquía).

Evaluación

Alrededor de dos tercios de los países europeos declaran elaborar una revisión continua o anual de la aplicación de las acciones recogidas en sus documentos de política de lucha contra la droga. En la mayoría de los casos, se remite al gobierno o al parlamento un informe que recoge los progresos realizados sobre la base de los datos recogidos de los prestadores de servicios y ministerios participantes en la política de lucha contra la droga. Así, la mayoría de los países ya han empezado a aplicar la Acción 70 del Plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE (2009-2012), que insta a los Estados miembros de la UE a evaluar y ajustar sus políticas nacionales de lucha contra la droga de forma periódica y constante.

Lo mismo cabe afirmar en relación con la evaluación final de las estrategias y planes de acción de lucha contra la droga nacionales, ya que más de 20 países declaran estar preparando o haber realizado recientemente tal evaluación. En algunos casos, el informe final es un resumen de las revisiones de aplicación anuales, mientras que en otros se observa el intento de examinar de forma más detallada el proceso de aplicación, así como la eficacia o las repercusiones de la política. Dos de los países que adoptaron un enfoque más detallado en el marco de la evaluación (Luxemburgo y Chipre) decidieron trabajar con evaluadores externos procedentes de fuera.

Las evaluaciones de la política de lucha contra la droga se enfrentan a dificultades considerables en su intento por

([6]) El término «documento nacional de política de lucha contra la droga» designa cualquier documento oficial aprobado por un gobierno que defina principios generales e intervenciones u objetivos específicos en el ámbito de la lucha contra las drogas, y que sea presentado oficialmente como estrategia de lucha contra la droga, plan de acción, programa o cualquier otro documento de orientación.

establecer una relación entre los resultados de las estrategias o planes de acción de lucha contra la droga y los cambios observados en la situación en materia de drogas. Entre tales problemas cabe destacar los que se refieren a la evaluación de los efectos de amplios conjuntos de acciones y la limitada comprensión de la influencia de elementos contextuales clave, como los mercados de la droga o las tendencias relativas al consumo de estupefacientes y los estilos de vida de los jóvenes. No obstante, algunos países europeos han intentado establecer un vínculo entre las estrategias o planes de acción de lucha contra la droga y los indicadores de la situación en materia de drogas. Este tipo de análisis debería ser más común en el futuro, ya que el nuevo Plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE (2009-2012) insta al desarrollo de instrumentos para medir la eficacia y el impacto de las políticas de lucha contra la droga. El OEDT también está desarrollando directrices para ayudar a los Estados miembros a evaluar e interpretar los resultados de sus documentos de política de lucha contra la droga.

Gasto público

Los responsables de la formulación política necesitan una información detallada y fiable sobre el gasto público en relación con las drogas para poder evaluar la asignación de recursos que se realiza en este ámbito y, en última instancia, la relación coste-beneficio de la política de lucha contra la droga. Por consiguiente, la estimación económica de los recursos empleados por el Estado en respuesta al consumo ilícito de drogas constituye uno de los pasos más importantes para comprender el verdadero alcance del consumo de drogas.

Las estimaciones del gasto público se basan en los presupuestos públicos y determinados documentos contables. No obstante, la estimación del gasto total derivado de la aplicación de la política de lucha contra la droga nacional resulta difícil, ya que implica la reunión de cifras de actividades a diferentes niveles de la administración (local, regional, nacional), que posiblemente se financien con cargo a líneas presupuestarias diferentes y que a menudo no se identifican específicamente en relación con las drogas.

El gasto público total en relación con las drogas en Europa se estimó para 2005 en unos 34 000 millones de euros (OEDT, 2008a). El insuficiente nivel de datos comunicados impide actualizar tal estimación. Las dificultades de recogida de información en este ámbito quedan de manifiesto por el hecho de que, de los 23 países que comunicaron datos en relación con 2007, sólo la República Checa pudo remitir los gastos desglosados por niveles de administración. La mayoría de los países únicamente remitieron datos sobre el gasto de la administración central, y otros siete también sobre el gasto de las administraciones regionales o locales (Bélgica, Dinamarca, Estonia, Austria, Finlandia y Croacia) o financiado con fondos de la seguridad social (Alemania).

Gasto consignado y no consignado como relacionado con las drogas

El gasto consignado como relacionado con las drogas es el gasto público previsto en relación con las drogas en el país en cuestión. Se trata del gasto que el Estado destina específicamente a la lucha contra la droga y su cuantía puede determinarse a través de una revisión detallada de los presupuestos generales. De los 23 países que notificaron los datos correspondientes a 2007, 16 comunicaron la existencia únicamente de gasto consignado como relacionado con las drogas. En muchos casos (como en Estonia, Francia, Polonia y Rumanía), la parte más sustancial del gasto consignado como relacionado con las drogas se derivaba de la aplicación de los documentos de política de lucha contra la droga nacionales.

Sin embargo, no todo el gasto relacionado con la droga se identifica como tal en los presupuestos nacionales. En la mayoría de los países la cuantía del gasto derivado de algunas actividades en relación con la droga se incluye en otros programas e intervenciones, como, por ejemplo, el presupuesto de financiación de las operaciones de las fuerzas del orden o las intervenciones dirigidas tanto a las sustancias lícitas como ilícitas. En estos casos, este tipo de gastos «no consignados como relacionados con las drogas» han de estimarse a través de la elaboración de modelos de costes. Los resultados de estudios anteriores demuestran que, en la mayoría de los casos, este tipo de gastos constituye la mayor parte del gasto que los países destinan al problema de las drogas.

El gasto público en relación con las drogas se puede categorizar de conformidad con el sistema de clasificación de las funciones de las administraciones públicas (CFAP) (OEDT, 2008a). Tres países facilitaron datos sobre el gasto consignado como relacionado con las drogas clasificado en el primer nivel de CFAP (Luxemburgo, Finlandia y Reino Unido —únicamente Inglaterra—); sólo el Reino Unido incluyó las cifras relativas a los «servicios públicos generales», «educación» y «protección social» ([7]). En estos países, la «sanidad» recibió la proporción más elevada del desembolso total,

([7]) La clasificación CFAP consta de tres niveles jerárquicos. En el primer nivel, el gasto público se desglosa en diez funciones diferentes.

Cuadro 1: Gasto público consignado y no consignado como relacionado con las drogas en 2007 en los Estados miembros que adoptan el sistema de clasificación de las funciones de las administraciones públicas (CFAP)

Categoría CFAP	Luxemburgo millones de EUR (%)		Finlandia (1) millones de EUR (%)		Reino Unido millones de EUR (%)
	Consignado	No consignado (2)	Consignado	No consignado	Consignado
Servicios públicos generales	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Orden público y seguridad	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Sanidad	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Educación	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Protección social	–	–	–	–	10,5 (0,8)

(1) Datos de 2006.
(2) Luxemburgo ofrece pormenores muy detallados de los procedimientos de elaboración de modelos utilizados para calcular estimaciones de gasto no consignado.
Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2008).

seguida del «orden público y seguridad» (cuadro 1). Sin embargo, en los países que remitieron datos CFAP en relación con el gasto no consignado como relacionado con las drogas, la mayor parte se asignó al «orden público y seguridad», seguido de la «sanidad». Lo anterior se ajusta a las conclusiones de informes anteriores (OEDT, 2008a), que señalan que, aunque es posible que la mayor parte del gasto consignado como relacionado con las drogas se asigne a las intervenciones en el ámbito de la «sanidad», las actividades en relación con el «orden público y seguridad» se llevan la parte del león del gasto público en este ámbito.

Tendencias

En el caso de la mayoría de los países que disponen de información coherente, el gasto consignado como relacionado con las drogas, a precios constantes, aumentó en 2007 en relación con 2005. El incremento registrado osciló entre un 14 y 23 % (República Checa, Irlanda, Lituania, Luxemburgo, Croacia) y un 72 % (Chipre, Finlandia). En el Reino Unido, el gasto consignado como relacionado con las drogas permaneció estable durante este periodo.

Legislación nacional

El enfoque equilibrado de la Unión Europea en materia de política de lucha contra la droga concede el mismo peso a la reducción de la demanda y el suministro de drogas. El análisis de la legislación nacional aprobada durante los últimos diez años pone de manifiesto que los Estados miembros han estado legislando activamente de forma coherente con este compromiso político. Los países han establecido marcos reguladores para determinadas actividades de reducción de daños, al tiempo que han aumentado las penas por tráfico de drogas. A mediados del periodo, dos instrumentos de la UE impulsaron en mayor medida estos procesos. En 2003, el Consejo Europeo publicó una recomendación relativa a la prevención y la reducción de los daños asociados a la drogodependencia, que instaba, entre otras cosas, a proporcionar un tratamiento de sustitución apropiado y acceso a la distribución e intercambio de material de inyección (8). Por otra parte, la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo, de 25 de octubre de 2004, pedía el endurecimiento de las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas. Este apartado pretende describir las tendencias de los últimos diez años en el ámbito de la reglamentación de las actividades de reducción de daños y las penas aplicables a los traficantes. Así, se mostrará cómo la actividad en estos ámbitos a escala nacional se ha reflejado en una serie de acuerdos comunitarios, aunque algunos países han ejercido su derecho a ir más allá de las normas mínimas establecidas por tales acuerdos.

Tratamiento sustitutivo de opiáceos

Desde 1998, 18 países han notificado la existencia de unos 45 textos jurídicos relaticos al establecimiento o la modificación del marco jurídico de los programas de los tratamientos de sustitución. Varios de estos textos establecen o regulan los programas de forma detallada, en Irlanda (1998), Polonia (1999), Alemania (2000), República Checa y Portugal (2001), Grecia y Luxemburgo (2002), Bélgica y Francia (2004), Letonia (2005) y Austria y Lituania (2007).

(8) Recomendación del Consejo de 18 de junio de 2003 (DO L 165 de 3.7.2003, p. 31).

Aunque algunos países europeos han regulado numerosos y variados aspectos del tratamiento sustitutivo de opiáceos, hasta 2004 se tendía de forma evidente a definir las sustancias permitidas. Durante este periodo, cerca del 25 % de los textos autorizaban o reglamentaban el consumo de sustancias como la metadona y la buprenorfina, mientras que un tercio de los textos notificados desde 2002 definían o facilitaban acceso a determinados programas. A veces las leyes limitan la prescripción de sustancias sustitutivas de los opiáceos al personal médico que trabaja en los centros de tratamiento, aunque a menudo se autoriza a otros médicos la prescripción de tales sustancias (9). La legislación también suele especificar los dispensarios autorizados, en general farmacias o centros de tratamiento, aunque algunos países autorizan asimismo a los propios médicos a dispensar estas sustancias.

Programas de intercambio de agujas y jeringuillas

Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas pueden aplicarse a escala local, regional o nacional, a veces en el marco de un marco jurídico nacional específico, pero generalmente en ausencia de éste. Las leyes notificadas en Europa a comienzos de los últimos diez años tenían por objeto principalmente ofrecer el fundamento jurídico necesario para tales intervenciones (Eslovenia en 1999, Polonia en 2001, Finlandia en 2003), o definir o facilitar derechos de acceso a los programas de agujas y jeringuillas (Bélgica y Francia en 1998, Finlandia en 2003). La legislación se centró después rápidamente en la regulación de tales programas y Bélgica, Portugal y Luxemburgo aprobaron leyes o reglamentos específicos en 2000, 2001 y 2003, respectivamente, que determinaban quién podía ejecutar los programas y la posibilidad de instalar máquinas dispensadoras. En Portugal, el marco regulador se amplió en 2007 para incluir programas de intercambio de agujas y jeringuillas en los centros penitenciarios.

Algunos países han aprobado leyes para abordar la posibilidad de que los programas de agujas y jeringuillas pudiesen entrar en conflicto con las disposiciones que penalizan la «facilitación» o la «incitación» al consumo de drogas. En Bélgica y Alemania se ha intentado dar respuesta a esta preocupación a través de la introducción de una cláusula en la ley que exime específicamente a ciertos programas del cumplimiento de tales disposiciones, aunque podría limitarse el número de jeringuillas dispensadas. En algunos pocos países se han publicado orientaciones dirigidas a las fuerzas del orden acerca de las intervenciones adecuadas en las inmediaciones de los establecimientos en los que se dispensan agujas y jeringuillas. En general, en la Unión Europea los casos de incautación de jeringuillas o agujas esterilizadas por parte de la policía son raros.

Penas por tráfico

Durante los últimos diez años, los Estados miembros de la UE han indicado tanto a título individual como colectivo que los delitos de tráfico de drogas deberían castigarse con mayor severidad, aunque los propios delitos se tipifiquen de forma diferente en las legislaciones de cerca de 30 países. Los delitos de «tráfico» pueden incluir la producción o el cultivo, la importación y exportación, el transporte, el suministro, venta y/o posesión, con intención de distribuir o suministrar, o el concepto de «lucro» o «fines comerciales».

En el periodo 1999-2004, seis países aprobaron leyes que endurecían las penas de ciertos delitos de tráfico de drogas. En 1999, Irlanda tipificó el nuevo delito de posesión de una gran cantidad de estupefacientes (por un valor superior a 12 700 euros) con intención de suministrar, lo que llevaría aparejada una sentencia de diez años de privación de libertad como mínimo. En 2000, el Reino Unido introdujo una sentencia mínima de siete años de prisión cuando se acumulaba una tercera condena por tráfico de drogas de clase A, y en 2001 Grecia endureció las penas contra los traficantes, limitando sus derechos de libertad condicional. En 2002 y 2004 se modificó el Código penal de Estonia, que aumentó las penas máximas para los traficantes de pequeñas cantidades de droga de tres a cinco años, y para los traficantes de grandes cantidades de cinco a diez años. En Dinamarca, las penas por tráfico de drogas aumentaron de seis a diez años y, en caso de tráfico de grandes cantidades de estupefacientes o de sustancias especialmente peligrosas, de 10 a 16 años. También en 2004, Lituania aumentó las penas de los delitos de tráfico de pequeñas cantidades de un máximo de dos años a entre dos y ocho años, y las del tráfico de grandes cantidades de entre dos y ocho años a entre ocho y diez años.

En octubre de 2004, la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo estableció las disposiciones mínimas relativas a los delitos y las penas por tráfico. Desde entonces, cuatro países más han aprobado leyes para ajustar las penas por tráfico a las disposiciones de la Decisión. En 2006, los Países Bajos aumentaron la pena máxima por tráfico de grandes cantidades de estupefacientes de cuatro a seis años, mientras que Polonia aumentó las penas por posesión de grandes cantidades de droga y suministro a

(9) Véase el gráfico 11, p. 86.

Base de Datos Jurídica Europea sobre Drogas

La Base de Datos Jurídica Europea sobre Drogas (ELDD) es la base de datos en línea del OEDT que recoge información relativa a la legislación sobre drogas en los Estados miembros y Noruega. La ELDD ofrece textos legales en sus formatos originales, así como perfiles de la legislación sobre drogas en cada país e informes pormenorizados sobre temas específicos. En sus resúmenes temáticos también ofrece síntesis del estado jurídico de determinados temas, como el tráfico de drogas ilegales, los tratamientos de sustitución y los programas de intercambio de agujas y jeringuillas ([1]).

([1]) Resúmenes temáticos de la ELDD: http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html

menores de un máximo de cinco años a un máximo de ocho años, con una pena mínima de seis meses. En Eslovaquia, la pena por tráfico de pequeñas cantidades de droga aumentó de entre dos y ocho años a entre cuatro y diez años y por tráfico de grandes cantidades de diez a 15 años e incluso 20 años. Por último, en 2007 en Austria la pena máxima por suministro de estupefacientes a terceros o cultivo de ciertas plantas con propiedades psicotrópicas aumentó de seis a 12 meses de privación de libertad. Las penas impuestas por delitos más graves no se modificaron, aunque la definición de «gran cantidad» se redujo de 25 a 15 veces la cantidad umbral.

Investigación relacionada con la droga

Las investigaciones sobre el problema de las drogas realizadas en los países europeos se incluyeron en una «Cuestión particular» (*Selected issue*) publicada por el OEDT en 2008 ([10]). Este año se examinan las referencias a la investigación nacional en los últimos informes Reitox con vistas a ofrecer un análisis detallado de la investigación llevada a cabo recientemente en los países europeos. También se recoge en este apartado un estudio sobre la investigación relacionada con la droga en la UE publicado este año por la Comisión Europea.

Proyectos de investigación en los Estados miembros

En los últimos informes nacionales Reitox, los países europeos notificaron la realización o publicación de más de 350 proyectos de investigación en 2007 y 2008. El Reino Unido comunicó el número más elevado de proyectos de investigación, más de 80, seguido de Alemania y los Países Bajos, con más de 30 cada uno, y la República Checa, Irlanda y Finlandia, que notificaron más de 20.

La investigación sobre las respuestas a la situación en materia de drogas ocupó más de un tercio de los últimos estudios, la prevalencia, incidencia y pautas del consumo de drogas ocuparon otro tercio más y un quinto de ellos se dedicaron a las consecuencias del consumo de drogas. Entre los ámbitos temáticos que parecieron atraer una atención mucho menor de la investigación se cuentan los factores determinantes del consumo y los factores de riesgo y de protección, los mecanismos y efectos de las drogas, el suministro y los mercados de la droga y las cuestiones metodológicas.

Los resultados de este análisis, aunque limitados en su ámbito de aplicación, apoyan el nuevo Plan de acción de la UE cuando insta a que se realicen mayores esfuerzos de investigación en los ámbitos prioritarios menos representados, especialmente el suministro de estupefacientes.

Análisis de la investigación relacionada con la droga en la Unión Europea

En un estudio realizado para la Comisión Europea titulado *Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union* («Un análisis comparativo de la investigación sobre drogas ilícitas en la Unión Europea») el suministro de droga también se incluye entre los ámbitos menos representados en la investigación actual. El informe observaba cómo la prevención, los marcos jurídicos y la prohibición constituían igualmente otros ámbitos muy poco representados, mientras que la investigación sobre las cuestiones epidemiológicas resultaba más común ([11]). El estudio puso de manifiesto que, aunque los Estados miembros cuentan con un nivel de información específica elevado, se debería intentar mejorar la posibilidad de comparar los datos entre países y lograr una mayor visibilidad de la investigación.

Según el estudio, la participación en las actividades de investigación europeas variaba considerablemente entre países y buena parte de la cooperación internacional se producía a escala oficiosa. No obstante, el estudio también hacía hincapié en que la investigación relacionada con las drogas puede verse facilitada por redes de investigadores europeos e internacionales. La capacidad, calidad general y disponibilidad de la financiación con las que cuenta la investigación varían considerablemente en la UE y resulta absolutamente necesario reforzar la capacidad y financiar una mayor variedad de ámbitos políticos vinculados al Plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE.

([10]) Para más información sobre la investigación nacional y comunitaria relacionada con la droga, consúltese http://www.emcdda.europa.eu/themes/research

([11]) Véase http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm

Capítulo 2

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

Introducción

Este capítulo presenta una panorámica general de las respuestas a los problemas vinculados a las drogas en Europa y, cuando es posible, destaca tendencias, evoluciones y cuestiones de calidad. En primer lugar se revisan 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 la droga. Por otra parte, pueden considerarse complementarias y a veces se aplican de forma combinada y en los mismos establecimientos. Lo anterior es el caso cada vez con mayor frecuencia, por ejemplo, de los tratamientos y las medidas de reducción de daños.

Las respuestas desarrolladas en el marco de las actividades de las fuerzas del orden en relación con las drogas también se abordan en otro apartado, 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 el ámbito de las drogas se articula en distintos niveles o estrategias, desde la prevención dirigida a la sociedad en su conjunto (prevención ambiental) hasta la dirigida a los individuos en riesgo (prevención específica). En principio, las diferentes estrategias no deberían competir entre sí, sino complementarse. La siguiente panorámica general se centra en las tendencias actuales y los resultados de pruebas controladas realizadas recientemente en el ámbito de la prevención.

Prevención universal

La prevención universal se dirige a toda la población. Tiene por objeto impedir o retrasar el inicio del consumo de drogas y los problemas relacionados con las drogas ofreciendo a los jóvenes la información y la preparación necesarias para evitar que se inicien en el consumo de drogas. Las medidas de prevención emprendidas en Europa se están ahora supervisando por primera vez de forma sistemática en la mayoría de los Estados miembros. Los datos más recientes confirman que las intervenciones dirigidas a facilitar información sobre las drogas, como charlas específicas, constituyen el principal instrumento de la prevención universal en el ámbito escolar y a escala local en todos los países europeos. La eficacia de este tipo de intervención, no obstante, no se ha documentado todavía. En cualquier caso, nuevos países notifican la puesta en marcha de intervenciones con un mejor fundamento científico, como programas de prevención que siguen protocolos normalizados (República Checa, Austria, Polonia, Eslovenia, Eslovaquia).

El estudio EU-Dap (www.eudap.net) aborda ahora en Europa el limitado número de programas de prevención de eficacia demostrada. En el estudio participan 7 000 estudiantes de entre 12 y 14 años de edad de siete países europeos y se evalúa un programa basado en el enfoque de la influencia social integral, que combina la formación en habilidades para la vida con educación normativa y adquisición de conocimientos sobre sustancias. Después de dos años, el programa parece haber conseguido la reducción del consumo frecuente de alcohol y cannabis.

Los resultados del estudio EU-Dap guardan relación con el género de los participantes y la eficacia general del programa se determina sobre la base de sus efectos únicamente sobre los chicos. No está claro si ello se debe a que las chicas no están tan en riesgo o a que no respondieron al programa. Un estudio controlado danés sobre un programa de formación en habilidades para la vida también puso de manifiesto una serie de efectos que dependen del género. La intimidación y el consumo de alcohol la última semana o el último mes tuvieron mayores efectos sobre las chicas, mientras que el haberse tomado más de cinco copas seguidas y el haber probado el cannabis tuvieron efectos más significativos sobre los chicos.

Un estudio controlado en Praga comparó un programa basado en la comunidad local (que incluía un componente educativo, un enfoque paritario, la formación en habilidades para la vida y programas para los padres) con el «programa preventivo mínimo» estandarizado en las escuelas (Miovský *et al.*, 2007). El programa basado en la comunidad mostró su mayor eficacia en la reducción del consumo de alcohol y en la modificación de las actitudes ante el consumo de sustancias estupefacientes entre los alumnos de 13 a 15 años de edad, especialmente en ciertos grupos de niños vulnerables, como los de familias monoparentales. Así, se señaló que el programa podría utilizarse en la prevención selectiva.

Prevención selectiva y prevención específica

La prevención selectiva y la prevención específica reconocen que el problema del consumo de drogas se concentra en grupos o individuos vulnerables con oportunidades sociales y personales limitadas (OEDT 2008c). La prevención selectiva interviene en grupos o familias específicos, o bien en comunidades en las que las personas, a causa de sus escasos vínculos sociales y recursos, pueden ser más susceptibles de desarrollar un hábito de consumo de drogas o evolucionar hacia una dependencia. Las pruebas que sustentan este tipo de enfoque se recogen en una nueva sección del Portal de buenas prácticas del OEDT ([12]). La prevención específica tiene por objeto identificar a individuos con problemas psicológicos y de comportamiento susceptibles de desarrollar un hábito de consumo problemático de drogas en una etapa posterior de sus vidas y desarrollar intervenciones específicas individuales para estas personas.

Bélgica y Luxemburgo han notificado nuevos datos sobre la prevención selectiva dirigida a los grupos étnicos. Únicamente Alemania, Austria, España (Cataluña) y Luxemburgo han notificado la existencia de protocolos de intervención sistemáticos en relación con los jóvenes delincuentes después de entrar en contacto con el sistema de justicia penal, mientras que otros países notificaron sólo intervenciones de tipo genérico o puntual. Desde 2008, FRED ([13]), un protocolo sistemático de intervención dirigido a jóvenes delincuentes, se aplica en diez Estados miembros con el apoyo de la UE. Una nueva evaluación de FRED en 140 establecimientos alemanes ha revelado niveles limitados de reincidencia en los delitos y en el consumo de drogas entre los participantes.

Únicamente Alemania, Eslovaquia, los Países Bajos y Suecia notificaron nuevos proyectos de prevención específica, que continúan siendo muy raros en Europa, a pesar de la información existente sobre su eficacia (OEDT, 2009b). Entre los ejemplos de proyectos de prevención específica actuales en Europa se incluye el modelo de formación de padres «Parent Management Training-Oregon», de aplicación en los Países Bajos y Noruega y dirigido a padres con hijos de entre 4 y 12 años de edad que presentan alteraciones de la conducta. De forma análoga, el método «Komet för

Campañas sobre drogas en los medios de comunicación

En Europa se han puesto en marcha campañas sobre ciertas drogas en los medios de comunicación centradas en el consumo de cannabis (Dinamarca, Irlanda, Francia, Países Bajos, Reino Unido) y, más recientemente, el consumo de cocaína (Irlanda, España, Reino Unido).

Casi todas estas campañas advierten de los peligros del consumo de las drogas en cuestión y algunas de ellas utilizan elementos que pretenden conmover a los destinatarios. Sólo dos campañas adoptan un enfoque diferente. La campaña Reino Unido-Colombia «Shared responsibility» (Responsabilidad compartida) aborda la cuestión de la responsabilidad de los consumidores en relación con el daño medioambiental y social asociado a la producción de cocaína. La campaña neerlandesa sobre el cannabis de 2006 se centraba en creencias normativas combinadas con historias reales de jóvenes como modelos positivos, en lugar de lanzar advertencias e ilustrar el consumo. Su evaluación llegó a la conclusión de que las normas sociales negativas en contra del consumo de cannabis se reforzaban y que no se producían efectos negativos sobre la intención de consumir y las creencias normativas (Wammes *et al.*, 2007).

Las campañas de los medios de comunicación que subrayan el peligro del consumo de drogas se evalúan raramente en relación con cambios de comportamiento, actitudes o intención de consumir drogas. Por otra parte, se han manifestado ciertas preocupaciones por su escasa eficacia y posibles daños. Por ejemplo, una evaluación exhaustiva de los resultados de una campaña nacional sobre el cannabis en los EE.UU. no reveló ningún tipo de efecto en términos generales. Sin embargo, se recogieron pruebas de que la campaña había tenido efectos no deseados a favor del cannabis y algunas personas que no habían estado interesadas en la droga anteriormente declararon su intención de consumirla (Hornik *et al.*, 2008). En la evaluación de la campaña escocesa sobre la cocaína titulada «Know the score» se detectaron problemas análogos (OEDT, 2007a).

La toma de decisiones por parte de los jóvenes es una cuestión compleja muy influida por las interacciones grupales y la percepción de las normas sociales. Por el momento, las campañas en los medios de comunicación no parecen haber respondido efectivamente a esta complejidad.

([12]) http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention
([13]) http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english

föräldrar», que se aplica en cerca del 30 % de las municipalidades de Suecia, se dirige a los padres de niños que muestran exteriorización de los problemas de conducta combinada con dificultades para establecer relaciones paritarias positivas. Un estudio controlado aleatorio en el que participaron 159 familias puso de manifiesto una mejora significativa de las competencias parentales entre los padres participantes y la reducción de los problemas de conducta entre sus hijos.

Tratamiento

En 2007 cerca de 400 000 consumidores de drogas habían iniciado algún tipo de tratamiento de drogodependencia ([14]). Menos de la mitad de los que iniciaron un tratamiento lo hicieron por primera vez. En general, la gran mayoría de las solicitudes de tratamiento (86 %) se produjeron en centros ambulatorios. Esta proporción ha aumentado en los últimos años por diversos motivos, entre los que se incluyen la mayor disponibilidad y diversificación de tratamientos en régimen ambulatorio especializados.

En Europa, las principales modalidades de tratamiento de los problemas relacionados con la droga consisten en intervenciones psicosociales, tratamientos de sustitución de los opiáceos y desintoxicación. Las intervenciones psicosociales ofrecen apoyo a los consumidores en su intento por superar sus problemas con las drogas. Tales intervenciones incluyen asesoramiento, estímulo de la motivación, terapias de comportamiento cognitivo, gestión de casos, terapias grupales y familiares y prevención de reincidencia. Las intervenciones psicosociales conforman el fundamento de los tratamientos en régimen ambulatorio y en régimen de ingreso basados en la comunidad local y también suelen complementar el tratamiento sustitutivo de opiáceos. La desintoxicación es una intervención a corto plazo y bajo supervisión médica dirigida a resolver los síntomas del síndrome de abstinencia asociado al consumo de drogas crónico. Normalmente se aplica en los centros en régimen de ingreso. Diferentes factores influyen sobre la proporción de las diferentes modalidades de tratamiento en cada país, entre los que se incluye la organización del sistema nacional de atención sanitaria.

Tratamiento en régimen ambulatorio

Históricamente, el tratamiento de la drogodependencia se dispensaba sobre todo en régimen de ingreso y la mayoría de los pacientes eran consumidores de heroína. Esta situación cambió durante los decenios de 1980 y 1990 con la rápida expansión de los tratamientos en régimen ambulatorio y, más recientemente, el aumento del número de consumidores de cannabis y cocaína que solicitan tratamiento. Por otra parte, los problemas con medicamentos dispensados con o sin receta médica comenzaron a hacerse más comunes.

En 2007, los opiáceos, sobre todo la heroína, siguieron siendo las principales drogas consumidas por los pacientes que iniciaron un tratamiento en un centro ambulatorio; el 54 % de los pacientes citaron este tipo de droga, seguida por el cannabis (21 %) y la cocaína (18 %). Diversos países notificaron un aumento de la proporción de pacientes que iniciaron tratamiento por problemas con drogas diferentes de los opiáceos, especialmente entre los recién llegados (véanse los capítulos 3 y 5).

Los consumidores de drogas que empiezan un tratamiento en régimen ambulatorio son predominantemente jóvenes varones, con una media de edad de 31 años y con una proporción entre hombres y mujeres de casi cuatro a uno (3,7:1). El perfil de edad y género de los pacientes en tratamiento varía en relación con la principal droga consumida. Los consumidores de cannabis son, de media, mucho más jóvenes (25 años) que los que consumen opiáceos (32) y cocaína (33). Independientemente de la principal droga consumida, la media de edad de los pacientes que se someten a tratamiento por primera vez es alrededor de dos años inferior a la del conjunto de los pacientes. La proporción entre hombres y mujeres en tratamiento por consumo de drogas es mucho más elevada en el caso de la cocaína (5,1:1) y el cannabis (5,5:1) ([15]).

Los pacientes que se someten a tratamiento en régimen ambulatorio suelen acudir de forma voluntaria (alrededor de un tercio del total); cerca de un cuarto son remitidos por el sistema de justicia penal; y el resto lo son por los servicios sociales y sanitarios o redes informales, incluidos la familia y los amigos. Los hospitales y otros centros médicos raramente remiten pacientes a este tipo de tratamiento, excepto en Finlandia, donde se remite al 25 % de los pacientes desde este tipo de establecimientos. Hungría también constituye una excepción, con el 70 % de los pacientes remitidos desde el sistema de justicia penal ([16]). También cabe destacar que, según el código penal húngaro, «no se considerará delito la posesión de pequeñas cantidades de droga en

([14]) El indicador de la demanda de tratamiento recogió datos de centros ambulatorios de 23 países, con una cobertura de más del 70 % de unidades en la mayoría de los países y de centros en régimen de ingreso de 20 países con una cobertura de más del 50 % de unidades en la mayoría de los países.
([15]) Véanse los cuadros TDI-10 y TDI-21 del boletín estadístico de 2009.
([16]) Véase el cuadro TDI-16 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.

Gráfico 1: Disponibilidad de las modalidades de tratamiento en relación con las necesidades, evaluada por expertos nacionales: (A) psicosocial en régimen ambulatorio, (B) sustitución, (C) psicosocial en régimen de ingreso, (D) desintoxicación

N.B.: La disponibilidad se define como la proporción estimada de consumidores de droga que necesitan tratamiento que pueden recibirlo: casi todos (completa), la mayoría, pero no casi todos (extensiva), más que unos pocos, pero no la mayoría (limitada), sólo unos pocos (escasa), no disponible. Información recogida a través de un cuestionario estructurado.
Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

caso de que el individuo demuestre que se ha sometido a un tratamiento de su drogodependencia».

El tratamiento psicosocial en régimen ambulatorio se ofrece sobre todo en las instituciones públicas (16 países) o a través de organizaciones no gubernamentales (10 países). Según algunos expertos nacionales, este tipo de tratamiento está a disposición de la mayoría de los que lo solicitan en diez países y a disposición de casi todos ellos en otros 13 países más. Sin embargo, se estima que en cuatro países (Bulgaria, Estonia, Rumanía y Turquía) el tratamiento psicosocial en régimen ambulatorio se encuentra disponible para menos de la mitad de los que lo solicitan de forma activa (véase el gráfico 1A). Estas proporciones podrían ocultar variaciones considerables en el seno de los diversos países y diferencias en la accesibilidad de programas de tratamiento especializado para los consumidores de cannabis o cocaína.

Tratamiento sustitutivo de opiáceos

El tratamiento sustitutivo de opiáceos combinado con la atención psicosocial constituye la opción terapéutica principal para los consumidores de opiáceos en Europa.

En general se aplica como tratamiento en régimen ambulatorio, aunque en algunos países también se encuentra disponible en centros en régimen de ingreso. Por ejemplo, en Austria, se prescribe morfina de liberación lenta al 65 % de los pacientes sometidos a un tratamiento de larga duración en régimen de ingreso. El tratamiento de sustitución también se administra cada vez con mayor frecuencia en los centros penitenciarios ([17]).

Después de la introducción en 2007 del tratamiento con elevadas dosis de buprenorfina en Chipre, el tratamiento sustitutivo de opiáceos está ahora disponible en todos los Estados miembros de la UE, así como en Croacia y Noruega ([18]). En Turquía, el tratamiento de sustitución aún debe empezar a aplicarse, aunque está autorizado en virtud de un reglamento de 2004 en los centros terapéuticos correspondientes. En 16 países, ciertos servicios públicos ambulatorios especializados son los principales proveedores de tratamientos de sustitución. No obstante, ciertos consultorios de medicina general, a menudo en el marco de programas de atención compartida con centros especializados, desempeñan un papel cada vez mayor en la administración de este tipo de tratamiento y son sus principales proveedores en algunos países (la región Valona de Bélgica, la República Checa, Alemania, Francia, Luxemburgo, Austria, Noruega) (véase el capítulo 6).

Se estima que, en 2007, unos 650 000 consumidores de opiáceos recibieron un tratamiento de sustitución en Europa ([19]). Según algunos expertos nacionales, este tipo de tratamiento está a disposición de casi todos los consumidores de opiáceos en nueve países y a disposición de la mayoría de los consumidores en otros siete países más. Por otra parte, se estima que en otros diez países sólo una pequeña parte de los consumidores de opiáceos tienen acceso a los tratamientos de sustitución (Estonia, Grecia, Letonia, Lituania, Hungría, Polonia, Rumanía, Eslovaquia, Finlandia, Noruega). Los datos sobre la disponibilidad de los tratamientos de sustitución revelan la existencia de una brecha regional, ya que los niveles más bajos de disponibilidad notificados corresponden a los países septentrionales u orientales de Europa (gráfico 1B).

Tratamiento en régimen de ingreso

El tratamiento en régimen de ingreso requiere la pernoctación de los pacientes durante algunas semanas o meses. Estos programas suelen aplicar tratamientos sin droga (sin tratamiento de sustitución), al objeto de lograr la abstinencia del paciente. Los pacientes reciben alojamiento y tratamientos psicosociales estructurados e individualizados y participan en actividades dirigidas a su rehabilitación social. A menudo se adopta un enfoque terapéutico comunitario en este contexto. Los hospitales psiquiátricos también ofrecen tratamiento de la drogodependencia en régimen de ingreso, especialmente a aquellos pacientes que presentan trastornos de comorbilidad psiquiátrica.

En 2007, se notificó el inicio de algún tratamiento en régimen de ingreso de cerca de 40 000 personas, es decir, uno de cada diez consumidores de droga que iniciaron un tratamiento. Más de la mitad de ellos mencionaron los opiáceos como droga principal consumida (56 %), seguidos de los pacientes que citaron el cannabis (14 %) y los estimulantes diferentes de la cocaína (14 %) como droga principal consumida, y de los pacientes que indicaron la cocaína (7 %).

La edad media de los consumidores de droga que inician un tratamiento en régimen de ingreso es de 30 años, pero los consumidores de opiáceos y cocaína cuentan con una media más elevada (31) que los que reciben un tratamiento por estimulantes diferentes de la cocaína (28) y el cannabis (26). La mayoría de los pacientes en régimen de ingreso son varones, con una proporción general entre hombres y mujeres de 3,6:1. La proporción se reduce entre los pacientes que consumen principalmente estimulantes diferentes de la cocaína (2,2:1), pero aumenta entre los consumidores de cocaína (5,1:1) y cannabis (8:1). En la mayoría de los países en los que es posible establecer una comparación, la proporción de personas sin empleo y con alojamiento precario es superior entre los pacientes que inician un tratamiento en régimen de ingreso que entre los pacientes en régimen ambulatorio ([20]).

Los principales proveedores de tratamiento en régimen de ingreso son las organizaciones no gubernamentales (12 países) y las instituciones públicas (11 países). Las instituciones privadas son los principales proveedores en Dinamarca y Luxemburgo, mientras que en otros diez países tales instituciones son el segundo proveedor más importante. Los expertos nacionales estiman que el tratamiento psicosocial en régimen de ingreso resulta accesible para la mayoría de los solicitantes en 12 países y para casi todos los que lo solicitan en otros nueve países más. Sin embargo, se estima que en seis países (Bulgaria, Dinamarca, Estonia, Francia, Hungría y Rumanía) este

([17]) Véase «Asistencia a los consumidores de droga en prisión», p. 39.
([18]) Véanse los cuadros HSR-1 y HSR-2 del boletín estadístico de 2009.
([19]) Véase el cuadro HSR-3 del boletín estadístico de 2009.
([20]) Véanse los cuadros TDI-10, TDI-13, TDI-15 y TDI-21 del boletín estadístico de 2009.

tipo de tratamiento se encuentra disponible para menos de la mitad de los que lo solicitan de forma activa (véase el gráfico 1C).

Desintoxicación

La desintoxicación es normalmente un requisito imprescindible para iniciar un tratamiento de larga duración en régimen de ingreso basado en la abstinencia. Normalmente, aunque no en todos los casos, se trata de una intervención en régimen de ingreso que ofrecen los hospitales, centros de tratamiento especializados o establecimientos residenciales con servicios médicos o psiquiátricos.

Las instituciones públicas son los principales proveedores de intervenciones de desintoxicación en 21 países. Las organizaciones no gubernamentales son los principales proveedores en Bélgica (Flandes) y los Países Bajos, mientras que el sector privado lo es en Luxemburgo y Bulgaria. Los expertos nacionales estiman que la desintoxicación resulta accesible para la mayoría de los solicitantes en nueve países y para casi todos los que lo solicitan en otros diez países más. Sin embargo, se estima que en ocho países (Estonia, Irlanda, Grecia, Francia, Letonia, Rumanía, Eslovenia y Noruega) la desintoxicación se encuentra disponible para menos de la mitad de los que la solicitan de forma activa (véase el gráfico 1D).

Garantía de calidad

Los responsables de la planificación sanitaria y de la formulación política en Europa se interesan cada vez más por la aplicación de mecanismos que permitan garantizar la calidad de los tratamientos de la drogodependencia. Asimismo, tienden a dar prioridad a las intervenciones basadas en los datos empíricos en el marco de la administración de tratamientos y su financiación.

Las orientaciones se están convirtiendo en un instrumento importante de la garantía de calidad de los tratamientos de la drogodependencia. Las orientaciones relativas a los tratamientos incluyen recomendaciones basadas en datos empíricos, opiniones de expertos, preferencias de los usuarios de los servicios y los sistemas nacionales de atención sanitaria. Tales orientaciones tienen por objeto ayudar a escoger y aplicar las intervenciones adecuadas en materia de tratamiento de la drogodependencia. En 20 de los 27 países que facilitaron datos la elaboración de las orientaciones relativas a los tratamientos de la drogodependencia recae sobre una institución autorizada.

Portal de buenas prácticas: nuevo módulo sobre tratamiento

Tras la introducción de los módulos sobre la prevención universal y selectiva en 2008, el OEDT ha lanzado un nuevo módulo dedicado al tratamiento de la drogodependencia en su portal de buenas prácticas. El portal incluye una síntesis de los hallazgos en relación con la eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicosociales para el consumo problemático de opiáceos, estimulantes y cannabis, sobre la base de los estudios más recientes. El trabajo en el portal se ha apoyado en un estudio financiado por la Comisión Europea sobre la calidad de los tratamientos y el intercambio de buenas prácticas (Dirección General de Salud y Consumidores, 2008b).

El módulo sobre tratamiento presenta los resultados de ciertos estudios que comparan la eficacia de diferentes intervenciones. La eficacia está determinada, en principio, por la realización de estudios controlados o controlados y aleatorios en los que las intervenciones se comparan en relación con determinados resultados específicos. La mayor parte de la base científica en este ámbito procede de estudios realizados en los EE.UU. Los estudios en Europa se hacen ahora más comunes, e incluyen algunos trabajos pioneros sobre nuevos fármacos para los tratamientos sustitutivos de los opiáceos.

El nuevo módulo también incluye una serie de vínculos a otras fuentes de información, intervenciones evaluadas, un glosario y una breve sinopsis de las lagunas existentes actualmente en la base científica. El portal se ampliará para incluir otros temas en el futuro.

Portal de buenas prácticas del OEDT: http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment

Las orientaciones existentes versan concretamente sobre el tratamiento farmacológico de la drogodependencia. Por otra parte, 18 países han notificado la existencia de orientaciones nacionales para los tratamientos sustitutivos y 11 países más para la desintoxicación. No obstante, los centros de tratamiento de cerca de un tercio de tales países no necesitan seguir las orientaciones para obtener la autorización de sus actividades o recibir financiación.

Las orientaciones nacionales en materia de tratamiento psicosocial y reinserción social resultan menos comunes. Sólo siete Estados miembros (Alemania, Bulgaria, República Checa, Dinamarca, Eslovenia, Países Bajos, Reino Unido) notifican la existencia de orientaciones en materia de intervenciones psicosociales y cinco (Alemania, República Checa, Eslovenia, Portugal, Reino Unido) en relación con la reinserción social. La escasez de orientaciones nacionales se debe probablemente a los limitados datos empíricos existentes, lo que señala la

necesidad de realizar estudios controlados aleatorios a este respecto en diferentes lugares.

La formación continua del personal resulta importante para garantizar la prestación de servicios de calidad. Los cursos de formación concebidos específicamente para el personal encargado del tratamiento de la drogodependencia y la formación continua de los médicos resultan comunes en la Unión Europea. La mayoría de los países ofrecen iniciativas de formación similares a otros profesionales, como el personal de enfermería, los trabajadores sociales y los psicólogos.

Un número limitado de países notifican la realización de evaluaciones periódicas de los resultados de todos los tipos de tratamiento de la drogodependencia. Cinco Estados miembros realizan evaluaciones de los tratamientos sustitutivos y de desintoxicación, y únicamente Alemania, Dinamarca y el Reino Unido evalúan los resultados de los tratamientos psicosociales de forma periódica. Algunos países también notifican la realización de evaluaciones aisladas o que se llevan a cabo de forma no periódica.

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 (Comisión Europea, 2007). Entre las principales intervenciones en este campo se encuentran los programas de tratamiento de sustitución de los opiáceos y los programas de intercambio de jeringuillas y agujas, que tienen como objetivo reducir el número de muertes por sobredosis y la propagación de enfermedades infecciosas. Estas medidas se encuentran disponibles en todos los países excepto Turquía. Aunque existen diferencias considerables en relación con la variedad y el nivel de la prestación de servicios (véanse los capítulos 6 y 7), la tendencia observada en general en Europa indica el aumento y consolidación de las medidas de reducción de daños.

La mayoría de los países ofrecen toda una serie de servicios sociales y de atención sanitaria, en materia, por ejemplo, de evaluación y asesoramiento individual de los riesgos existentes, formación para un consumo más seguro, detección de enfermedades infecciosas y asesoramiento al respecto, campañas de vacunación y tratamiento de la hepatitis vírica. La prestación de estos servicios se confía a menudo a centros de bajo umbral. El enfoque basado en la adopción de respuestas de reducción de daños se ha ampliado más allá del VIH/sida, adoptando una perspectiva más amplia de satisfacción de las necesidades sanitarias y sociales de los consumidores problemáticos de drogas.

En los últimos años también se ha podido observar una tendencia a la profesionalización, así como una mayor supervisión para garantizar el cumplimiento de las normas de calidad fijadas. Por ejemplo, en 2006/2007 se sometió a inspección a los servicios de reducción de daños en Inglaterra para identificar posibles mejoras. La calidad también puede garantizarse imponiendo el cumplimiento de normas específicas en los acuerdos de financiación, tal como notifican la República Checa y Estonia.

La responsabilidad de la garantía de la calidad recae sobre las instituciones nacionales en 14 países, mientras que en los países de estructura federal también los organismos de nivel subnacional pueden hacerse cargo de esa tarea. Los resultados de los estudios de coste-efectividad pueden sustentar la publicación de orientaciones, como sucede en el caso de las orientaciones publicadas por el Reino Unido sobre los programas de intercambio de agujas y jeringuillas (NICE, 2009). La participación de los pacientes y la información de referencia proporcionada por el personal también contribuyen a desarrollar y mejorar la calidad del servicio. Los mecanismos de difusión de buenas prácticas y los nuevos hallazgos de las investigaciones entre los profesionales incluyen plataformas de información nacional, como la plataforma *Resultaten scoren* («Calificación de resultados») de los Países Bajos y la puesta en marcha de iniciativas de sensibilización internacional, por ejemplo, sobre la hepatitis C ([21]). La Red europea de inclusión social y salud (ENSIH), en cooperación con el OEDT (Hedrich *et al.*, 2008a), elaboró un protocolo de recogida de datos destinado a los centros de bajo umbral especializados en la reducción de daños, en el marco de los proyectos financiados por la UE para desarrollar y aplicar indicadores europeos en materia de sanidad.

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 medidas para facilitar y fomentar el empleo, así como para obtener o mejorar las condiciones del alojamiento. En práctica, los programas de reinserción pueden ofrecer asesoramiento en materia

([21]) http://www.hepatitiscfachtag.org/

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 ciertos servicios comunitarios sociales y de apoyo al alojamiento para preparar su excarcelación (Dirección General de Sanidad y Protección del Consumidor, 2008a). En general, los resultados de las medidas de reinserción social a menudo se derivan de la colaboración eficiente entre las instituciones de atención sanitaria y social.

La falta de hogar, junto con el alojamiento precario, constituye una de las formas más severas de exclusión social a la que tienen que enfrentarse los consumidores de drogas, y en 2007 afectaba a alrededor del 10 % de las personas que se sometieron a tratamiento ([22]). Es probable que esta proporción sea mucho más elevada entre ciertos grupos de consumidores de drogas.

Todos los Estados miembros notifican la existencia de programas de alojamiento para los consumidores de drogas. La información sobre el grado en que se satisfacen las necesidades de alojamiento de los consumidores de drogas, sin embargo, resulta escasa. En Eslovaquia, por ejemplo, los limitados recursos financieros hacen que la capacidad de ofrecer alojamiento de los servicios de rehabilitación a menudo no pueda satisfacer la demanda existente.

Diversos países notifican la existencia de iniciativas de apoyo en materia de alojamiento (por ejemplo, Alemania, República Checa, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Reino Unido y Suecia). Estos programas temporales de alojamiento normalmente ofrecen cama y desayuno o bien la disponibilidad de alojarse en pequeños apartamentos amueblados durante breves periodos de tiempo y a menudo se ofrecen cuando se da el alta a un paciente sometido a tratamiento en régimen de ingreso, para permitir a los individuos vivir de forma independiente. En Irlanda, por ejemplo, los usuarios se encargan de pagar la renta y algunos servicios domésticos, mientras que el personal de apoyo les ayuda con los trámites del alquiler y el acceso a la educación, la formación o el empleo.

El 45 % de los usuarios que inician un tratamiento han terminado como mucho sus estudios de primaria y alrededor del 40 % de los pacientes están en paro ([23]), por lo que ayudar a los consumidores de droga a encontrar empleo y formación profesional constituye un elemento fundamental de la reinserción social. La mayoría de los Estados miembros notifican la existencia de este tipo de programas. En Hungría, la República Checa, Lituania, Eslovenia y Eslovaquia la reinserción de los consumidores de droga en el mercado laboral se ha beneficiado de proyectos financiados por la iniciativa comunitaria EQUAL contra la discriminación en el mercado laboral. La mayoría de estos proyectos ayudan a los pacientes de tratamientos de drogodependencia estabilizados a encontrar un puesto de trabajo que se ajuste a sus capacidades. El valor de este enfoque se sustenta en los resultados de un estudio escocés según el cual los consumidores de droga que se recuperaban de su adicción y recibieron apoyo en relación con la búsqueda de empleo tenían el triple de posibilidades de encontrar un empleo remunerado (McIntosh *et al.*, 2008).

Cumplimiento de la legislación y delitos relacionados con las drogas

Velar por el cumplimiento de la legislación sobre drogas incumbe a órganos de diferentes niveles de la administración (por ejemplo, las fuerzas del orden, el poder judicial o los servicios sanitarios). En la práctica, el término «cumplimiento de la legislación sobre drogas» se asocia habitualmente al conjunto de actividades emprendidas por las fuerzas del orden e instituciones análogas (por ejemplo, los servicios de aduanas) para velar por el cumplimiento de la normativa aplicable al consumo y el mercado de estupefacientes. Entre los ámbitos de estas actividades cabe destacar los relativos al consumo y la posesión de drogas, al tráfico y la producción de estupefacientes, así como al desvío de sustancias químicas y al blanqueo de dinero.

Las iniciativas dirigidas a velar por el cumplimiento de la legislación sobre drogas son un elemento central de la respuesta de Europa al problema de las drogas y reciben gran parte, probablemente la mayor parte, de los recursos destinados a la lucha contra la droga. Una comparación reciente de la porción del gasto público destinado al ámbito de las drogas en distintos países de Europa indicó que, en promedio, el gasto en iniciativas «de orden público y seguridad» (fuerzas policiales, órganos judiciales y centros penitenciarios) puede triplicar el destinado a resolver los problemas de salud asociados al consumo de droga. Una proporción significativa del gasto para «orden público y seguridad» probablemente va a parar a las fuerzas de policía (OEDT, 2008e).

([22]) Véase el cuadro TDI-15 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.
([23]) Véanse los cuadros TDI-12 y TDI-13 del boletín estadístico de 2009.

La naturaleza e intensidad de los esfuerzos realizados para velar por el cumplimiento de la normativa sobre drogas pueden variar, dependiendo de la legislación nacional de que se trate y su aplicación, así como de los recursos y prioridades de las instituciones intervinientes, que pueden ser genéricas o específicas (brigadas de lucha contra la droga).

A diferencia de otros ámbitos en los que los agentes de policía reaccionan normalmente ante las infracciones denunciadas por algún ciudadano, la mayor parte del trabajo policial referido al cumplimiento de la legislación sobre drogas podría definirse como anticipativo y se desarrolla en su mayor parte a iniciativa de las instituciones encargadas de velar por el cumplimiento de la ley en materia de estupefacientes. Ello es así porque muchos delitos relacionados con las drogas pueden considerarse «delitos consensuales», es decir, delitos cometidos por diferentes personas que participan voluntariamente y en secreto en una actividad ilegal de la que la policía no tiene conocimiento hasta que es descubierta por casualidad (por ejemplo, durante la realización de una patrulla a pie) o a través de la detección activa.

A consecuencia de ello, las actividades ligadas al cumplimiento de la legislación sobre drogas abarcan una amplia gama de iniciativas que a menudo dependen de la recogida, tratamiento y difusión de información por medios humanos y electrónicos, incluidas las bases de datos informatizadas y redes de comunicación específicas. Es lo que ocurre especialmente con las actividades encaminadas a reducir el suministro de drogas ([24]), ámbito en el que las fuerzas del orden desempeñan un papel fundamental que incluye la utilización de informadores, la realización de operaciones encubiertas y la vigilancia electrónica y la interceptación de las comunicaciones.

Las entregas controladas de drogas y las operaciones dirigidas a trastocar o eliminar los puntos de venta de droga son algunas de las tácticas operativas utilizadas por los cuerpos de seguridad europeos. La realización de controles y registros de personas y vehículos en ciertos puntos estratégicos y en sus inmediaciones, como puertos, aeropuertos y fronteras terrestres, constituye una táctica más genérica, que también incluye otros objetivos, como el control de la inmigración.

Las instituciones encargadas de velar por el cumplimiento de la ley, especialmente las aduanas, también se encargan en muchos países del cumplimiento de la ley en materia de sustancias químicas controladas. Lo anterior implica el tratamiento de las solicitudes de importación y exportación, así como la identificación y la investigación de las transacciones sospechosas. El desmantelamiento de laboratorios donde se fabrican drogas ilícitas de forma clandestina suele ser otra de las tareas encargadas a las fuerzas del orden en los países en los que se producen drogas sintéticas.

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 ([25]). Tales notificaciones normalmente se refieren a delitos como la producción, el tráfico, la venta y el consumo de drogas y la posesión para el consumo.

Los datos de las notificaciones de infracción de la legislación sobre las drogas se pueden considerar indicadores indirectos del consumo y el tráfico de éstas, o indicadores más directos de la actividad de las instituciones encargadas de velar por el cumplimiento de la legislación. En cualquier caso, tales datos incluyen únicamente actividades relacionadas con las drogas de las que estas instituciones tienen conocimiento, aunque pueden reflejar también diferencias nacionales de legislación, prioridades y recursos. Por otra parte, los sistemas nacionales de información también pueden diferir, especialmente en lo que se refiere a las prácticas de registro y notificación. Por ello, resulta difícil realizar comparaciones válidas de los datos entre los países, siendo más apropiado comparar tendencias que cifras absolutas.

Sobre la base de los datos remitidos por 21 Estados miembros, que representan el 85 % de la población de entre 15 y 64 años de edad en la Unión Europea, se estima que el número de infracciones de la legislación sobre drogas aumentó en un 29 % entre 2002 y 2007. Los datos revelan una tendencia al alza en todos los países excepto en Bulgaria, la República Checa, Grecia, Luxemburgo, Hungría y Eslovenia, que registraron una situación estable o una tendencia general a la baja durante el periodo mencionado ([26]).

Infracciones relacionadas con el consumo y el suministro

La relación entre las infracciones de la legislación sobre drogas relativas al consumo y las relativas al suministro (venta, tráfico y producción) no se ha modificado en comparación con años anteriores. En la mayoría de los países europeos, las infracciones relativas al consumo de

([24]) Para consultar la definición de reducción del suministro de drogas, véase el recuadro de la p. 28 del Informe anual 2008 de la OEDT.
([25]) Para un análisis de la relación entre las drogas y la delincuencia, véase OEDT (2007b).
([26]) Véase el gráfico DLO-1 y el cuadro DLO-1 del boletín estadístico de 2009.

Cuestión particular del OEDT sobre estadísticas de sentencias de 2009

En 2009 el OEDT ha publicado una nueva Cuestión particular sobre estadísticas de sentencias, que analiza las sentencias por infracción de la legislación sobre drogas de los países europeos. El informe examina las estadísticas nacionales disponibles procedentes de los cuerpos de policía, las fiscalías y los órganos judiciales según el tipo de infracción (posesión, tráfico) y el tipo de sentencia (multa, detención, tratamiento). La cuestión clave que se aborda es la siguiente: ¿Cuál es la sentencia más probable en cada país cuando se detiene a alguien por posesión de drogas o por posesión con intención de suministrar?

Esta Cuestión particular está disponible impresa y en Internet únicamente en inglés (http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing).

drogas o a la posesión para el consumo siguen representando la mayor parte del total, hasta un 91 % de ellas en 2007 en España ([27]). Las relativas al suministro predominan, en cambio, en la República Checa (87 %) y los Países Bajos (69 %) (gráfico 2). En la República Checa, la posesión de pequeñas cantidades de droga sin intención de suministro se castiga con una amonestación o una multa, mientras que en los Países Bajos las infracciones relacionadas con el consumo de drogas no suelen perseguirse ([28]).

Entre 2002 y 2007, el número de infracciones de la legislación sobre drogas relacionadas con el consumo aumentó en la mayoría de los países estudiados, a excepción de Bulgaria, Grecia, los Países Bajos y Eslovenia, que notificaron la reducción de este tipo de infracciones durante el periodo mencionado ([29]). En general, se estima que el número de esas infracciones aumentó en un 32 % entre 2002 y 2007.

También las infracciones relacionadas con el suministro de drogas aumentaron durante el periodo 2002-2007, pero a un ritmo notablemente menor, de un 14 % en la Unión Europea. Durante este periodo, ocho países notificaron una disminución general de las infracciones relacionadas con el suministro y otros ocho notificaron un aumento ([30]).

Tendencias por tipo de droga

El cannabis continúa siendo la droga ilegal que da lugar a más notificaciones de infracción de la legislación sobre drogas en Europa ([31]). En la mayoría de los países europeos, los delitos relacionados con el cannabis suponen entre un 55 y un 85 % de los cometidos en materia de drogas notificados en 2007. Sólo ocupan el primer lugar los delitos relacionados con otras drogas en dos países, a saber, en Lituania (delitos relacionados con la heroína: 26 %) y la República Checa (delitos relacionados con la metanfetamina: 59 %). En Letonia, las infracciones de la legislación sobre drogas se reparten casi por igual entre el cannabis, la heroína y el éxtasis.

Durante el quinquenio 2002-2007, el número de infracciones en relación con el cannabis se mantuvo estable o aumentó en la mayoría de los países que proporcionaron datos, lo cual resultó en un aumento estimado total del 23 % en la Unión Europea. En cambio, Bulgaria, la República Checa y Eslovenia notificaron tendencias a la baja ([32]).

El número de delitos relacionados con la cocaína se incrementó durante el periodo 2002-2007 en todos los países que proporcionaron datos a excepción de Alemania y Bulgaria. En la Unión Europea, en general, aumentaron en cerca de un 59 % en el mismo periodo ([33]).

La tendencia a la baja de los delitos en relación con la heroína en la Unión Europea observados en informes anteriores parece haberse estabilizado y se ha llegado a observar un aumento de alrededor del 7 % para el periodo 2002-2007. Sin embargo, las tendencias nacionales han sido divergentes, y la tendencia al alza se debe sobre todo al aumento registrado en los dos últimos años en Bélgica, Grecia, España, Francia, Polonia y Portugal, y la estabilización observada en Alemania y Austria ([34]).

El número de delitos relacionados con las anfetaminas notificados en la Unión Europea sigue mostrando una tendencia al alza, con un aumento estimado del 59 % entre 2002 y 2007. Por el contrario, se estima que los relacionados con el éxtasis han disminuido en un 22 % durante el mismo periodo ([35]).

([27]) Véase el cuadro DLO-2 del boletín estadístico de 2009.
([28]) Véanse los resúmenes por país de la República Checa y los Países Bajos en el sitio web del OEDT (http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews).
([29]) Véase el gráfico DLO-1 y el cuadro DLO-4 del boletín estadístico de 2009.
([30]) Véase el gráfico DLO-1 y el cuadro DLO-5 del boletín estadístico de 2009.
([31]) Véase el cuadro DLO-3 del boletín estadístico de 2009.
([32]) Véase el gráfico DLO-3 y el cuadro DLO-6 del boletín estadístico de 2009.
([33]) Véase el gráfico DLO-3 y el cuadro DLO-8 del boletín estadístico 2009.
([34]) Véase el gráfico DLO-3 y el cuadro DLO-7 del boletín estadístico de 2009.
([35]) Véase el gráfico DLO-3 del boletín estadístico de 2009.

Gráfico 2: Tipos de infracciones de la legislación sobre drogas notificadas en Europa

N.B.: Para más información, véase el gráfico DLO-2 del boletín estadístico de 2009.
Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

Respuestas sanitarias y sociales en prisión

Diariamente las prisiones de la Unión Europea contienen más de 600 000 reclusos ([36]), lo que arroja un índice medio de reclusión de alrededor de 120 presos por cada 100 000 personas. La población reclusa en los países europeos oscila entre 65 y 320 presos por cada 100 000 personas y la mayoría de los Estados miembros de Europa central y oriental registran índices medios más elevados. No obstante, las cifras por países y la media de la UE siguen siendo considerablemente inferiores a los índices que se registran en Rusia (629) y los EE.UU. (756) ([37]).

Los reclusos 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. Aunque las cifras totales son bajas, el índice de delincuentes que cometen infracciones de la legislación sobre drogas entre los que cumplen condena ha aumentado en los últimos años en diversos Estados miembros de Europa central y oriental.

Consumo de drogas entre la población reclusa

Aún carecemos de estandarización en lo que se refiere a las definiciones, cuestiones de investigación y metodologías utilizadas en los estudios que analizan el consumo de droga en los centros penitenciarios (Vandam, 2009; Dirección General de Sanidad y Protección del Consumidor, 2008a), aunque algunos

([36]) Para más información sobre las prisiones en Europa, consúltese el sitio del Consejo de Europa: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_I/List_Space_I.asp
([37]) Fuente: http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief para las cifras de Rusia y los Estados Unidos de América.

estudios demuestran que el consumo de drogas sigue siendo mayor entre los reclusos que entre la población general. Algunos datos de diversos estudios realizados a partir de 2002, en su mayoría en los países de Europa occidental, muestran que entre un tercio y la mitad de los encuestados indicaban un consumo habitual de una droga ilegal antes de su reclusión. Los estudios realizados también indican que las modalidades más perjudiciales de consumo de drogas podrían concentrarse entre los reclusos y que entre un quinto y un tercio de los encuestados ha consumido en algún momento drogas por vía parenteral ([38]).

A su ingreso en prisión, la mayor parte de los consumidores reducen su consumo de drogas o dejan de consumirlas, principalmente debido a los problemas aparejados a 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 las prisiones en Europa. Los estudios realizados desde 2002 en Europa muestran que entre el 1 y el 50 % de los reclusos declara haber consumido drogas dentro de la prisión, y hasta el 27 % de los reclusos declara haber consumido drogas de forma habitual durante su encarcelamiento ([39]). Un estudio realizado con 1 457 reclusos de seis prisiones alemanas mostró que el 22 % de ellos habían consumido drogas por vía parenteral durante su reclusión, mientras que otros estudios llevados a cabo en otros cuatro países registraron índices de como mínimo un 10 % ([40]). Parece 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 recluidos. Lo anterior suscita una serie de cuestiones alrededor de la posible propagación de enfermedades infecciosas entre la población reclusa.

La sanidad en las prisiones en Europa

Los reclusos tienen derecho al mismo nivel de asistencia médica que las personas que viven fuera de las prisiones 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 las prisiones (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 ([41]), a cuya aplicación insta el nuevo Plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE (2009-2012).

La prestación de servicios de atención sanitaria a los presos recibe ahora mayor atención de los responsables de la formulación política nacional y se observan signos de mejora de los servicios que los Estados miembros de la UE ofrecen a los reclusos. Por ejemplo, diferentes países notifican ahora la existencia de políticas y programas sanitarios nacionales aplicables a los centros penitenciarios. No obstante, aún queda mucho por hacer para garantizar que los reclusos tienen acceso a una atención sanitaria de nivel y calidad comparables con los que se ofrecen fuera de las prisiones. Por otra parte, los centros penitenciarios deben enfrentarse a los desafíos que plantean las necesidades específicas de atención sanitaria que tienen los consumidores de droga, como enfermedades transmitidas por vía sanguínea y problemas de comorbilidad psiquiátrica.

Asistencia a los consumidores de droga en prisión

Los servicios que se prestan a los reclusos en los países europeos incluyen la información y prevención en materia de drogas y salud, la detección selectiva de enfermedades infecciosas y la aplicación de programas de vacunación, el tratamiento de la drogodependencia, incluidas la desintoxicación, el tratamiento de sustitución y los tratamientos sin droga; y la preparación para la excarcelación del recluso. Entre los ejemplos de la constante ampliación de los servicios prestados a los reclusos cabe destacar la introducción de los tratamientos de sustitución en la República Checa, Polonia y Suecia, un programa de tratamiento sin drogas en Chipre y la ampliación de la «garantía de tratamiento» danesa (acceso a un tratamiento de la drogodependencia dentro de un plazo de dos semanas desde la solicitud) a las prisiones.

La continuación de los tratamientos de sustitución cuando se ingresa en prisión está autorizada por los reglamentos oficiales de 26 países, pero no se aplica en cinco de ellos, mientras que el inicio de este tipo de tratamiento en los centros penitenciarios está aprobado en 21 países. Según los datos de los expertos, no obstante, existen diferencias en la aplicación de esta intervención. El tratamiento de sustitución está disponible en casi todas las prisiones en nueve países y en más de la mitad de los centros penitenciarios de otros cuatro. En Alemania, la República Checa, Francia y el Reino Unido, se estima que el tratamiento de sustitución se ofrece en menos de la

([38]) Véanse los cuadros DUP-105 y DUP-2 del boletín estadístico de 2009.
([39]) Véase el cuadro DUP-3 del boletín estadístico de 2009.
([40]) Véase el cuadro DUP-4 del boletín estadístico de 2009.
([41]) DO L 165 de 3.7.2003, p. 31.

mitad de las prisiones y en Finlandia, Hungría, Polonia y Suecia únicamente en unas pocas prisiones. Por último, en nueve países (Bulgaria, Chipre, Grecia, Eslovaquia, Estonia, Letonia, Lituania, Rumanía y Turquía) este tipo de tratamiento no se ofrece en prisión, aunque actualmente se está preparando su introducción en Bulgaria y Rumanía y se debaten las correspondientes modificaciones de la legislación en Letonia.

Una oferta limitada de tratamientos de sustitución fuera de las prisiones a menudo se refleja en la ausencia o una oferta muy limitada de este tipo de tratamiento en los centros penitenciarios ([42]). Otros factores que dificultan la administración de tratamientos de sustitución en las prisiones notificados por los Estados miembros son la falta de un marco regulador para su inicio (Finlandia) y el requisito del pago del tratamiento (comunidad francófona en Bélgica). La administración de los tratamientos de sustitución depende también a menudo de las condiciones locales y a veces de la iniciativa del médico de la prisión.

En 26 Estados miembros de la UE, Noruega y Turquía se dispone de datos acerca de la disponibilidad y el nivel de aplicación de otras medidas de prevención y reducción de daños en las prisiones. El asesoramiento individualizado sobre enfermedades transmisibles y la evaluación de los comportamientos de riesgo en relación con las drogas son una realidad en las prisiones de 26 países. La prueba de la hepatitis C cuando se ingresa en prisión se realiza en 22 países (no se efectúa en Hungría, Polonia y Turquía); no obstante, en Hungría más del 14 % de los reclusos fueron sometidos a la prueba del VHC en los nueve primeros meses de una campaña en curso que comenzó en 2007. Otras intervenciones son las campañas de vacunación contra la hepatitis B en las prisiones, la formación sobre promoción de la salud de los drogodependientes para el personal de las prisiones y el asesoramiento y formación sobre un consumo más seguro, que se ofrece en 13 países, aunque con diferentes niveles de cobertura.

El nivel de aplicación de medidas para prevenir las sobredosis es similar. Aunque el asesoramiento antes de la excarcelación sobre los riesgos de sobredosis se ofrece en 18 países, se estima que este servicio se ha prestado en los últimos 12 meses a un número de reclusos algo significativo únicamente en ocho países. Por otra parte, únicamente siete países disponen de material informativo sobre el fallecimiento y las urgencias derivadas del consumo de drogas elaborado específicamente para su distribución en los centros penitenciarios ([43]).

Se aplican programas de intercambio de agujas y jeringuillas en las prisiones en Alemania, España, Luxemburgo, Portugal y Rumanía y se está preparando su implantación también en el Reino Unido (Escocia). La resistencia del personal de las prisiones y la falta de confidencialidad se indican como factores que obstaculizan el éxito de la aplicación de ciertos programas de intercambio de agujas y jeringuillas en los centros penitenciarios.

([42]) Véase el gráfico HSR-2 del boletín estadístico de 2009.
([43]) Véase el cuadro HSR-7 del boletín estadístico de 2009.

Capítulo 3
Cannabis

Introducción

El consumo del cannabis en Europa ha evolucionado considerablemente durante los últimos diez años, como también lo ha hecho el debate sobre cómo responder de forma adecuada al consumo generalizado de esta droga. A principios y mediados de los años noventa, unos pocos países destacaban por tener altos niveles de prevalencia, mientras que la norma europea eran unos niveles bajos para las normas actuales. En la mayoría de los países, el consumo de cannabis aumentó durante los años noventa y principios del nuevo milenio, y en la actualidad ello ha resultado en una panorámica europea menos variada, si bien aún existen diferencias importantes entre los países. Por otra parte, los últimos años han sido testigos de una creciente sensibilización sobre las implicaciones para la salud pública del consumo generalizado y a largo plazo de esta droga, y han presenciado a la vez un aumento de la solicitud 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 permanecen 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.

Oferta 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 el cannabis se cultiva en 172 países y territorios (ONUDD, 2009) ([44]). 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 fue de entre 13 300 y 66 100 toneladas.

El cultivo de cannabis en Europa se encuentra extendido y posiblemente en aumento (Korf, 2008). En 2007, 19 países europeos mencionaron el

Cuadro 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)	1 300	5 600
Cantidad incautada (en toneladas) en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	853 (859)	70 (96)
Número de incautaciones en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Precio medio al por menor (EUR por gramo) Intervalo (intervalo intercuartil) ([1])	3-11 (5-9)	1-12 (4-9)
Intervalo de potencia media (contenido de THC)	2-13 %	1-10 %

([1]) 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 de 2007, a excepción de la estimación de la producción mundial (de 2008).
Fuentes: Informe mundial sobre drogas de la ONUDD (2009) para los valores mundiales, puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos.

([44]) Para más información sobre las fuentes de datos sobre la oferta y la disponibilidad de las drogas, véase la p. 43.

cultivo doméstico de cannabis, aunque la escala del fenómeno parece variar considerablemente. Sin embargo, parece que una proporción significativa del cannabis que se consume en Europa es el resultado de un tráfico intrarregional.

La hierba de cannabis en Europa también se importa, principalmente de África (por ejemplo, Nigeria, Marruecos, Gana, Sudáfrica), y con menor frecuencia de Asia sudoccidental (Pakistán) y América (Jamaica) (JIFE, 2009a).

La fabricación mundial de resina de cannabis en 2008 se estimó entre 2 200 y 9 900 toneladas (ONUDD, 2009); en este contexto, Marruecos sigue siendo el principal productor. La superficie destinada al cultivo de resina de cannabis se redujo al parecer de 134 000 hectáreas a 76 400 hectáreas entre 2003 y 2005 (ONUDD y Gobierno de Marruecos, 2007). Se produce resina también en otros países, como Afganistán y Pakistán (ONUDD, 2009). La resina de cannabis procedente de Marruecos se introduce normalmente de contrabando a través de la Península Ibérica y los Países Bajos y se distribuye a partir de ahí a otros países europeos.

Incautaciones

En 2007 las autoridades se incautaron de 5 600 toneladas de hierba de cannabis y 1 300 toneladas de resina de cannabis en todo el mundo, lo que supone un aumento de alrededor del 10 % en comparación con el año anterior. Norteamérica siguió registrando la proporción más elevada de hierba de cannabis incautada (66 %), mientras que la mayoría de la resina de cannabis incautada se registró en Europa occidental y central (66 %) (ONUDD, 2009).

En Europa las autoridades se incautaron de 96 toneladas de hierba de cannabis en las 241 000 operaciones que se estima se llevaron a cabo en 2007 ([45]). El número de incautaciones se duplicó con creces entre 2002 y 2007. La cantidad de hierba de cannabis incautada se redujo a la mitad durante los dos primeros años de este periodo para aumentar después, aunque permaneció muy por debajo de las 130 toneladas incautadas en 2002. El número más elevado de incautaciones de hierba de cannabis se registró en el Reino Unido, con aproximadamente la mitad del total en 2005 y 2006. En 2007, Turquía (con 25,5 toneladas) y Bélgica (12,8 toneladas) notificaron incautaciones récord.

Las incautaciones de resina de cannabis en Europa superaron a las de hierba de cannabis, tanto en número como en volumen incautado ([46]). En 2007, se produjeron alrededor de 325 000 incautaciones de resina de

Suministro y disponibilidad de droga: datos y fuentes

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. Estas 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 están concentrados en ciertas áreas geográficas restringidas.

Las incautaciones de drogas suelen considerarse un indicador indirecto de la oferta, de las rutas de tráfico y de la disponibilidad de las sustancias. Por otra parte, también constituyen un indicador más directo de las actividades de las fuerzas de seguridad (como prioridades, recursos o estrategias), al tiempo que reflejan las prácticas de elaboración de informes y la vulnerabilidad de los traficantes. También se analizan los datos sobre la pureza o potencia y los precios de venta al por menor de las drogas ilegales con el fin de comprender los mercados minoristas de drogas. Sin embargo, la disponibilidad de este tipo de datos puede ser limitada y pueden surgir dudas sobre la fiabilidad y comparabilidad. Los informes de inteligencia de los cuerpos y fuerzas de seguridad también pueden ayudar a completar el panorama.

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 ONUDD y sus análisis, y se complementan con información adicional de Europol. La información sobre precursores de drogas la suministra la Comisión Europea, que recoge datos sobre las incautaciones de estas sustancias en la UE, así como la 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 presentados en este informe representan la mejor aproximación disponible, pero deben interpretarse con cautela, dado que muchas partes del mundo aún carecen de sistemas de información sofisticados relativos al suministro de drogas.

([45]) La información sobre incautaciones de droga en Europa mencionada en este capítulo puede encontrarse en los cuadros SZR-1 a SZR-6 del boletín estadístico de 2009.

([46]) A causa de las diferencias existentes en relación con el volumen de los envíos y las distancias recorridas, así como la necesidad de cruzar fronteras internacionales, la resina de cannabis podría ser más susceptible de ser incautada que la hierba de cannabis producida localmente.

cannabis, lo que resultó en la interceptación de 859 toneladas de la droga, cerca de nueve veces la cantidad de la hierba de cannabis incautada.
Entre 2002 y 2007 el número de incautaciones de resina de cannabis aumentó, aunque la cantidad incautada sufrió fluctuaciones durante ese mismo periodo.
Un poco más de la mitad del número total de incautaciones de resina de cannabis y alrededor de tres cuartos de la cantidad incautada en 2007 se registró en España, mientras que en tres países se registraron cantidades récord de resina incautada, a saber, en Bélgica (59 toneladas), Portugal (43 toneladas) y Turquía (6 toneladas).

Las incautaciones de plantas de cannabis han aumentado de forma constante desde 2002 y en 2007 se produjeron alrededor de 15 000 operaciones. Los países notifican la cantidad incautada en número de plantas o como estimación de su peso. El número de plantas incautadas se elevó a 2,4 millones, una cifra que ha permanecido relativamente estable durante los últimos dos años y que aumentó desde los 1,5 millones de plantas incautadas en 2002. El peso de las plantas incautadas ha aumentado sustancialmente durante este periodo y fue de 27 toneladas en 2007, de las que 25 fueron notificadas por España.

Potencia y precio

La potencia de los productos del cannabis viene determinada por su contenido en delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), su principal sustancia psicotrópica. La potencia del cannabis varía ampliamente tanto entre los distintos países como dentro de ellos, y también entre los distintos productos del cannabis.
La información existente sobre la potencia del cannabis 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 2007, la media nacional notificada de contenido de THC de la resina de cannabis oscilaba entre el 2,9 y el 13,3 %. La potencia media de la hierba de cannabis, excluida la variedad casera «sin semilla» («nederwiet») cultivada en los Países Bajos, variaba entre el 1,2 y el 10,2 %. Entre 2002 y 2007, la potencia media notificada de la resina y la hierba de cannabis permaneció estable o disminuyó en la mayoría de los 16 países europeos en los que se realizó este tipo de análisis. No obstante, en Portugal y Luxemburgo se registraron tendencias al alza del contenido medio de THC de la resina de cannabis. En otros cinco países también se registró un aumento de la potencia de la hierba de cannabis. 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 recientemente se observó un descenso de la potencia media de la variedad «nederwiet», desde un nivel máximo del 20,3 % en 2004 hasta el 16,0 % en 2006, nivel que se mantuvo en 2007 ([47]).

En 2007 el precio medio al por menor de la resina de cannabis osciló entre los 3 y los 11 euros por gramo en los 18 países que facilitaron información, la mitad de los cuales notificó un precio de entre 5 y 9 euros. El precio medio al por menor de la hierba de cannabis se situó entre 1 y 12 euros por gramo en los 17 países que ofrecieron información y cerca de la mitad de ellos notificaron precios de entre 4 y 9 euros.
En los 11 países que contaban con datos para el periodo entre 2002 y 2007, el precio medio al por menor de la resina de cannabis, corregido con la inflación, disminuyó. Durante el mismo periodo, los datos disponibles para la hierba de cannabis señalan una situación más estable.

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) alrededor de 74 millones de europeos, lo cual corresponde a más de una de cada cinco personas entre 15 y 64 años (véase el cuadro 3 para 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 %.

Muchos países notifican niveles de prevalencia relativamente elevados del consumo de cannabis en el último año y en el último mes. Se estima que alrededor de 22,5 millones de europeos han consumido cannabis en el último año, lo que corresponde a una media del 6,8 % de las personas con una edad comprendida entre los 15 y los 64 años. Las estimaciones de la prevalencia en el último mes incluyen a las personas que consumen cannabis más frecuentemente, aunque no necesariamente de forma intensiva. Se estima que 12 millones de europeos han consumido esta droga en el último mes, lo que corresponde a una media del 3,6 % de las personas con una edad comprendida entre los 15 y los 64 años.

([47]) Véanse los cuadros PPP-1 y PPP-5 del boletín estadístico de 2009 para más información sobre potencia y precios.

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

Grupo de edad	Periodo de tiempo del consumo		
	Toda la vida	Último año	Último mes
15-64 años			
Número estimado de consumidores en Europa	74 millones	22,5 millones	12 millones
Media europea	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Intervalo	1,5-38,6 %	0,4-14,6 %	0,1-7,2 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgaria (5,6 %) Chipre (6,6 %)	Rumanía (0,4 %) Malta (0,8 %) Grecia (1,7 %) Bulgaria (1,9 %)	Rumanía (0,1 %) Malta (0,5 %) Suecia (0,6 %) Lituania (0,7 %)
Países con prevalencia más alta	Dinamarca (38,6 %) Italia (31,2 %) Francia (30,6 %) Reino Unido (30,0 %)	Italia (14,6 %) España (10,1 %) República Checa (9,3 %) Francia (8,6 %)	Italia (7,2 %) España (7,1 %) Francia, República Checa (4,8 %)
15-34 años			
Número estimado de consumidores en Europa	41,5 millones	17 millones	9 millones
Media europea	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Intervalo	2,9-48,0 %	0,9-20,9 %	0,3-13,4 %
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 (1,3 %) Grecia, Lituania (1,5 %)
Países con prevalencia más alta	Dinamarca (48,0 %) Francia (43,6 %) Reino Unido (40,1 %) República Checa (38,3 %)	Italia (20,9 %) República Checa (19,3 %) España (18,8 %) Francia (16,7 %)	España (13,4 %) Italia (10,4 %) República Checa, Francia (9,8 %)
15-24 años			
Número estimado de consumidores en Europa	19 millones	10 millones	5 millones
Media europea	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Intervalo	3,7-43,9 %	1,5-28,2 %	0,5-16,9 %
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 (6,0 %) Portugal (6,6 %)	Rumanía (0,5 %) Grecia (1,2 %) Suecia (1,6 %) Chipre, Lituania (2,0 %)
Países con prevalencia más alta	República Checa (43,9 %) Francia (42,0 %) Dinamarca (41,1 %) Alemania (39,0 %)	República Checa (28,2 %) España (24,1 %) Italia (22,6 %) Francia (21,7 %)	España (16,9 %) República Checa (15,4 %) Francia (12,7 %) Italia (11,5 %)

Las estimaciones de prevalencia en Europa se basan en las medias ponderadas de las encuestas nacionales más recientes realizadas entre 2001 y 2008 (principalmente entre 2004 y 2008), por lo que no se pueden asociar a un único año. Para obtener la prevalencia media en Europa se ha calculado una media en función de la población del grupo de edad relevante en cada país. A los países de los que no se dispone de información se les ha aplicado la prevalencia media de la UE. Población usada como base: 15-64 (334 millones), 15-34 (133 millones) y 15-24 (63 millones). Los datos aquí resumidos están disponibles en las «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2009.

Encuestas de población: una herramienta importante para comprender las pautas y tendencias del consumo de drogas en Europa

El consumo de drogas entre la población general o escolar se puede evaluar mediante encuestas representativas que permiten estimar la proporción de personas que declaran haber consumido drogas durante determinados periodos de tiempo. Las encuestas también ofrecen información contextual útil sobre pautas de consumo, características sociodemográficas de los consumidores y percepciones de los riesgos y disponibilidad.

El OEDT, en estrecha colaboración con expertos nacionales, ha desarrollado una serie de temas básicos que se utilizan en las encuestas a adultos (el «modelo de cuestionario europeo», EMQ). Este protocolo se ha aplicado ahora en la mayoría de los Estados miembros de la UE. Sin embargo, todavía existen diferencias en cuanto a la metodología usada y el año de recopilación de datos. Por lo tanto, 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 en intervalos de entre dos y 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 2004 y 2007.

De los tres intervalos de tiempo normalizados usados para comunicar datos de encuestas, 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 entender pautas de consumo e 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), para los que 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 antes de la encuesta) ([1]). 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. Las encuestas datan de 1995, 1999, 2003 y 2007. En 2007, se recogieron datos en 35 países, incluidos 25 Estados miembros de la UE, Noruega y Croacia ([2]).

([1]) Para más información, véase: http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview
([2]) Se puede consultar un resumen de los principales resultados de la encuesta ESPAD de 2007 en 23 lenguas (http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html). El informe completo se puede consultar en línea en el sitio web de ESPAD (http://www.espad.org).

Consumo de cannabis entre adultos jóvenes

El consumo de cannabis se concentra principalmente en los adultos jóvenes (15-34 años), siendo los jóvenes de entre 15 y 24 años los que generalmente indican los niveles más altos de consumo en el último año. Éste es el caso en casi todos los países europeos, a excepción de Portugal ([48]).

La información extraída de encuestas de población indica que, como media, el 31,1 % de todos los adultos jóvenes europeos (entre 15 y 34 años) ha consumido cannabis alguna vez, mientras que el 12,5 % lo ha hecho durante el último año y un 6,8 % durante el último mes. Se estima que una proporción aún mayor de jóvenes europeos de entre 15 y 24 años ha consumido cannabis en el último año (15,9 %) o el último mes (8,3 %). Las estimaciones nacionales de prevalencia del consumo de cannabis varían de forma importante entre unos países y otros en todas las medidas de prevalencia; algunos países situados en el extremo superior de la lista notifican valores diez veces superiores a los indicados por los países con menor prevalencia.

El nivel de consumo de cannabis es más elevado entre los hombres que entre las mujeres (véase OEDT, 2006a), aunque se observan marcadas diferencias de un país a otro. Así pues, por ejemplo, la ratio entre hombres y mujeres en el caso de los que reconocen haber consumido cannabis durante el último año oscila entre 6,4:1 en Portugal y 1,4:1 en Austria.

Consumo de cannabis entre escolares

La encuesta ESPAD ([49]) ofrece datos comparables sobre 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. Algunos países, como España, Suecia o el Reino Unido, realizan sus propios estudios entre los escolares que ofrecen datos, también sobre el consumo de cannabis, comparables con los de los estudios ESPAD y HBSC (*Health-Behaviour in School-aged Children*).

Los datos del estudio ESPAD de 2007 revelan que la mayor prevalencia a lo largo de la vida del consumo de

([48]) Véase el gráfico GPS-1 del boletín estadístico de 2009.
([49]) Véase el recuadro sobre las encuestas de población.

cannabis entre los escolares de 15 a 16 años se registra en la República Checa (45 %) ([50]), mientras que Estonia, Francia, los Países Bajos, Eslovaquia y el Reino Unido notifican niveles de prevalencia que oscilan entre el 26 y el 32 %. Otros 15 países notifican niveles de prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cannabis de entre el 13 y el 25 %. Los niveles más bajos (menos de un 10 %) se registran en Grecia, Chipre, Rumanía, Finlandia, Suecia y Noruega. En general, la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cannabis entre escolares varía poco entre géneros.

La mayor prevalencia del consumo de cannabis durante el último mes entre jóvenes de 15 a 16 años en Europa se registra en España (20 %) y la República Checa (18 %) ([51]).

Comparaciones internacionales

Las cifras europeas pueden compararse con las de otras partes del mundo. Por ejemplo, en Estados Unidos, la *National Survey on Drug Use and Health* (Encuesta Nacional sobre Abuso de Drogas y Salud) (Samhsa, 2007) estimaba una prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida del 49 % en los adultos jóvenes (entre 15 y 34 años, recalculada por el OEDT) y una prevalencia durante el último año del 21 %. Para el mismo grupo de edad, la prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida en Canadá (2004) era del 58 %, y la prevalencia durante el último año ascendía al 28 %, mientras que en Australia (2007) los porcentajes eran del 47 % y el 16 %, respectivamente. Todas estas cifras están por encima de las correspondientes medias europeas, que se sitúan, respectivamente, en el 31,1 % y el 12,5 %.

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

Tendencias en el consumo de cannabis

Los datos de encuestas nacionales comunicados al OEDT revelan que el consumo de cannabis aumentó notablemente durante los años noventa en casi todos los países de la UE, sobre todo entre los jóvenes (gráfico 3) y los escolares. En el cambio de siglo, en la mayoría de los países europeos una proporción importante de la población joven había consumido o estaba consumiendo la droga, como ilustra el hecho de que entre 1998 y 2003 la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cannabis entre los jóvenes de entre 15 y 34 años de edad aumentó hasta niveles de

Gráfico 3: Tendencias en la prevalencia del consumo de cannabis durante el último año entre los jóvenes (entre 15 y 34 años)

([1]) Inglaterra y Gales.
N.B.: Para más información, véase el gráfico GPS-4 del boletín estadístico de 2009.
Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2008), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

([50]) Véase el gráfico EYE-1 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.
([51]) Véase el gráfico EYE-1 (parte i) del boletín estadístico de 2009.

alrededor del 30 % en siete países y superó el 40 % en otros dos. Los niveles correspondientes de la prevalencia durante el último año entre este grupo de edad eran muy elevados en siete países (15-20 %) y la prevalencia durante el último mes alcanzó entre el 8 y el 15 % en seis países.

La tendencia observada en el consumo de cannabis en el Reino Unido resulta especialmente interesante. A comienzos y mediados del decenio de 1990 este país destacaba en el panorama europeo porque notificaba las estimaciones de prevalencia más elevadas. Este cuadro ha ido cambiando progresivamente a medida que los niveles de consumo aumentaban en otros países. Por otra parte, el consumo de cannabis en el Reino Unido ha declinado de forma constante desde alrededor de 2003, especialmente entre el grupo de edad comprendido entre los 16 y los 24 años ([52]), lo que indica un cambio generacional. Además, también se puede observar una tendencia a la baja o a la estabilización en otros países, tanto en la escuela como entre la población general. De los 11 países para los que es posible analizar la tendencia de la prevalencia del consumo del último año entre adultos jóvenes entre 2002 y 2007, cuatro de ellos notifican una disminución de al menos el 15 % del valor inicial, y en otros cuatro más la situación parece ser estable ([53]). En tres países, los niveles de prevalencia han aumentado en al menos un 15 %, aunque otros datos ponen en tela de juicio esta tendencia al alza.

Tendencias entre escolares

Como en el caso de los adultos, entre 1995 y 2003 se produjo un aumento en el consumo del cannabis entre escolares en una serie de países europeos, aunque en general más recientemente esta tendencia se ha estabilizado e incluso ha empezado a declinar. Sólo dos de los países analizados por el OEDT que participaron en las encuestas escolares ESPAD en 2007 (Lituania y Eslovaquia) notifican un aumento de más de tres puntos porcentuales en el consumo de cannabis a lo largo de la vida desde 2003, mientras que nueve países indican una disminución equivalente durante este periodo ([54]). 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 ([55]).

En las tendencias de consumo de cannabis a lo largo de la vida entre escolares entre 1995 y 2007 (gráfico 4) se observan pautas diferentes en Europa. Siete países,

Gráfico 4: Diferentes pautas en las tendencias de prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cannabis entre los escolares de 15 a 16 años

Fuente: ESPAD.

([52]) Véase el gráfico GPS-10 del boletín estadístico de 2009.
([53]) En los casos en los que no se disponía de información sobre los años exactos se utilizaron datos del año anterior o del siguiente.
([54]) La encuesta ESPAD considera un aumento o disminución de más de tres puntos porcentuales indicativo de un cambio.
([55]) Véase el gráfico EYE-1 (parte xii) del boletín estadístico de 2009.

principalmente de Europa septentrional y meridional (Grecia, Chipre, Malta, Rumanía, Finlandia, Suecia y Noruega), han notificado una prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida en general estable y baja durante todo este periodo. La mayoría de los países de Europa occidental, así como Croacia y Eslovenia, que registraban una prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida elevada o en fuerte aumento hasta 2003, registraron una disminución o estabilización en 2007. De estos 11 países, nueve notificaron una disminución de más de tres puntos porcentuales y dos permanecieron estables. La situación resulta algo diferente en la mayoría de los países de Europa central y oriental, donde la tendencia al alza observada entre 1995 y 2003 parece estar estabilizándose. En esta región, seis países notifican una situación estable y dos un aumento de más de tres puntos porcentuales ([56]).

En algunos países europeos, el aumento del consumo de cannabis a lo largo de la vida entre escolares entre 1995 y 2003 se acompañó del aumento de la prevalencia del consumo de tabaco a lo largo de la vida. Desde 2003, ambas tendencias se han invertido en muchos países, lo que indica un posible vínculo entre el consumo de tabaco y de cannabis entre los jóvenes ([57]).

Pautas de consumo de cannabis

Los datos disponibles indican distintas pautas de consumo de cannabis. De las personas de entre 15 y 64 años de edad que han consumido cannabis en algún momento, sólo el 30 % lo ha hecho durante el último año ([58]). No obstante, entre los que han consumido la droga en el último año, una media del 50 % lo han hecho en el último mes, e investigaciones recientes muestran que el consumo repetido de esta sustancia puede permanecer estable durante largos periodos de tiempo, incluso entre los consumidores más jóvenes (Perkonigg, 2008).

La estimación de la prevalencia de pautas intensivas y a largo plazo del consumo constituye una cuestión de salud pública importante debido a su relación con consecuencias negativas, como problemas respiratorios, escaso rendimiento o dependencia (Hall y Solowij, 1998). El consumo diario o casi diario (consumo durante 20 días o más en los últimos 30 días) constituye actualmente el mejor indicador disponible de consumo intensivo. En 2007-2008 se recopiló información sobre este tipo de consumo de cannabis en Europa como parte de un «estudio de campo» coordinado por el OEDT en colaboración con expertos nacionales y los puntos focales Reitox de 13 países, en representación del 77 % de la población adulta de la UE (15-64 años). Sobre la base de esta información, se estima que más del 1 % de los adultos europeos, alrededor de 4 millones de personas, consume cannabis diariamente o casi diariamente. La mayoría de estos consumidores de cannabis, unos 3 millones, tiene entre 15 y 34 años, lo cual representa aproximadamente del 2 al 2,5 % del total de ciudadanos europeos clasificables dentro de este grupo de edad ([59]).

Las tendencias del consumo intensivo de cannabis son difíciles de evaluar debido a la escasez de datos. De los siete países que facilitaron datos sobre tendencias recientes, cuatro (España, Francia, Italia y Portugal) notificaron un aumento de la prevalencia del consumo diario de cannabis, uno indicó una situación estable (Irlanda) y sólo dos notificaron un declive (Grecia y los Países Bajos) ([60]). Estos resultados apuntan a un posible aumento general del número de consumidores intensivos de cannabis en Europa durante el pasado decenio.

La dependencia del cannabis se percibe cada vez más como posible consecuencia del consumo habitual de la droga, aunque la gravedad y las consecuencias de dicho consumo pueden parecer menos serias que las asociadas habitualmente al consumo de otras sustancias psicotrópicas (como la heroína o la cocaína). No obstante, dado que una proporción relativamente mayor de la población consume cannabis habitualmente, el impacto total sobre la salud pública de las formas intensivas de consumo de cannabis puede ser significativo. Los consumidores, especialmente los consumidores intensivos, también pueden experimentar problemas sin cumplir necesariamente los criterios clínicos de la dependencia.

Algunos estudios muestran que el desarrollo de dependencia del cannabis es menos abrupto que en el caso de otras drogas (como la cocaína) y que entre los que consumieron la droga al menos una vez en su vida, la proporción que alguna vez desarrolla dependencia podría no sobrepasar el 10 % (Wagner y Anthony, 2002).

([56]) Véase el gráfico EYE-1 (parte xiii) del boletín estadístico de 2009.
([57]) Véase la Cuestión particular sobre el policonsumo de drogas.
([58]) Véase el gráfico GPS-2 del boletín estadístico de 2009.
([59]) Las medias europeas constituyen una estimación basada en una media ponderada (de la población) para los países que han aportado datos e imputada 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 el cuadro GPS-7 del boletín estadístico de 2009.
([60]) Véase el cuadro GPS-7 del boletín estadístico de 2009.

Escalas cortas para medir las formas problemáticas de consumo de cannabis en las encuestas de población general

Existen pruebas de que la dependencia del cannabis puede medirse en la población general de forma tan fiable como en muestras de consumidores sometidos a tratamiento, incluida la medida de los síntomas del síndrome de abstinencia (Mennes *et al.*, 2009). Por consiguiente, el OEDT está desarrollando, en cooperación con varios países, métodos para supervisar las formas de consumo de cannabis a largo plazo más intensivas y significativas.

En los últimos años se han probado diferentes metodologías para estimar, en las encuestas de población general, la prevalencia de consumos intensivos y problemáticos, especialmente de cannabis. Algunos expertos alemanes han revisado la literatura y el trabajo realizado en este ámbito e identificado cuatro escalas cortas para medir el consumo de cannabis, que se han probado en muestras de población general en Europa. Se trata de las escalas SDS (*Severity of Dependence Scale* o «gravedad de la escala de dependencia»), PUM (*Problematic Use of Marijuana* o «uso problemático de marihuana»), CAST (*Cannabis Abuse Screening Test* o «prueba de detección del consumo de cannabis») y CUDIT (*Cannabis Use Disorders Identification Test* o «prueba de identificación de trastornos debidos al consumo de cannabis») (Piontek *et al.*, 2008). Estas escalas incluyen entre cuatro y diez puntos y en general se consideraron muy válidas sus propiedades psicométricas (como la capacidad de diferenciar entre los casos de consumo y los casos donde no hay consumo de forma coherente y con arreglo al concepto deseado de dependencia o consumo problemático del cannabis).

Sin embargo, siguen existiendo algunas dificultades en este ámbito debido a la falta de consenso en relación con el tipo de factores (como dependencia, abuso, consumo perjudicial, problemas relacionados con el consumo) o conjunto de factores que deberían medirse para evaluar las formas de consumo de cannabis problemáticas. También existen dificultades de estimación, ya que la medida de un fenómeno con una prevalencia baja puede producir muchos casos de «falsos positivos» y, por consiguiente, una sobreestimación del consumo problemático de cannabis en la población general. Otros estudios de validación, actualmente en curso o previstos, podrían contribuir a superar estas dificultades.

En las encuestas de la población general realizadas en los Estados Unidos se observa dependencia en un 20-30 % de los consumidores diarios ([61]). Otros estudios indicaban que la dependencia del cannabis puede permanecer relativamente estable en el tiempo (Swift *et al.*, 2000). No obstante, probablemente más de la mitad de los consumidores con dependencia del cannabis que interrumpen su consumo de la droga son capaces de hacerlo sin tratamiento (Cunningham, 2000; Ellingstad *et al.*, 2006).

Pautas entre escolares

Las encuestas ESPAD de 2007 también muestran que el consumo de cannabis a lo largo de la vida se encuentra relacionado con la percepción de un menor riesgo y una mayor disponibilidad de la droga ([62]). En comparación con la población general de estudiantes, los consumidores de cannabis tienen más probabilidades de consumir alcohol, tabaco y drogas ilícitas ([63]).

Nuevos datos de la encuesta ESPAD revelan también pautas de un consumo de cannabis más intensivo. En diez países europeos, entre el 5 y el 12 % de los escolares varones de entre 15 y 16 años de edad declararon haber consumido cannabis en 40 o más ocasiones. Esta proporción era al menos el doble de la registrada entre las chicas escolares, lo que apoya otros datos que muestran que las pautas de consumo intensivo se observan más habitualmente entre los chicos jóvenes. Un consumo temprano se ha asociado al posterior desarrollo de formas más intensivas y problemáticas de consumo de drogas. En la mayoría de los diez países que registran una tasa relativamente elevada de consumo frecuente, entre el 5 y el 9 % de los escolares declararon que habían comenzado a consumir cannabis a la edad de 13 años e incluso antes ([64]).

Tratamiento

Solicitud de tratamiento

En 2007, el cannabis constituyó la droga principal en alrededor del 20 % de los tratamientos iniciados (con 73 000 pacientes), por detrás únicamente de la heroína. No obstante, las diferencias entre países son considerables, ya que Bulgaria, Lituania y Eslovenia notificaron que menos del 5 % de sus pacientes eran fundamentalmente consumidores de cannabis y Dinamarca, Francia, Hungría, los Países Bajos y Turquía señalaron más de un 30 %. Estas diferencias pueden explicarse a partir de la prevalencia del consumo de cannabis, las necesidades de los tratamientos de la

([61]) Análisis de los datos de encuestas nacionales de población de Estados Unidos entre 2000 y 2006. Página de análisis en línea de la Encuesta Nacional sobre Abuso de Drogas y Salud (NSDUH, por sus siglas en inglés): http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml, consultada el 25 de febrero de 2008 y analizada utilizando las variables MJDAY30A y DEPNDMRJ.
([62]) Véanse los gráficos EYE-1 (parte v) y (parte vi) del boletín estadístico de 2009.
([63]) Véase la Cuestión particular sobre el policonsumo de drogas.
([64]) Véase el gráfico EYE-1 (parte iii) y (parte vii) del boletín estadístico de 2009.

drogodependencia, la organización y administración de tales tratamientos o las prácticas de derivación a tratamiento. En los dos países con la mayor proporción de pacientes consumidores de cannabis, en Francia, los centros de asesoramiento se dirigen a los jóvenes consumidores de droga, y en Hungría se ofrece a los delincuentes consumidores de cannabis el tratamiento de su drogodependencia como una alternativa a la pena. El sistema de justicia 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.

Los pacientes que acuden a centros ambulatorios a causa del consumo de cannabis a menudo suelen declarar el consumo de otras drogas. Sobre la base de los datos recogidos en 14 países, el 85 % de ellos toman otro tipo de droga, principalmente alcohol (65 %) o cocaína (13 %), y algunos indican el consumo tanto de alcohol como de cocaína (12 %) ([65]).

Tendencias en las nuevas solicitudes de tratamiento de la drogodependencia

En los 19 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 alrededor de 19 000 a 34 000 (de un 25 % a un 31 %) entre 2002 y 2007 ([66]). No obstante, parece que esta tendencia se ha visto interrumpida entre 2006 y 2007, ya que la mayoría de los países notificaron una proporción decreciente o estable de los nuevos pacientes consumidores de cannabis. Lo anterior puede guardar relación con las recientes tendencias del consumo de cannabis, aunque también puede reflejar cambios en las prácticas de notificación, la saturación de la capacidad de los servicios o la utilización de servicios diferentes (por ejemplo, servicios de atención primaria o de salud mental).

Perfiles de los pacientes

Los consumidores de cannabis que empiezan un tratamiento en régimen ambulatorio son principalmente jóvenes varones, con una ratio entre hombres y mujeres de 5,2:1, y tienen una media de edad de 24 años ([67]). De entre todos los consumidores de droga que se someten a tratamiento ambulatorio por primera vez, afirma consumir cannabis como droga principal el 67 % de los jóvenes de entre 15 y 19 años y el 78 % de los adolescentes de menos de 15 años ([68]).

En general, el 24 % de los consumidores de cannabis como droga principal que inician un tratamiento en régimen ambulatorio son consumidores ocasionales, probablemente a menudo derivados por el sistema de justicia penal; el 12 % consumen cannabis una vez a la semana o con menor frecuencia; cerca del 18 % lo consumen entre 2 y 6 veces a la semana; y el 47 % 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, Dinamarca, España, Francia, Malta y los Países Bajos la mayoría son consumidores diarios ([69]). Un estudio francés realizado entre pacientes de centros de asesoramiento especializados reveló que el 63 % de los consumidores de cannabis que lo hacían diariamente eran dependientes de esa droga (Obradovic, 2008).

Muchos de los pacientes que consumen cannabis aún son estudiantes y disponen de un alojamiento estable (OEDT, 2008a). En Francia, el 34 % de los pacientes consumidores de cannabis han estudiado en escuelas técnicas, en comparación con el 6,8 % entre la población general (Obradovic, 2008), lo que refleja un nivel educativo menor.

La relación entre el consumo de cannabis y los trastornos de comorbilidad psiquiátrica sigue siendo una cuestión sin resolver bastante compleja (OEDT, 2008a). No obstante, algunos estudios han revelado que las personas con problemas de salud mental, especialmente esquizofrenia, corren un mayor riesgo de desarrollar un consumo intensivo de cannabis (Henquet *et al.*, 2005). Por otra parte, existen pruebas claras que indican que el consumo de cannabis puede afectar negativamente a las personas que tiene problemas de salud mental preexistentes (ACMD, 2008). También puede resultar relativamente común que los servicios de tratamiento de la drogodependencia se encuentren con adolescentes remitidos por sus problemas con el cannabis y que tienen también problemas de salud mental subyacentes (Schroder *et al.*, 2008). Lo anterior podría explicarse por la falta de tratamiento adecuado para sus problemas en los servicios de salud mental generales o porque los propios pacientes no busquen tal tratamiento en dichos servicios (Zachrisson *et al.*, 2006).

([65]) Véase la Cuestión particular sobre el policonsumo de drogas.
([66]) Véanse los gráficos TDI-1 y TDI-2 y los cuadros TDI-3 (parte iv) y TDI-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.
([67]) Véase el cuadro TDI-21 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.
([68]) Véase el cuadro TDI-10 (parte iv) y (parte vi) del boletín estadístico de 2009.
([69]) Véanse los cuadros TDI-18 (parte i) y TDI-111 (parte viii) del boletín estadístico de 2009.

Oferta de tratamiento

Los programas de tratamiento específicos para los consumidores de cannabis pueden ofrecer servicios adaptados a las necesidades de este grupo de consumidores y también reducir los riesgos de que los jóvenes se mezclen con consumidores de drogas más problemáticos y de mayor edad. En 2008, el OEDT recogió información sobre la disponibilidad de este tipo de programas en Europa. Los expertos nacionales notificaron su existencia en 13 de los 25 países que facilitaron datos (gráfico 5). La disponibilidad de los servicios variaba según los países. Se estimaba que casi todos los que buscasen tratamiento específico lo obtendrían en Francia, Grecia y Eslovenia; más de la mitad de ellos en Alemania y el Reino Unido y sólo una minoría en los ocho países restantes. Entre los 12 países que notificaron la inexistencia de programas específicos para los consumidores de cannabis, Bulgaria, la República Checa, Estonia, Chipre, Rumanía y Turquía prevén ponerlos en marcha en los próximos tres años.

Gráfico 5: Disponibilidad de programas específicos de tratamiento para los consumidores de cannabis y prevalencia del consumo de cannabis en el último mes (%) entre los jóvenes de 15 a 24 años

N.B.: La disponibilidad se define como la proporción estimada de consumidores de cannabis que necesitan tratamiento que pueden recibirlo: casi todos (completa), la mayoría, pero no casi todos (extensiva), más que unos pocos, pero no la mayoría (limitada), sólo unos pocos (escasa), no disponible.
Los datos sobre la disponibilidad de programas específicos de tratamiento proceden de los expertos nacionales, que evalúan el grado en el que la capacidad de ofrecer tratamiento se ajusta a la demanda de los consumidores de cannabis que buscan activamente tratamiento. Los programas específicos pueden ofrecer tratamiento estructurado a los consumidores problemáticos de cannabis, apoyo a sus familiares y asesoramiento a los consumidores de cannabis no problemáticos o a los jóvenes delincuentes. Tales programas parecen existir en los Países Bajos, pero no se han facilitado datos sobre su disponibilidad.
La prevalencia del último mes del consumo de cannabis entre los jóvenes de 15 a 24 años ofrece una indicación de la población de jóvenes que pueden entablar contacto con tales programas. Sin embargo, no indica las necesidades de tratamiento o el nivel del consumo problemático de cannabis en un país.
Para más información sobre prevalencia, véase el cuadro GPS-16 del boletín estadístico de 2009.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

Programas de tratamiento para los consumidores de cannabis en Europa

En Grecia, las unidades para adolescentes de la organización OKANA ofrecen un programa de intervención temprana para consumidores experimentales u ocasionales de cannabis, al tiempo que también se ofrece un tratamiento más estructurado a los consumidores intensivos y problemáticos. El tratamiento se basa fundamentalmente en terapia sistémica y familiar.

En Francia, alrededor de 275 centros de consulta especializados y repartidos por todo el país facilitan información preventiva, ofrecen intervenciones de corta duración y prestan apoyo a los jóvenes consumidores de drogas (sobre todo cannabis), así como a jóvenes delincuentes y sus familias. Cuando se diagnostica un consumo problemático de drogas (por ejemplo, con dependencia) o graves comorbilidades, los pacientes se derivan a los servicios especializados.

En Austria, diferentes centros de asesoramiento (por ejemplo, ChEck it!, B.I.T., Clean Bregenz) aplican un enfoque específico cuando se trata de jóvenes consumidores de cannabis al objeto de separarlos de otro tipo de usuarios, normalmente consumidores de opiáceos, e integran a sus familiares y amigos en el asesoramiento o el proceso de tratamiento.

En Alemania, el programa de interrupción del consumo de cannabis basado en Internet «Quit the shit» ([70]) se ha transferido a 12 centros de consulta sobre drogodependencia en siete Estados federados. El programa FRED (véase el capítulo 2) ofrece asesoramiento basado en la motivación y las entrevistas a los consumidores derivados por el sistema de justicia penal. En Dresde se aplica actualmente el programa Candis para el tratamiento de pacientes con alteraciones relacionadas con el consumo de cannabis basado en el refuerzo de la motivación, la terapia de comportamiento cognitivo y la solución de problemas psicosociales. Una evaluación de este programa mostró resultados positivos y los hallazgos de un estudio de seguimiento actualmente en curso en otros diez centros determinarán su posible aplicación en otros lugares.

([70]) Véase el recuadro «Tratamiento basado en Internet», p. 53.

Alemania, Bélgica, Francia, los Países Bajos y Suiza están colaborando en un estudio internacional sobre la eficacia de un tratamiento completo basado en la familia para el consumo problemático de cannabis (Incant).

La literatura científica indica que una serie de psicoterapias, como la motivacional y la de comportamiento cognitivo, son eficaces en el tratamiento por consumo de cannabis, pero ninguna se ha revelado más eficaz que las demás (Nordstrom y Levin, 2007). Algunos consumidores de cannabis problemáticos también pueden beneficiarse de intervenciones de corta duración, ofrecidas, por ejemplo, por los servicios sociales para los menores, los médicos generalistas y las escuelas.

Un reciente estudio controlado aleatorio en el que participaron 326 consumidores intensivos de cannabis reveló, tras un seguimiento de tres o de seis meses, que no se observaban diferencias en las tasas de interrupción del consumo de cannabis entre los que se sometían a entrevistas motivacionales y los que recibían simplemente recomendaciones o información sobre el consumo de drogas (McCambridge *et al.*, 2008). Sin embargo, a los tres meses se detectó una relación entre la interrupción del consumo de cannabis y la intervención o la interacción con determinados terapeutas. Lo anterior ilustra la importancia de la formación de los prestadores de servicios de atención que interactúan con los jóvenes consumidores de cannabis, especialmente fuera de los servicios especializados.

Tratamiento basado en Internet

El tratamiento de la drogodependencia basado en Internet existe en la Unión Europea desde 2004 y su administración aún es limitada. Un estudio reciente ofrece información sobre el estado actual de este tipo de intervención en la Unión Europea (OEDT, 2009a). El tratamiento basado en Internet puede definirse como «una serie de intervenciones de tratamiento de la drogodependencia, específicamente elaboradas o adaptadas, estructuradas y programadas, aplicadas y comunicadas a través de Internet». Se han identificado intervenciones para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de cannabis en Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido, y otras para el tratamiento de los consumidores de cocaína y «drogas de club» (como el éxtasis) en los Países Bajos.

Los tratamientos basados en Internet son desarrollados por organizaciones que trabajan en el ámbito del tratamiento o la prevención y tienen por objeto ayudar a los consumidores a analizar su consumo de la sustancia y a intentar modificar su comportamiento. Las intervenciones ofrecen información y pruebas de conocimiento o juegos en materia de drogas y drogodependencia, así como autoevaluaciones sobre el consumo de drogas. Todas estas intervenciones comparten el rasgo de la disponibilidad de un tratamiento estructurado, que puede ser un programa de autoayuda preadaptado sin contacto con asesores o un programa estructurado con contacto programado. Este último se puede aplicar a través de *chats* individuales o foros de mensajes. A veces también se facilita el contacto con otros consumidores a través de un foro que reúne a una serie de grupos virtuales de autoayuda.

Aún no se dispone de pruebas que demuestren la eficacia de este tipo de intervenciones, pero los resultados de las primeras pruebas controladas aleatorias señalan ciertos posibles beneficios. Los resultados de la evaluación preliminar del programa «Quit the shit» dirigido a los consumidores de cannabis en Alemania, en el que participaron sobre todo consumidores que deseaban iniciar un tratamiento por primera vez, mostraron que el 32 % de los participantes declaró haberse abstenido del consumo tras haber completado el programa. El bajo umbral de acceso de estas intervenciones puede permitirles alcanzar a consumidores renuentes a utilizar otros servicios. Por otra parte, sin embargo, tales consumidores podrían enfrentarse a graves problemas, como la drogodependencia u otros problemas de salud mental, que van más allá de las capacidades del tratamiento basado en Internet.

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 estas dos drogas, la anfetamina es, con diferencia, la más fácil de adquirir en Europa, mientras que el consumo significativo de metanfetamina parece limitarse a la República Checa y a Eslovaquia.

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-metilenodioxi-metanfetamina (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 está vinculada desde siempre a los entornos discotequeros y, en general, el consumo de drogas sintéticas se asocia a subgrupos culturales o entornos sociales particulares.

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.

Cuadro 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)	230-640 ([1])		72-137	n.d.
Cantidad incautada a escala mundial (en toneladas)	23,6	18,2	7,9	0,9
Cantidad incautada en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	7,9 toneladas (8,1 toneladas)	340 kilos (340 kilos)	Pastillas: 21 millones (22 millones)	Unidades: 68 000 (68 000)
Número de incautaciones en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Precio medio al por menor (EUR) Intervalo (intervalo intercuartil) ([2])	Gramos: 5-30 (12-23)	Gramos: 8-51	Pastillas: 3-19 (4-8)	Dosis: 4-30 (7-12)
Intervalo de pureza media	4-40 %	3-66 %	21-90 mg	–

([1]) Sólo se dispone de estimaciones agregadas de la producción mundial de anfetamina y metanfetamina.
([2]) 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 son de 2007; n.d.: datos no disponibles.
Fuentes: Informe mundial sobre drogas de la ONUDD (2009) para los valores mundiales, puntos focales nacionales de la red reitox para los datos europeos.

Oferta y disponibilidad

Precursores 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 creada para prevenir la desviación de los precursores químicos utilizados en la fabricación ilegal de drogas sintéticas ([71]) que, por un lado, se vale de un sistema de notificaciones previas a la exportación para operaciones comerciales legales y, por el otro, hace uso de la notificación de envíos interceptados e incautaciones llevadas a cabo en caso de transacciones sospechosas. La información sobre actividades en este ámbito se notifica a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE, 2009b).

Según la JIFE en 2007 las autoridades se incautaron de grandes cantidades de dos precursores esenciales para la fabricación de metanfetamina, a saber, efedrina (22 toneladas en comparación con las 10,2 toneladas incautadas en 2006) y pseudoefedrina (25 toneladas en comparación con las 0,7 toneladas de 2006). Los Estados miembros de la UE (principalmente Suecia y Bulgaria) se incautaron de 0,6 toneladas de efedrina, más del doble de la cantidad incautada en 2006, y más de siete toneladas de pseudoefedrina, casi toda en Francia.

Por el contrario, las incautaciones a escala mundial de P2P/BMK (1-fenil-2-propanona), que puede utilizarse en la fabricación ilegal tanto de anfetamina como de metanfetamina, descendieron de forma acusada en 2007 a los 834 litros (en comparación con los 2 600 litros de 2006). Las incautaciones de P2P en la UE ascendieron a 582 litros, en comparación con los 2 005 litros de 2006.

Las incautaciones a escala mundial de 3,4-MDP2P/PMK (3,4-metilenedioxifenil-2-propanona), utilizada en la fabricación de MDMA, siguieron descendiendo en 2007 a los 2 300 litros, desde los 8 800 litros registrados en 2006. No obstante, las incautaciones mundiales de safrol, que puede reemplazar a la 3,4-MDP2P en la síntesis de MDMA, se incrementaron en 2007 de forma importante, con 46 000 litros incautados (en comparación con los 62 litros de 2006), aunque únicamente se incautaron 8 litros en la UE.

¿Qué es un precursor de drogas?

En el ámbito de las drogas, el término «precursor» se utiliza para referirse a sustancias que tienen aplicaciones lícitas, pero que también pueden utilizarse para la fabricación ilegal de drogas. Estas sustancias pueden recibir otras denominaciones, como «sustancias químicas esenciales».

El fundamento jurídico del control internacional de los «precursores» es el artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. La Convención recoge dos cuadros en los que se enumeran 23 «sustancias que se utilizan con frecuencia en la fabricación ilícita de estupefacientes o sustancias psicotrópicas», cuya desviación con fines ilegales debería impedirse.

El artículo 12 de la Convención se transpuso a la legislación europea inicial aprobada en 1990 para desincentivar la desviación de estas sustancias con fines ilícitos [Reglamento (CEE) nº 3677/90], y los Reglamentos aprobados posteriormente para regular su comercialización en la UE [Reglamento (CE) nº 273/2004], o entre la UE y terceros países [Reglamento (CE) nº 111/2005], y establecer normas para la vigilancia de su comercio y procedimientos de autorización [Reglamento (CE) nº 1277/2005].

La categoría 1 de los reglamentos de la UE incluye sobre todo sustancias indispensables para la fabricación de drogas sintéticas, como la efedrina y la pseudoefedrina (para la fabricación de metanfetamina); 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona (PMK), isosafrol y safrol (para el éxtasis); y 1-fenil-2-propanona (P2P, BMK) (para la fabricación de anfetamina y metanfetamina). La categoría 2 contiene importantes reactivos, como el permanganato potásico y el anhídrido acético, ampliamente utilizados para la fabricación de cocaína y heroína, respectivamente. La categoría 3 enumera reactivos más comunes que incluyen el ácido clorhídrico y el ácido sulfúrico (para la heroína y la cocaína) y solventes como la acetona (para la cocaína y la MDMA).

Anfetamina

La producción mundial de anfetamina sigue concentrada en Europa, que alberga el 81 % de todos los laboratorios de anfetamina detectados en 2007 (ONUDD, 2009), aunque también se encuentra en otras partes del mundo, concretamente Norteamérica ([72]). Las incautaciones a escala mundial de anfetamina en 2007 casi alcanzaron las 24 toneladas, de las que cerca de dos tercios se interceptaron en Oriente próximo y Oriente medio, en relación con las pastillas «Captagon» ([73]) fabricadas en la Europa suroriental (véase el cuadro 4). En Europa occidental y central se registró el 36 % de las incautaciones mundiales, lo que refleja el papel de

([71]) Véase el recuadro «¿Qué es un precursor de drogas?».
([72]) Para más información sobre las fuentes de datos sobre la oferta y la disponibilidad de las drogas, véase la p. 43.
([73]) El Captagon es una de las denominaciones de marca registrada para la fenetilina, un estimulante sintético del sistema nervioso central, aunque se ha observado que las pastillas vendidas con este logotipo en el mercado ilegal habitualmente contienen una mezcla de anfetamina y cafeína.

Europa como importante fabricante y consumidora de esta droga (CND, 2008; ONUDD, 2009).

Según los informes, 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 y Lituania. En 2007 se descubrieron y notificaron a Europol 29 lugares de la Unión Europea involucrados en la producción, pastillado o almacenaje de anfetamina.

En Europa las autoridades se incautaron de 8,1 toneladas de polvo de anfetamina en las 40 000 operaciones que se estima se llevaron a cabo en 2007 ([74]). Durante el periodo 2002-2007, el número de incautaciones aumentó de forma constante, mientras que la cantidad de anfetamina interceptada sufrió fluctuaciones, aunque en general se observó una tendencia al alza y alcanzó un nuevo valor máximo en 2007 ([75]).

La pureza de las muestras de la anfetamina interceptada en Europa en 2007 variaba ampliamente y, en este sentido, cualquier comentario sobre valores medios deberá hacerse con cautela. No obstante, la pureza media de las muestras oscila entre menos de un 10 % en Alemania, Dinamarca, Francia y el Reino Unido hasta más de un 30 % en los Países Bajos, Polonia y algunos países bálticos y nórdicos. 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 20 países que cuentan con suficiente información sobre el tema para realizar un análisis de tendencias.

En 2007, el precio medio de venta al por menor para la anfetamina oscilaba entre 10 y 20 euros por gramo en más de la mitad de los 17 países que aportaron información. De los 11 países en los que se pudo realizar una comparación de los datos para 2007 y 2006, España, Francia y Austria notificaron aumentos en el precio al por menor, mientras el resto notificaron la existencia de precios estables o en descenso.

Metanfetamina

La producción de metanfetamina está concentrada en Norteamérica y en el este y el sureste asiático, mientras América Latina y Oceanía registran un nivel cada vez mayor de actividad en este sentido. En 2007 se incautaron 18,2 toneladas de metanfetamina, en la línea de una tendencia estable desde 2004. La mayor parte de la droga se incautó en Asia oriental y suroriental (56 %), seguida de Norteamérica. Europa únicamente contribuye con el 2 % de las incautaciones (ONUDD, 2009).

No obstante, en Europa también se fabrica ilegalmente metanfetamina, aunque básicamente en la República Checa, donde en 2007 se detectaron alrededor de 390 «cocinas» a pequeña escala. Asimismo, los informes revelan que la droga también se fabrica en Eslovaquia y Lituania.

En 2007, en Europa se notificaron cerca de 4 500 incautaciones de metanfetamina, que supusieron alrededor de 340 kg de droga incautada. Noruega registra el número de incautaciones más elevado y la mayor cantidad de metanfetamina incautada. Entre 2005 y 2007 han ido en aumento tanto el número de incautaciones como la cantidad de metanfetamina aprehendida en Europa, aunque las cifras siguen siendo bajas en comparación con otras drogas.

Éxtasis

En 2007 la ONUDD (2009) estimaba una producción mundial de éxtasis de entre 72 y 137 toneladas. La producción parece haberse hecho más difusa en términos geográficos y la fabricación se produce más cerca de los mercados de consumo de Norteamérica, Asia oriental y suroriental y Oceanía. A pesar de lo anterior, Europa sigue siendo el lugar en el que se localiza principalmente la producción de éxtasis, que se concentra en los Países Bajos, Bélgica y, en menor medida, Alemania, el Reino Unido y Polonia.

En 2007, las incautaciones de éxtasis a escala mundial alcanzaron las 7,9 toneladas y en la mayoría de las regiones se notificó un aumento de las incautaciones. En Europa occidental y central se produjo el 36 % de

Producción de metanfetamina en Europa: publicación conjunta OEDT-Europol

En 2009, el OEDT y Europol publicaron una serie de documentos conjuntos sobre la oferta de drogas en Europa. El primer informe de la serie ofrece un amplio resumen de la producción y el tráfico de metanfetamina en Europa, y revisa las respuestas a escala europea e internacional ([1]).

Posteriormente se añadirán a la serie otros informes sobre la oferta de otras drogas sintéticas en Europa, incluida la anfetamina y el éxtasis.

([1]) Puede consultarse en: http://emcdda.europa.eu/publications/

([74]) Se trata de un análisis preliminar, ya que aún no se dispone de los datos de 2007 para el Reino Unido.

([75]) La información sobre las incautaciones de droga en Europa mencionada en este capítulo puede encontrarse en los cuadros SZR-11 a SZR-18 del boletín estadístico de 2009.

las incautaciones mundiales y en Europa suroriental el 2 % (ONUDD, 2009). En general, en 2007 se notificaron en Europa más de 24 000 operaciones de incautación que resultaron en la incautación de alrededor de 22 millones de pastillas de éxtasis. Los Países Bajos notificaron la mayor cantidad incautada, a saber, 8,4 millones de pastillas, el doble de la cantidad notificada en 2006. Sólo otros dos países europeos, Alemania y Francia, notificaron incautaciones cercanas a esta magnitud en 2007 (las autoridades de ambos países se incautaron de alrededor de un millón de pastillas en cada uno de ellos). El Reino Unido también notificó la incautación de más de seis millones de pastillas en 2006, pero aún no se dispone de los datos de 2007.

Durante el periodo 2002-2007, el número de operaciones de incautación de éxtasis notificadas en Europa se redujo enormemente en 2003, pero desde entonces se ha registrado un ligero aumento un año tras otro. Durante el mismo periodo, la cantidad incautada se redujo hasta un valor mínimo en 2005, pero ha vuelto a aumentar y parece acercarse al nivel de 2002.

La mayor parte de las pastillas analizadas en 2007 en Europa contenía MDMA u otras sustancias similares al éxtasis (MDEA, MDA) como única sustancia psicotrópica, y 17 países indicaron que éste era el caso para más del 70 % de todas las pastillas analizadas. Entre los países que notificaron menores proporciones de pastillas de éxtasis con MDMA o sustancias análogas se incluían Bulgaria (47 %), Chipre (44 %) y Austria (61 %). En Luxemburgo, la mayoría de las pastillas analizadas (83 %) contenía una sustancia no controlada, como también era el caso en Chipre (53 %). En Turquía, sólo el 23 % de las pastillas analizadas contenían sustancias análogas a la MDMA.

El contenido típico de MDMA de las pastillas de éxtasis analizadas en 2007 oscilaba entre 19 y 75 mg en los 11 países que facilitaron datos. Por otra parte, algunos países notificaron la existencia de pastillas de éxtasis con dosis elevadas que contenían más de 130 mg de MDMA (Bulgaria, Francia, Países Bajos, Eslovaquia y Noruega). Sin embargo, no existe una tendencia clara en relación con la pureza de las pastillas de éxtasis.

El éxtasis es ahora considerablemente más barato de lo que era en el decenio 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 (gráfico 6). Los datos disponibles para 2002-2007 indican que el precio al por mayor, ajustado con la inflación, ha seguido disminuyendo.

Gráfico 6: Precio al por menor de las pastillas de éxtasis

N.B.: Sólo se han incluido los países que únicamente facilitaron valores mínimos y máximos cuando tales valores entraban dentro de uno de los intervalos indicados. Véase el cuadro PPP-4 del boletín estadístico de 2009.
Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

Sustancias alucinógenas

El consumo y el tráfico de LSD en Europa se siguen considerando marginales. Los datos disponibles indican un declive de las cantidades incautadas durante el periodo 2002-2007, aunque el número de incautaciones aumentó ligeramente entre 2003 y 2007. Los precios del LSD al por menor (ajustados con la inflación) han estado disminuyendo ligeramente desde 2003, y en 2007 el valor medio oscilaba entre los 5 y los 12 euros por unidad para la mayoría de los países que facilitaron datos al respecto.

De los 28 países que notificaron incautaciones de droga en 2007, 11 indicaron los hongos alucinógenos, que crecen de forma silvestre en muchos países europeos y pueden comprarse por Internet. En cinco de los seis países que comunicaron la existencia de una cierta tendencia en las incautaciones en relación con la prevalencia del consumo o la disponibilidad de los hongos alucinógenos, se trataba de una tendencia a la baja. Un país (Francia) notificó un aumento de la prevalencia del consumo y las incautaciones, atribuido a la comercialización de hongos y kits para el cultivo de hongos por Internet.

Prevalencia y pautas de consumo

Algunos de los Estados miembros de la UE (República Checa, Estonia, Reino Unido) notificaron unos niveles relativamente elevados de consumo de anfetaminas o éxtasis entre la población general. En unos pocos países, el consumo de anfetamina o metanfetamina, a menudo por vía parenteral, representa una proporción sustancial del número total de consumidores problemáticos de droga y de los que buscan 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 las drogas sintéticas, el éxtasis en particular, y los clubes nocturnos y discotecas. Ello resulta en una notificación de niveles de consumo significativamente mayores entre la gente joven y de niveles de consumo extremadamente elevados en entornos o subconjuntos de población específicos. Por último, en términos generales, los niveles de consumo de las drogas alucinógenas como la dietilamida de ácido lisérgico (LSD) y los hongos alucinógenos son normalmente bajos y se han mantenido ampliamente estables en los últimos años.

Anfetaminas

Encuestas de población recientes indican que la prevalencia del consumo de anfetaminas a lo largo de la vida ([76]) en Europa varía según los países, desde casi cero hasta el 11,7 % del total de adultos (entre 15 y 64 años). Por término medio, se estima que el 3,5 % de los adultos europeos ha consumido anfetaminas al menos una vez. El nivel de consumo de la droga durante el último año es mucho menor, con una media europea del 0,5 %. Estas estimaciones señalan que alrededor de 12 millones de

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

Grupo de edad	Periodo de tiempo del consumo	
	Toda la vida	Último año
15-64 años		
Número estimado de consumidores en Europa	12 millones	2 millones
Media europea	3,5 %	0,5 %
Intervalo	0,0-11,7 %	0,0-1,3 %
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 %)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (11,7 %) Dinamarca (6,3 %) España (3,8 %) Noruega (3,6 %)	Estonia (1,3 %) Dinamarca (1,2 %) Noruega (1,1 %) Reino Unido (1,0 %)
15-34 años		
Número estimado de consumidores en Europa	7 millones	1,5 millones
Media europea	5,0 %	1,1 %
Intervalo	0,1-15,3 %	0,1-3,1 %
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 %)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (15,3 %) Dinamarca (10,5 %) Letonia (6,1 %) Noruega (5,9 %)	Dinamarca (3,1 %) Estonia (2,9 %) Noruega (2,0 %) Letonia (1,9 %)

Las estimaciones de prevalencia en Europa se basan en las medias ponderadas de las encuestas nacionales más recientes realizadas entre 2001 y 2008 (principalmente entre 2004 y 2008), por lo que no se pueden asociar a un único año. Para obtener la prevalencia media en Europa se ha calculado una media en función de la población del grupo de edad relevante en cada país. A los países de los que no se dispone de información se les ha aplicado la prevalencia media de la UE. Población usada como base: 15-64 (334 millones) y 15-34 (133 millones). Los datos aquí resumidos están disponibles en las «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2009.

([76]) Los datos de encuestas sobre el «consumo de anfetaminas» a menudo no distinguen entre la anfetamina y la metanfetamina, aunque, como el consumo de metanfetamina no es habitual en Europa, la prevalencia debería reflejar típicamente el consumo de anfetamina (sulfato o dexanfetamina).

europeos han probado las anfetaminas y que unos dos millones han consumido esta droga durante el último año (véase el cuadro 5 para un resumen de los datos).

En adultos jóvenes (15-34 años), la prevalencia del consumo de anfetaminas a lo largo de la vida varía considerablemente en función del país, con un margen de variación entre el 0,1 % y el 15,3 %, siendo la media europea ponderada de alrededor del 5 %. El consumo durante el último año dentro de este grupo de edad fluctúa entre el 0,1 % y el 3,1 %, y la mayoría de países indica estimaciones de prevalencia situadas entre el 0,5 % y el 2,0 %. Se estima que, de media, un 1,1 % de los jóvenes europeos ha consumido anfetaminas durante el último año.

Entre los escolares de 15 a 16 años, la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de anfetaminas 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 notificaron niveles de prevalencia de más de un 5 % (6 % los dos primeros y 8 % el tercero) ([77]).

Consumo problemático de anfetamina

El indicador del consumo problemático de drogas del OEDT puede aplicarse a la anfetamina en relación con su consumo por vía parenteral o el consumo habitual/a largo plazo de la sustancia. Únicamente Finlandia ha ofrecido estimaciones recientes de los consumidores problemáticos de anfetamina a escala nacional, estimados entre 12 000 y 2 000 en 2005 ([78]), cifras que cuadruplican el número de consumidores problemáticos de opiáceos del país.

El número de solicitudes de tratamiento notificadas en relación con el consumo de anfetamina como droga principal es relativamente reducido en la mayoría de los países europeos, pero supone una proporción significativa de los tratamientos iniciados notificados sobre todo en Suecia (34 %), Finlandia (23 %), Letonia (16 %) y Hungría (11 %). Otros cuatro países (Alemania, Bélgica, Dinamarca, Países Bajos) indican que entre un 6 y un 10 % de los tratamientos son iniciados por pacientes que declaran que la anfetamina es la principal droga consumida; en otros países la proporción es inferior al 3 % ([79]).

El número total y la proporción de consumidores de anfetamina entre los nuevos pacientes que inician un tratamiento de drogodependencia permanecieron ampliamente estables entre 2002 y 2007. Sólo Dinamarca, Letonia y los Países Bajos notifican aumentos significativos, mientras Suecia y Finlandia indican una disminución de la proporción de nuevos pacientes consumidores de anfetaminas ([80]). No obstante, debido a los recientes cambios experimentados en algunos sistemas nacionales de observación (como en Letonia), se debería considerar la existencia de limitaciones metodológicas en relación con el análisis de tendencias.

La edad media de los consumidores de anfetamina que inician un tratamiento es de 29 años. La proporción de mujeres es más elevada que para otras drogas, de alrededor de 2:1. Los consumidores de anfetamina en tratamiento notifican frecuentemente el consumo de otras drogas, principalmente cannabis y alcohol y a veces opiáceos ([81]). En los países en los que los consumidores de anfetamina como droga principal representan una proporción elevada de los pacientes que inician un tratamiento, el consumo por vía parenteral es el modo más frecuentemente declarado (63-83 %).

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, el consumo de esta droga en Europa se ha concentrado en la República Checa y en Eslovaquia. En 2007, en la República Checa se calculaba que había aproximadamente entre 20 400 y 21 400 consumidores problemáticos de metanfetamina (de 2,8 a 2,9 casos por cada 1 000 personas de entre 15 y 64 años), dos veces el número estimado de consumidores problemáticos 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 personas de entre 15 y 64 años), alrededor de un 20 % por debajo de la cifra estimada de consumidores problemáticos de opiáceos.

En ambos países, la metanfetamina se nombra como droga principal consumida por una gran proporción de los pacientes que inician un tratamiento: el 61 % en la República Checa y el 26 % en Eslovaquia. Entre 2002 y 2007, la solicitud de tratamiento relacionada con el consumo de metanfetamina ha ido creciendo en ambos países ([82]).

([77]) Datos de todos los países ESPAD y España. Véase el gráfico EYE-2 (parte vi) del boletín estadístico de 2009.
([78]) Equivalente a entre 3,4 y 6,3 casos por cada 1 000 personas de entre 15 y 64 años de edad; recalculado a partir de la muestra original de edades comprendidas entre los 15 y los 54 años y suponiendo la inexistencia de casos en el grupo de entre 55 y 64 años.
([79]) Véase el cuadro TDI-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.
([80]) Véase el gráfico TDI-1 y el cuadro TDI-36 del boletín estadístico de 2009.
([81]) Véase el cuadro TDI-37 del boletín estadístico de 2009.
([82]) Véase el cuadro TDI-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.

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

Grupo de edad	Periodo de tiempo del consumo	
	Toda la vida	Último año
15-64 años		
Número estimado de consumidores en Europa	10 millones	2,5 millones
Media europea	3,1 %	0,8 %
Intervalo	0,3-7,5 %	0,1-3,5 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,3 %) Grecia (0,4 %) Malta (0,7 %) Lituania (1,0 %)	Rumanía (0,1 %) Grecia, Malta (0,2 %) Polonia (0,3 %)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (7,5 %) República Checa (7,1 %) Irlanda (5,4 %) Letonia (4,7 %)	República Checa (3,5 %) Estonia (1,7 %) Eslovaquia (1,6 %) Reino Unido, Letonia (1,5 %)
15-34 años		
Número estimado de consumidores en Europa	7,5 millones	2 millones
Media europea	5,6 %	1,6 %
Intervalo	0,6-14,6 %	0,2-7,7 %
Países con prevalencia más baja	Grecia, Rumanía (0,6 %) Malta (1,4 %) Lituania, Polonia (2,1 %)	Rumanía (0,2 %) Grecia (0,4 %) Polonia (0,7 %) Italia, Lituania, Portugal (0,9 %)
Países con prevalencia más alta	República Checa (14,6 %) Reino Unido (12,7 %) Irlanda (9,0 %) Letonia (8,5 %)	República Checa (7,7 %) Estonia (3,7 %) Reino Unido (3,1 %) Letonia, Eslovaquia, Países Bajos (2,7 %)

Las estimaciones de prevalencia en Europa se basan en las medias ponderadas de las encuestas nacionales más recientes realizadas entre 2001 y 2008 (principalmente entre 2004 y 2008), por lo que no se pueden asociar a un único año. Para obtener la prevalencia media en Europa se ha calculado una media en función de la población del grupo de edad relevante en cada país. A los países de los que no se dispone de información se les ha aplicado la prevalencia media de la UE. Población usada como base: 15-64 (334 millones) y 15-34 (133 millones). Los datos aquí resumidos están disponibles en las «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2009.

La vía parenteral es el modo de consumo más frecuentemente declarado por los consumidores de metanfetamina en tratamiento (82 % en la República Checa y 41 % en Eslovaquia). También se declara a menudo el consumo de otras drogas, principalmente cannabis, alcohol y opiáceos. En Eslovaquia se ha observado un aumento significativo del número de pacientes sometidos a tratamientos sustitutivos de los opiáceos que declaran consumir metanfetamina.

Los consumidores de metanfetamina que inician un tratamiento en la República Checa y Eslovaquia son relativamente jóvenes, tienen de media entre 24 y 25 años, y sobre todo varones. Las mujeres, sin embargo, representan la proporción más elevada de los pacientes sometidos a tratamiento por problemas en relación con la metanfetamina que en el caso de otras drogas.

Éxtasis

Se estima que alrededor de 10 millones de adultos europeos han probado el éxtasis (una media del 3,1 %) y que unos 2,5 millones (0,8 %) han consumido esta droga durante el último año (véase el cuadro 6 para un resumen de la información). Existen variaciones considerables entre los distintos países; las encuestas recientes indican que entre el 0,3 % y el 7,5 % del total de adultos (15-64 años) ha probado esta droga en algún momento, y la mayoría de países presenta estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida que oscilan entre el 1 y el 5 %. La tasa de consumo de esta droga en Europa durante el último año fluctúa entre el 0,1 y el 3,5 %. En todas las medidas utilizadas, y como acostumbra a pasar con la mayoría de las demás drogas ilegales, el consumo notificado es mucho mayor entre los hombres que entre las mujeres.

El consumo de éxtasis es mucho más frecuente en los adultos jóvenes (15-34 años); para este grupo de edad, las estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida oscilaban a escala nacional entre el 0,6 % y el 14,6 %, y las de consumo de esta droga durante el último año entre el 0,2 % y el 7,7 %. Se estima que 7,5 millones de jóvenes europeos (un 5,6 % de media) han probado el éxtasis en algún momento, y alrededor de 2 millones (1,6 %) lo han consumido en el último año. Las estimaciones de prevalencia son incluso más elevadas si se centra la atención en una franja de edad más joven: dentro del grupo de edad de 15 a 24 años, la prevalencia a lo largo de la vida va del 0,4 al 18,7 %, aunque las estimaciones de la mayoría de países se sitúan entre el 2,1 y el 6,8 %. El consumo de éxtasis durante el último año entre este grupo de edad se estima entre el 1 y el 3,9 % en la mayoría de los países, aunque existe una diferencia considerable entre la estimación nacional más baja (0,3 %) y la más elevada (12 %) ([83]).

Entre los escolares de 15 a 16 años, la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de éxtasis oscila entre el 1 y el 5 % en la mayoría de los 28 países encuestados en 2007. Sólo cuatro países notifican una prevalencia más elevada, a saber, Bulgaria, Estonia, Eslovaquia (en todos ellos del 6 %) y Letonia (7 %).

El número de consumidores de éxtasis como droga principal que iniciaron un tratamiento en 2007 sigue siendo poco significativo. En dos tercios de los países, el éxtasis es mencionado por menos del 1 % de los pacientes con drogodependencias; en los demás, la proporción varía entre el 1 y el 5 %. Con una media de edad de 24 años, los pacientes consumidores de éxtasis figuran entre los grupos más jóvenes que inician tratamiento, y a menudo indican el consumo concomitante de otras sustancias, incluyendo el cannabis, la cocaína, el alcohol y las anfetaminas ([84]).

LSD y hongos alucinógenos

La prevalencia del consumo de LSD a lo largo de la vida entre la población adulta (15-64 años) oscila entre casi 0 y el 5,2 %. En el caso de los adultos jóvenes (15-34 años), la prevalencia a lo largo de la vida es algo superior (de 0 a 6,6 %), aunque se indican niveles de prevalencia muy inferiores para el consumo durante el último año y para los individuos de 15 a 24 años ([85]). Por el contrario, en los pocos países que suministraron datos comparables, el consumo de LSD se ve superado con frecuencia por el consumo de hongos alucinógenos, que en el caso de los adultos jóvenes presenta estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida de entre el 0,3 % y el 8,3 %, y estimaciones de prevalencia durante el último año de entre el 0,2 % y el 2,8 %.

En 10 de los 26 países que facilitan datos, se estima que entre los escolares de 15 a 16 años la prevalencia del consumo de hongos alucinógenos es mayor que la del LSD y otros alucinógenos. La mayoría de los países estiman una prevalencia del consumo a lo largo de la vida de hongos alucinógenos de entre el 1 y el 4 %; los niveles más elevados se registran en Eslovaquia (5 %) y la República Checa (7 %) ([86]).

Cuestión particular del OEDT sobre el policonsumo de drogas

Junto al informe anual 2009, el OEDT publica una Cuestión particular sobre el policonsumo de drogas. El documento revisa las definiciones disponibles de esta pauta tan común del consumo de drogas y presenta datos que permiten una mejor comprensión de la prevalencia y las características del policonsumo de drogas en diferentes poblaciones (escolares, adultos, consumidores de drogas problemáticos). También se describen las intervenciones existentes en los ámbitos de la prevención, el tratamiento y la reducción de daños del policonsumo de drogas. El informe también incluye un breve resumen de los riesgos asociados a algunas de las mezclas de drogas más comunes y un análisis de la supervisión del policonsumo de drogas en el futuro.

Esta Cuestión particular está disponible impresa y en Internet únicamente en inglés (http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use).

Tendencias de consumo de anfetaminas y éxtasis

Los datos más recientes respaldan los informes anteriores sobre tendencias de estabilización o incluso a la baja en el consumo de anfetamina y éxtasis en Europa. Después de aumentos generales en los años noventa, las encuestas de población indican ahora una estabilización general o incluso un descenso moderado en el grado de popularidad de ambas drogas, aunque esta pauta no se percibe en todos los países.

El consumo de anfetamina durante el último año entre adultos jóvenes (15-34) en el Reino Unido ha disminuido sustancialmente, desde el 6,2 % en 1998 al 1,8 % en 2008. En Dinamarca, el consumo de anfetamina aumentó de un 0,5 % en 1994 a un 3,1 % en 2000, con

([83]) Véase el gráfico GPS-9 (parte ii) y los cuadros GPS-17 y GPS-18 del boletín estadístico de 2009.
([84]) Véanse los cuadros TDI-5 y TDI-37 (parte i), (parte ii) y (parte iii) del boletín estadístico de 2009.
([85]) Véanse los cuadros GPS-8 (parte i), GPS-9, GPS-11 y GPS-17 del boletín estadístico de 2009.
([86]) Datos de todos los países ESPAD excepto España. Véase el gráfico EYE-2 (parte v) del boletín estadístico de 2009.

Gráfico 7: Tendencias en la prevalencia del consumo de anfetaminas (izquierda) y éxtasis (derecha) durante el último año entre los jóvenes (de 15 a 34 años)

(1) Inglaterra y Gales.
N.B.: Sólo se presentan los datos de los países con al menos tres encuestas en su haber en el periodo 1998 a 2008. Para más información, véanse los gráficos GPS-8 y GPS-21 del boletín estadístico de 2009.
Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox, extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

un porcentaje análogo en 2008 ([87]). Entre los otros países que informan sobre encuestas repetidas a lo largo de un periodo de tiempo similar (Alemania, Eslovaquia, España, Finlandia, Francia, Grecia y Países Bajos), las tendencias se muestran ampliamente estables (gráfico 7).
Durante el quinquenio 2002-2007, de los 11 países con datos suficientes sobre prevalencia del consumo de anfetamina durante el último año para el grupo de edad de 15 a 34 años, cuatro indican una reducción de, al menos, el 15 % del valor inicial, tres señalan una estabilización y cuatro notifican un incremento.

El consumo del éxtasis entre adultos jóvenes (15-34 años) resulta más heterogéneo. Después del aumento generalizado del consumo en algunos países europeos a finales de los años ochenta y principios de los noventa que llevaron a niveles de consumo de éxtasis similares en Alemania, España y el Reino Unido a mediados de los años noventa, la prevalencia de consumo durante el último año ha disminuido en Europa hasta una media estimada del 1,6 %. Entre los países con encuestas más recientes, la prevalencia sigue siendo elevada en el Reino Unido en comparación con otros países ([88]). A lo largo del periodo quinquenal de 2002 a 2007, la prevalencia del consumo de éxtasis durante el último año entre los adultos jóvenes se redujo en al menos un 15 % del valor inicial en tres de los 11 países que aportaron suficiente información, mientras que se mantuvo estable en cuatro y se incrementó en otros cuatro.

La cocaína podría estar sustituyendo a las anfetaminas y el éxtasis en algunos países y en el seno de algunos sectores de la población que consume drogas. Esta hipótesis puede ilustrarse en el Reino Unido y, en alguna medida, en otros países (como Dinamarca o España), donde se ha observado la coincidencia del aumento en el consumo de cocaína y la disminución del consumo de anfetaminas (OEDT, 2008b).

La encuesta escolar ESPAD, entre otras, realizada en 2007 indica que, en términos generales, se han producido pocos cambios en los niveles de experimentación con anfetamina y éxtasis entre los escolares de 15 a 16 años. Sobre la base de una diferencia de al menos dos puntos porcentuales entre 2003 y 2007, la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de anfetamina aumentó en nueve países. Sobre la misma base de cálculo, el consumo de éxtasis aumentó en siete países. Sólo Estonia registró una disminución de la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de anfetamina, mientras la República Checa, Portugal y Croacia notificaron una disminución en el consumo de éxtasis.

Anfetaminas y éxtasis en entornos recreativos: consumo e intervenciones

El consumo de drogas y alcohol a veces se asocia a ciertos entornos recreativos en los que se reúnen los

([87]) En Dinamarca, en 1994 la información hace referencia a «drogas duras», que correspondía principalmente a anfetaminas.
([88]) Véase el gráfico GPS-21 del boletín estadístico de 2009.

jóvenes (como lugares de baile o festivales de música). Los estudios realizados sobre el consumo de drogas en estos entornos pueden facilitar información acerca de los consumidores de anfetaminas y éxtasis u otras drogas como la ketamina y el GHB. Se estima que el consumo de drogas en este tipo de entornos es típicamente elevado, pero no se puede hacer extensivo a la población general y buena parte del consumo de drogas se produce los fines de semana y durante los periodos vacacionales (OEDT, 2006b).

Los datos sobre prevalencia recogidos por estudios realizados en entornos recreativos en 2007 se refieren a cinco países, a saber, Bélgica, la República Checa, Letonia, Lituania y Austria. Las estimaciones sobre la prevalencia a lo largo de la vida oscilaban entre el 15 y el 17 % para el éxtasis y entre el 17 y el 68 % en el caso de las anfetaminas. Cuatro de estos estudios también recogieron estimaciones sobre la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de hongos alucinógenos, que oscilaban entre el 4 y el 64 %. También se puede hablar de un consumo frecuente de éxtasis o anfetaminas en este tipo de entornos, pero por lo general es mucho menor.

La encuesta británica sobre delincuencia «British Crime Survey» 2007/2008 ofrece una indicación del grado en que el consumo de estas drogas puede concentrarse en la población joven que acude a las discotecas y locales nocturnos. Entre los jóvenes de 16 a 24 años de edad, los que declararon haber acudido a una discoteca o club cuatro o más veces durante el último mes tenían tres veces más probabilidades de haber consumido éxtasis (8 %) en el último año que los que no frecuentaban ese tipo de locales (2,3 %) (Hoare y Flatley, 2008).

La salud y la seguridad de las personas que frecuentan las discotecas y los clubes y consumen drogas es una preocupación de salud pública cada vez más acuciante. Algunas orientaciones, como «Safer dancing» (Bailar con mayor seguridad) elaboradas en el Reino Unido, se han convertido en un instrumento importante en este ámbito. No obstante, mientras 12 países declaran haber desarrollado ahora este tipo de orientaciones para los locales nocturnos, sólo los Países Bajos, Eslovenia, Suecia y el Reino Unido señalan la realización del correspondiente seguimiento e indican que se vela por su cumplimiento.

Las orientaciones dirigidas a hacer de las discotecas y clubes lugares más seguros tienen por objeto reducir las posibilidades de que se produzca un problema relacionado con las drogas e incluyen el acceso gratuito al agua fría, la disponibilidad inmediata de primeros auxilios y servicios de prevención a través de equipos de proximidad. Algunos expertos nacionales informaron de la disponibilidad de estas medidas en clubes nocturnos y discotecas con una afluencia lo suficientemente amplia para poder poner en marcha las intervenciones. En general, tales informes mostraron una disponibilidad limitada de medidas sencillas para impedir o reducir los riesgos para la salud y el consumo de drogas en los locales nocturnos europeos. Los servicios de prevención a través de equipos de proximidad parecen estar disponibles en la mayoría de los clubes nocturnos más significativos únicamente en Lituania y Eslovenia y en una minoría de clubes de otros 18 países. En otros seis países más no se prestan tales servicios. Cinco países informan de la inmediata disponibilidad de primeros auxilios en la mayoría de los clubes nocturnos más significativos (Luxemburgo, Portugal, Eslovenia, el Reino Unido y Noruega); esta medida también se aplica en un número reducido de clubes nocturnos en otros 15 países y no se prevé en Grecia ni en Suecia. Por último, se señala la disponibilidad de agua fría gratuita en la mayoría de los clubes nocturnos más significativos de 11 países y en una minoría de ellos en otros nueve países más. Esta medida no se encuentra disponible en Grecia, Chipre ni Rumanía.

Tratamiento

Los consumidores de anfetaminas generalmente reciben tratamiento en servicios de tratamiento de la drogodependencia en régimen ambulatorio que, en países con historias de niveles significativos de consumo de anfetaminas, pueden estar especializados en tratar este tipo de problema de drogodependencia.
El tratamiento de los consumidores más problemáticos de anfetaminas puede dispensarse en servicios de drogodependencia en régimen de ingreso o en clínicas psiquiátricas u hospitales.

En nueve países se registran programas específicos de tratamiento de consumidores problemáticos de anfetaminas, a saber, en Alemania, Austria, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Italia, Portugal y el Reino Unido. La disponibilidad de estos programas varía según los países. Únicamente tres de estos países (Eslovenia, Portugal y Reino Unido) notifican la disponibilidad de programas especializados para la mayoría de los consumidores de anfetaminas que buscan tratamiento activamente. En los otros seis países, los expertos nacionales estiman que se satisfacen las necesidades de menos de la mitad de los consumidores de anfetaminas

que demandan tratamientos especializados. El contenido de estos programas específicos para los consumidores de estas drogas a menudo no se encuentra bien documentado.

Por regla general se carece de opciones terapéuticas con pruebas sólidas de eficacia que orienten el tratamiento de la dependencia de sustancias psicoestimulantes, como las anfetaminas. Recientes investigaciones comentan los resultados prometedores de ciertos agentes farmacológicos para controlar la abstinencia o reducir el ansia asociada a la dependencia de las anfetaminas, de los que hasta ahora se carecía. Un estudio finlandés sobre el consumo de metilfenidato y aripiprazol mostró unos resultados iniciales positivos y las muestras de orina recogidas a los pacientes a los que se administró metilfenidato dieron positivo en anfetaminas en menos casos que las de los pacientes a los que se administró aripiprazol o un placebo (Tiihonen *et al.*, 2007). Por otra parte, una reciente revisión bibliográfica mostró resultados positivos tanto en el caso del metilfenidato como en el de la dexanfetamina en el tratamiento de la dependencia de la metanfetamina (Elkashef *et al.*, 2008).

La dexanfetamina ha estado disponible desde hace tiempo para el tratamiento de consumidores muy problemáticos de anfetaminas en Inglaterra y Gales, donde cualquier médico puede prescribirla. No obstante, la información de la que se dispone sobre esta práctica en el Reino Unido es limitada. Un estudio de los servicios farmacológicos realizado hace más de diez años estimaba que entre 900 y 1 000 pacientes recibían este tipo de tratamiento (Strang y Sheridan, 1997). La mayoría de las prescripciones eran extendidas por médicos que trabajaban en hospitales o clínicas, y casi todos pertenecientes al servicio de salud nacional (NHS, por sus siglas en inglés). Una encuesta realizada a 265 servicios especializados del NHS en 2000 reveló que la dexanfetamina se podía prescribir en cerca de un tercio de los servicios analizados (Rosenberg *et al.*, 2002). No obstante, las orientaciones del Reino Unido sobre la gestión clínica de la drogodependencia recomiendan no prescribir un tratamiento sustitutivo a base de dexanfetamina, debido a la falta de eficacia demostrada (NTA, 2007).

Por el momento, ninguna intervención psicosocial se ha revelado eficaz en la ayuda a los consumidores de sustancias psicoestimulantes para mantener la abstinencia. En la literatura, las intervenciones que han demostrado ser más eficaces en el tratamiento de los consumidores de drogas estimulantes son los enfoques de comportamiento cognitivo como la prevención de la reincidencia. La eficacia de otros tipos de intervención no se encuentra documentada. La literatura carece concretamente de estudios bien realizados entre consumidores de anfetamina como droga principal, especialmente en lo que atañe a los resultados de los tratamientos (Baker *et al.*, 2004). Por otra parte, una reciente revisión de *Cochrane Collaboration* (*Cochrane review*) sobre intervenciones psicosociales para la dependencia de psicoestimulantes concluyó que los únicos resultados positivos y coherentes en el ámbito del comportamiento (retención en tratamiento, reducción del consumo de drogas) se observaban en intervenciones que incluían el contrato de contingencias como elemento constitutivo. En cualquier caso, este enfoque se utiliza raramente en Europa, aunque se han puesto en marcha algunos proyectos piloto (véase el capítulo 5).

Es necesario investigar más sobre los tratamientos psicosociales y farmacológicos para las personas con problemas relacionados con el consumo de anfetaminas, especialmente las que las consumen por vía parenteral. Además, es necesario documentar mejor las prácticas y la cobertura de los tratamientos actualmente de aplicación en Europa y aún queda mucho por hacer en el ámbito del intercambio de buenas prácticas. La falta de programas específicos podría impedir el fomento de la solicitud de tratamiento de los consumidores de anfetamina o metanfetamina, especialmente en las fases más tempranas del consumo. Por otra parte, la disponibilidad de tales programas podría alentar a los consumidores a solicitar tratamiento, como ocurrió con los consumidores problemáticos de cannabis en Alemania y Francia cuando tales países ampliaron la disponibilidad de programas de tratamiento especializado. Tales medidas podrían ser especialmente útiles en los países que recientemente han registrado un aumento del número de consumidores problemáticos de anfetamina y metanfetamina, especialmente de aquéllos que las consumen por vía parenteral (Talu *et al.*, 2009).

Capítulo 5
Cocaína y *crack*

Introducción

Durante el último decenio se ha observado un aumento general del consumo y la incautación de cocaína en la Unión Europea, aunque principalmente en los Estados miembros de Europa occidental y con grandes diferencias según los países. Los datos disponibles también indican una diversidad considerable entre consumidores de cocaína, tanto en términos de pautas como en términos sociodemográficos. Los que se limitan a experimentar con la sustancia en una o varias ocasiones componen el grupo de consumidores más amplio. Un segundo grupo es el de los consumidores habituales socialmente integrados, integrado en algunos países por un número relativamente elevado de jóvenes. Algunos de ellos intensificarán su consumo de cocaína o la consumirán durante un periodo largo, con los consiguientes problemas sociales y de salud de carácter crónico y la correspondiente necesidad de tratamiento. Un tercer conjunto de consumidores es el formado por integrantes de grupos socialmente excluidos, como los consumidores y ex consumidores de opiáceos. La mayoría de ellos siguen pautas de consumo intensivo de cocaína, posiblemente por vía parenteral o en forma de *crack*, lo que puede perpetuar o exacerbar los problemas sociales y de salud existentes, y quizá complicar su tratamiento por consumo de opiáceos. Debido a la diversidad de perfiles entre consumidores de cocaína, evaluar la prevalencia del consumo de la droga, así como sus consecuencias sociales y para la salud y las necesarias respuestas resulta bastante complejo.

Oferta y disponibilidad

Producción y tráfico

El cultivo del arbusto de coca, la fuente de la que proviene la cocaína, sigue estando concentrado en unos pocos países de la región andina ([89]). La ONUDD (2009) estimaba para el año 2008 que el cultivo total del arbusto de coca se traducía en una posible producción de 845 toneladas de clorhidrato de cocaína puro, repartida entre tres países, Colombia (51 %), Perú (36 %) y Bolivia (13 %). Se estima que en 2008 la

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

	Cocaína	*Crack* ([1])
Estimación de la producción mundial (en toneladas)	845	n.d.
Cantidad incautada a escala mundial (en toneladas)	710 ([2])	0,8
Cantidad incautada (en toneladas) en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Número de incautaciones en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Precio medio al por menor (EUR por gramo) Intervalo (intervalo intercuartil) ([3])	44-88 (58-67)	20-112
Intervalo de pureza media (%)	22-57	35-98

([1]) Debido al reducido grupo de países que facilitan información, los datos deberían 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 de 2007, a excepción de la estimación de la producción mundial (de 2008); n.d.: datos no disponibles.
Fuentes: Informe mundial sobre drogas de la ONUDD (2009) para los valores mundiales, puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos.

([89]) Para más información sobre las fuentes de datos sobre la oferta y la disponibilidad de las drogas, véase la p. 43.

producción de cocaína a escala mundial cayó en un 15 %, principalmente debido a una reducción de la producción de cocaína en Colombia (de 600 toneladas en 2007 a 430 toneladas en 2008). Sin embargo, la producción en Perú y Bolivia continuó aumentando ligeramente.

La mayor parte del proceso de transformación de las hojas de coca en clorhidrato de cocaína se sigue desarrollando en Colombia, Perú y Bolivia, aunque también puede producirse en otros países de América del Sur. 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 2007, se desmantelaron en Colombia 2 471 laboratorios de cocaína (el 78 % del total mundial) y se incautó un total de 144 toneladas de permanganato potásico (el 94 % de las incautaciones totales) (JIFE, 2009a).

La información disponible revela que el tráfico de cocaína sigue entrando en Europa a través de diferentes rutas (OEDT, 2008d). Los envíos de cocaína atraviesan países de América del Sur y Central, como Argentina, Brasil, Ecuador, México y Venezuela, antes de llegar a Europa. Los países del Caribe también se utilizan frecuentemente en las operaciones de trasbordo de la droga en dirección a Europa. En tales rutas, la cocaína se introduce de contrabando a través de vuelos comerciales o por mar. En los últimos años se ha detectado la existencia de una ruta alternativa a través de África occidental. Desde allí, la cocaína a menudo se transporta a Europa en barcos pesqueros y de vela, aunque también se introduce por avión o por carretera a través del África septentrional (Europol, 2007).

En los últimos años también se han mencionado otros países de tránsito, entre los que se incluye Sudáfrica, Rusia, así como países de Europa central y oriental, donde se estima que el número de operaciones de incautación de cocaína aumentó desde 412 operaciones en 2002 a 1 065 en 2007. Bélgica, España, Francia, Italia, los Países Bajos, Portugal y el Reino Unido se han mencionado como países de tránsito importantes en relación con la introducción de cocaína en Europa.

Incautaciones

La cocaína es la droga de mayor tráfico del mundo, después de la hierba de cannabis y la resina de cannabis. En 2007, las incautaciones mundiales de cocaína se mantuvieron estables en alrededor de 710 toneladas. América del Sur siguió acaparando la mayor parte de las cantidades aprehendidas, con un porcentaje del 45 % del total, seguida de Norteamérica con el 28 % y Europa central y occidental con el 11 % (ONUDD, 2009).

En Europa, el número de incautaciones de cocaína ha estado aumentando durante los últimos 20 años y más notablemente desde 2003. En 2007, el número de incautaciones de cocaína aumentó hasta las 92 000 operaciones, aunque la cantidad total de

Leyes en materia de lucha contra el tráfico de drogas en alta mar

El éxito de la lucha contra el tráfico de drogas en alta mar depende de la cooperación entre países, que facilitan dos convenciones internacionales.

En virtud del artículo 108 de la Convención de las Naciones Unidas sobre el Derecho del Mar (1982), un Estado que sospeche que un buque que enarbola su pabellón ([1]) participa en algún tipo de tráfico de drogas puede pedir ayuda a otros países para impedir dicho tráfico.
El artículo 17 de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico de Drogas prevé también la cooperación internacional. Esta Convención establece un mecanismo que permite a cualquier Estado que tenga motivos razonables para sospechar que un buque que enarbole el pabellón de otro Estado está siendo utilizado para el tráfico ilícito de drogas pedir autorización para abordar el buque, inspeccionarlo e incautarse de las posibles drogas y, posteriormente, llevar a los infractores ante los órganos jurisdiccionales. Estas intervenciones pueden producirse en cualquier lugar fuera de las aguas territoriales. Se designa a una serie de autoridades nacionales competentes para que actúen como punto de contacto, permanentemente de guardia, para poder contestar a las peticiones lo más rápidamente posible. Las peticiones pueden autorizarse, autorizarse con condiciones o denegarse. Las medidas adoptadas serán sólo aplicadas por buques de guerra o aeronaves militares, u otras naves o aeronaves que lleven signos claros y sean identificables como naves o aeronaves al servicio de un Estado y autorizadas a tal fin.

El abordaje y las posteriores intervenciones corren a cargo de un equipo de agentes encargados de velar por el cumplimiento de la ley del Estado peticionario, conocidos como destacamentos LEDET (*Law Enforcement Detachment*). Cuando actúan coordinados por organismos intergubernamentales como el Centro MAOC-N (*Maritime Analysis Operations Centre — Narcotics*), los destacamentos LEDET a menudo viajan a bordo del buque de guerra de otro país. En este caso, para cumplir el requisito de la identificación, los helicópteros y pequeños botes utilizados durante las operaciones de abordaje enarbolarán temporalmente la bandera del Estado LEDET en lugar de la del buque de guerra de transporte.

([1]) La jurisdicción sobre un buque y su tripulación es asumida por el Estado en el que tal buque se encuentra matriculado (el «Estado del pabellón»).

Posibles causas de la reducción de los precios de la cocaína en Europa

Desde 2000 los precios de la cocaína ajustados con la inflación han estado cayendo en Europa, mientras la demanda de esta sustancia ha ido en aumento, como demuestra la prevalencia del consumo de cocaína en la población general y entre los consumidores de droga problemáticos. Esta constatación contradictoria podría explicarse por diferentes factores. Uno de los principales factores se refiere al aumento de la oferta de cocaína en Europa, reflejado en el incremento de los volúmenes incautados. La búsqueda de una alternativa al mercado estadounidense por parte de los traficantes de cocaína sudamericanos podría constituir un factor de impulso de la oferta dirigida cada vez en mayor medida al mercado Europeo. Asimismo, el aumento de la demanda de cocaína en Europa podría haber constituido otro factor de atracción de la oferta. El mayor volumen del consumo de cocaína en Europa y la relativa potencia de la divisa europea en comparación con la estadounidense podrían haber compensado el declive de los precios y, posiblemente, unos márgenes de beneficio más reducidos.

No obstante, otros factores también podrían haber influido sobre el precio de la cocaína. Los avances tecnológicos y el uso de nuevas rutas de tráfico, como la ruta de África occidental, donde se ejerce un escaso control sobre los estupefacientes y que ofrece traficantes escasamente remunerados, podrían haber conducido a una reducción de los costes del transporte y los riesgos aparejados al tráfico de drogas. Una mayor competencia dentro del mercado de la cocaína (Desroches, 2007) podría también haber influido sobre el precio de la droga en Europa.

La falta de datos en este ámbito hace que el análisis sea necesariamente especulativo y subraya la importancia de lograr una mejor comprensión de los factores que influyen en el mercado europeo de la droga. El OEDT se ha comprometido a seguir desarrollando colaboraciones e investigar en este ámbito.

droga recuperada disminuyó a las 77 toneladas, desde las 121 aprehendidas en 2006. La reducción de la cantidad total de cocaína incautada afecta sobre todo a Portugal, y en menor medida en España y Francia, que notificaron la incautación de menores cantidades en 2007 en comparación con el año anterior ([90]). En 2007, España siguió siendo el país que notificaba tanto la mayor cantidad de cocaína incautada como el número más elevado de incautaciones de la droga (alrededor de la mitad del total) en Europa.

Pureza y precio

La pureza media de la cocaína en Europa oscilaba entre el 22 y el 57 % en 2007 ([91]). La mayoría de los países con suficientes datos para analizar las correspondientes tendencias notifican un declive de la pureza de la cocaína entre 2002 y 2007, a excepción de España y Portugal.

En 2007, el precio medio al por menor de la cocaína oscilaba entre los 44 y los 88 euros por gramo entre los 19 países que facilitaron datos, la mitad de los cuales notificaron precios medios de entre 58 y 67 euros por gramo. En los países que facilitaron datos suficientes para realizar una comparación, la cocaína vendida en la calle se compraba más barata entre 2002 y 2007.

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 alrededor de 13 millones de europeos la han consumido al menos una vez en la vida, lo cual equivale a una media del 3,9 % de los adultos de 15 a 64 años (véase el cuadro 8 para un resumen de los datos). Las cifras nacionales varían del 0,1 % al 8,3 %, y 12 de 23 países, incluidos la mayoría de los Estados miembros de Europa central y oriental, indican niveles muy bajos de prevalencia a lo largo de la vida para el total de adultos (0,5-2 %).

Se estima que alrededor de 4 millones de europeos han consumido esta droga en el último año (una media del 1,2 %), aunque, nuevamente, se observan variaciones en los distintos países. Encuestas nacionales recientes estiman una prevalencia de consumo en el último año que va de 0 a 3,1 %, aunque en 18 de 24 países los niveles de consumo no superan el 1 %. La prevalencia estimada del consumo de cocaína en el último mes en Europa se eleva a alrededor de un 0,4 % de la población adulta, es decir, 1,5 millones de personas. Es de suponer que estos cálculos son conservadores.

En general, el consumo de cocaína parece concentrarse en unos pocos países, sobre todo Dinamarca, España, Italia, Irlanda y el Reino Unido, mientras que el consumo de esta sustancia sigue siendo relativamente bajo en los demás países europeos. En los países donde las anfetaminas dominan el mercado de las drogas estimulantes ilícitas, se estima que el consumo de cocaína es bajo en casi todos los casos. Por el contrario, en la mayoría de los países donde la cocaína es el principal estimulante ilícito, se notifican niveles de consumo de anfetamina bajos.

([90]) Véanse los cuadros SZR-9 y SZR-10 del boletín estadístico de 2009.
([91]) Para los datos acerca de la pureza y el precio, véanse los cuadros PPP-3 y PPP-7 del boletín estadístico de 2009.

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

Grupo de edad	Periodo de tiempo del consumo		
	Toda la vida	Último año	Último mes
15-64 años			
Número estimado de consumidores en Europa	13 millones	4 millones	1.5 millones
Media europea	3.9 %	1.2 %	0.4 %
Intervalo	0.1–8.3 %	0.0–3.1 %	0.0–1.1 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,1 %) Lituania, Malta (0,4 %) Grecia (0,7 %)	Rumanía (0,0 %) Grecia (0,1 %) República Checa, Hungría, Polonia (0,2 %)	República Checa, Grecia, Estonia, Rumanía (0,0 %) Malta, Lituania, Polonia, Finlandia (0,1 %)
Países con prevalencia más alta	España (8,3 %) Reino Unido (7,6 %) Italia (6,8 %) Irlanda (5,3 %)	España (3,1 %) Reino Unido (2,3 %) Italia (2,2 %) Irlanda (1,7 %)	España (1,1 %) Reino Unido (1,0 %) Italia (0,8 %) Irlanda (0,5 %)
15-34 años			
Número estimado de consumidores en Europa	7.5 millones	3 millones	1 millón
Media europea	5.6 %	2.2 %	0.8 %
Intervalo	0.1–12.0 %	0.1–5.5 %	0.0–2.1 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,1 %) Lituania (0,7 %) Malta (0,9 %) Grecia (1,0 %)	Rumanía (0,0 %) Grecia (0,1 %) Polonia (0,3 %) Hungría, República Checa (0,4 %)	Estonia, Rumanía (0,0 %) República Checa, Grecia, Polonia (0,1 %)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (12,0 %) España (11,8 %) Dinamarca (9,5 %) Irlanda (8,2 %)	España (5,5 %) Reino Unido (4,5 %) Dinamarca (3,4 %) Irlanda, Italia (3,1 %)	Reino Unido (2,1 %) España (1,9 %) Italia (1,2 %) Irlanda (1,0 %)
15-24 años			
Número estimado de consumidores en Europa	3 millones	1.5 millones	0.6 millones
Media europea	4.4 %	2.2 %	0.9 %
Intervalo	0.1–9.9 %	0.1–5.6 %	0.0–2.5 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,1 %) Grecia (0,6 %) Lituania (0,7 %) Malta, Polonia (1,1 %)	Rumanía (0,1 %) Grecia (0,2 %) Polonia (0,3 %) República Checa (0,4 %)	Estonia, Rumanía (0,0 %) Grecia (0,1 %) República Checa, Polonia, Portugal (0,2 %)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (9,9 %) España (9,3 %) Dinamarca (9,2 %) Irlanda (7,0 %)	Dinamarca (5,6 %) España (5,4 %) Reino Unido (5,0 %) Irlanda (3,8 %)	Reino Unido (2,5 %) España (1,7 %) Italia (1,2 %) Irlanda (1,1 %)

Las estimaciones de prevalencia en Europa se basan en las medias ponderadas de las encuestas nacionales más recientes realizadas entre 2001 y 2008 (principalmente entre 2004 y 2008), por lo que no se pueden asociar a un único año. Para obtener la prevalencia media en Europa se ha calculado una media en función de la población del grupo de edad relevante en cada país. A los países de los que no se dispone de información se les ha aplicado la prevalencia media de la UE. Población usada como base: 15-64 (334 millones), 15-34 (133 millones) y 15-24 (63 millones). Los datos aquí resumidos están disponibles en las «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2009.

Sólo una pequeña proporción de los que han consumido cocaína al menos una vez en la vida parecen desarrollar pautas de consumo intensivo. La información de las encuestas generales de población revela altas tasas de abandono entre los consumidores de cocaína: en los países en los que la prevalencia a lo largo de la vida es superior al 2 %, la mayoría de los adultos que han consumido cocaína en alguna ocasión (80-95 %) no la habían consumido en el último mes ([92]).

Consumo de cocaína entre adultos jóvenes

Se estima que en Europa han consumido cocaína al menos una vez en la vida unos 7,5 millones de adultos jóvenes (15-34 años) o, lo que es lo mismo, una media del 5,6 %. Las cifras nacionales oscilan entre el 0,1 y el 12,0 %. La media europea para el consumo de cocaína durante el último año dentro de este grupo de edad se estima en el 2,2 % (3 millones) y para el último mes en el 0,8 % (1 millón).

El consumo es particularmente elevado entre los adultos jóvenes varones (15-34 años), con una prevalencia del consumo de cocaína en el último año de entre el 4,2 y el 7,7 % notificada en Dinamarca, España, Irlanda, Italia y el Reino Unido ([93]). En la mayoría de los países, la proporción entre hombres y mujeres en relación con la prevalencia del consumo de cocaína en el último año entre adultos jóvenes es de al menos 2:1.

La prevalencia del consumo de cocaína en el último año entre los jóvenes de 15 a 24 años se estima en un 2,2 %, lo que se traduce en 1,5 millones de consumidores en Europa. Al contrario que para las estimaciones de la prevalencia del consumo de cannabis o éxtasis, más elevadas en el grupo de entre 15 y 24 años de edad, las estimaciones del consumo de cocaína más reciente (en el último año y el último mes) son similares entre el grupo de 15-34 y el de 15-24 años ([94]).

El consumo de cocaína también se asocia al consumo de alcohol y a ciertos estilos de vida. Por ejemplo, un análisis de los datos de la encuesta sobre delincuencia británica «British Crime Survey» 2007/2008 estimaba que el 13,5 % de los jóvenes de entre 16 y 24 años que acudieron a un *pub* en nueve o más ocasiones en el último mes afirmaba haber consumido cocaína en el último año, en comparación con el 1,7 % de los que no habían acudido a un *pub*. Acudir a clubes nocturnos y discotecas también se asociaba con un aumento del consumo de cocaína, ya que cerca del 10 % de los jóvenes de entre 16 y 24 años que habían acudido a un club en cuatro o más ocasiones durante el último mes declaraban haber consumido cocaína en el último año, en comparación con el 3,3 % de los que no habían acudido a este tipo de locales. La encuesta también registraba bajos niveles de consumo de *crack*, incluso entre los consumidores de cocaína, lo que confirmaba los resultados de otros estudios, que ponen de manifiesto una serie de diferencias en los perfiles de los consumidores de estas dos sustancias (Hoare y Flatley, 2008). Los estudios realizados en entornos recreativos también indican tasas más elevadas de prevalencia del consumo de cocaína que entre la población en general (OEDT, 2007a). Por otra parte, según una reciente encuesta realizada en Internet entre los fans de la música electrónica en la República Checa, el 30,9 % de los encuestados había consumido cocaína.

La encuesta del Eurobarómetro de 2008 efectuada en los 27 Estados miembros de la UE muestra que el 85 % de los jóvenes de entre 15 y 25 años de edad perciben el consumo de cocaína como un elevado riesgo para la salud. Las proporciones de encuestados que percibían un nivel similar de riesgo para la salud derivado del consumo de otras sustancias son mucho menores: 40 % para el cannabis, 28 % para el tabaco y 24 % para el alcohol. Sólo el consumo de la heroína es percibida como un riesgo elevado por una proporción más elevada de encuestados. Existen pocas variaciones entre países, y el 95 % de los encuestados consideraban que la cocaína debería seguir estando prohibida (Comisión Europea, 2008b).

Consumo de cocaína entre escolares

La prevalencia estimada del consumo de cocaína entre los escolares es muy inferior a la del consumo de cannabis. Según la encuesta ESPAD la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cocaína en los escolares de entre 15 y 16 años se encuentra entre un 1 y un 2 % en la mitad de los 28 países encuestados. La mayoría de los países restantes indican niveles de prevalencia de entre el 3 y el 4 %, mientras que Francia, Italia y el Reino Unido notifican una prevalencia del 5 %. La prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cocaína entre los varones es más elevada que entre las mujeres en la mayoría de los países, y los niveles más elevados (6 %) se registran en Francia e Italia ([95]).

([92]) Véase el gráfico GPS-16 del boletín estadístico de 2009.
([93]) Véase el gráfico GPS-13 del boletín estadístico de 2009.
([94]) Véase el gráfico GPS-15 y los cuadros GPS-14, GPS-15 y GSP-16 para todos los años; y los cuadros GPS-17, GPS-18 y GPS-19 para los últimos datos del boletín estadístico de 2009.
([95]) Véase el cuadro EYE-12 del boletín estadístico de 2009.

Gráfico 8: Prevalencia del consumo de cocaína el pasado año entre los adultos jóvenes (de 15 a 34 años) en Europa, Australia y los EE.UU.

(1) Inglaterra y Gales.

N.B.: Información basada en la última encuesta realizada en cada país. La tasa media de prevalencia en Europa se calculó como media de las tasas nacionales ponderadas para la población nacional de entre 15 y 34 años de edad (2006, datos extraídos de Eurostat). Los datos de los EE.UU. y Australia se han recalculado a partir de los resultados de las encuestas iniciales para la franja de edad de 15 a 34 años. Para más información, véase el gráfico GPS-20 del boletín estadístico de 2009.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.
SAMHSA (EE.UU.), Office of Applied Studies, (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo), National survey on drug use and Health, 2007 (Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas y Salud, 2007).
Australian Institute of Health and Welfare 2008, National Drug Strategy Household Survey 2007: detailed findings. Drug statistics series nº 22, Cat. nº PHE 107. Canberra: AIHW (http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf).

Comparaciones internacionales

En general, la estimación de la prevalencia del consumo de cocaína durante el último año es más baja en los adultos jóvenes en la Unión Europea que dentro del mismo colectivo en Australia y los Estados Unidos. No obstante, dos países, España y el Reino Unido (Inglaterra y Gales) notifican unas cifras más elevadas que Australia, y sólo España indica una estimación más elevada que la de los Estados Unidos (gráfico 8).

Tendencias del consumo de cocaína

En pocas palabras, las tendencias del consumo de cocaína en Europa han seguido pautas diferentes. En los dos países con la mayor prevalencia del consumo de cocaína (España y el Reino Unido), el consumo de la droga aumentó enormemente en los últimos años del decenio de 1990, antes de evolucionar hacia una tendencia más estable, aunque todavía en general al alza. En un segundo grupo de países, formado por Dinamarca, Irlanda e Italia, el aumento de la prevalencia fue menos pronunciado y se produjo algo después. No obstante, los niveles de consumo de cocaína en ellos son elevados en comparación con otros países europeos. En otros países de Europa el panorama resulta difícil de interpretar, con niveles de prevalencia bajos en general y con pequeños aumentos y ligeras disminuciones en algunos casos. De los 11 países para los que es posible analizar la tendencia de la prevalencia del consumo del último año entre adultos jóvenes (15-34 años) entre 2002 y 2007, cinco de ellos notifican una disminución de al menos el 15 % del valor inicial (Irlanda, Italia, Letonia, Portugal, Reino Unido) ([96]), dos notifican una disminución (Hungría y Polonia) y cuatro permanecieron estables (Alemania, Eslovaquia, España y Finlandia) (gráfico 9).

En las encuestas escolares ESPAD efectuadas en 2007, la prevalencia del consumo de cocaína a lo largo de la vida entre los escolares de 15 a 16 años aumentó en al menos

([96]) Dinamarca también registró un aumento, pero durante un periodo de tiempo diferente.

dos puntos porcentuales desde 2003 en Francia, Chipre, Malta, Eslovenia y Eslovaquia. La encuesta escolar en España registró una disminución de dos puntos porcentuales entre 2004 y 2007.

Consecuencias sanitarias del consumo de cocaína

Es probable que se infravalore la magnitud de las consecuencias sanitarias del consumo de cocaína. Ello es así en parte debido a la naturaleza a menudo poco específica o crónica de las patologías que típicamente se derivan de un consumo de cocaína prolongado, y en parte también a las dificultades relativas al establecimiento de los vínculos causales necesarios entre la enfermedad y el consumo de la droga. 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 episodios de violencia. El consumo concomitante de otras sustancias, como alcohol, también puede agravar algunos de los problemas relacionados con la cocaína (véase OEDT, 2007a). Una encuesta realizada en los Estados Unidos estimó que los consumidores frecuentes tenían un riesgo siete veces superior de sufrir infartos de miocardio no mortales que los no consumidores (Qureshi *et al.*, 2001). En general, se estimaba que un 25 % de los infartos de miocardio no mortales en personas de entre 18 y 45 años de edad se podía atribuir a un «consumo frecuente de cocaína».

Algunos datos recientes muestran que en países con una prevalencia relativamente elevada de los niveles de consumo de cocaína, esta droga parecía estar presente en la mayoría de las urgencias hospitalarias en relación con las drogas. La red DAWN (American Drug Abuse Warning Network) estimó que la cocaína, por sí sola o en combinación con otras drogas, estaba implicada en seis de cada diez urgencias relacionadas con las drogas en 2006. En España, el sistema nacional de notificación de urgencias hospitalarias relativas al consumo no médico de sustancias psicotrópicas llegó a la conclusión de que, en 2006, la cocaína era la sustancia más frecuentemente consumida (en el 59 % de los casos); seguida por el cannabis (31 %), los sedantes (28 %) y la heroína (22 %); el alcohol se asociaba frecuentemente a todas estas sustancias. En un estudio realizado entre pacientes que acudieron a los servicios de urgencias de un hospital en Barcelona por problemas directamente relacionados con el consumo de cocaína, los síntomas principalmente señalados eran la ansiedad o agitación (48 %) y el dolor torácico o las palpitaciones (25 %).

El consumo de cocaína por vía parenteral y de *crack* se asocian a los riesgos sanitarios más elevados (problemas

Gráfico 9: Tendencias en la prevalencia del consumo de cocaína durante el último año entre los jóvenes (entre 15 y 34 años)

(1) Inglaterra y Gales.
N.B.: Para mayor información, véase el gráfico GPS-14 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.
Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2008), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

cardiovasculares y de salud mental, deterioro de la salud). Tales riesgos se agravan generalmente con la marginación social y algunos otros problemas específicos, como los riesgos asociados con el consumo por vía parenteral. El consumo concomitante de opiáceos y cocaína parece estar vinculado a un mayor riesgo de sobredosis por opiáceos (OEDT, 2007a).

La dependencia es una de las consecuencias negativas del consumo de cocaína. Un estudio realizado en los Estados Unidos mostró que cerca del 5 % de los consumidores de cocaína pueden hacerse dependientes de esta droga en el primer año de consumo, aunque no más de alrededor de un 20 % de los consumidores desarrollaron dependencia a largo plazo (Wagner y Anthony, 2002). Otro estudio mostró que, entre los que desarrollan dependencia, cerca del 40 % se recuperan sin tratamiento de drogodependencia o consumo de alcohol (Cunningham, 2000). También existen pruebas de que muchos consumidores de cocaína controlaban el consumo de la droga estableciendo normas, por ejemplo, sobre la cantidad, frecuencia o contexto del mismo (Decorte, 2000).

Consumo problemático de cocaína y solicitud de tratamiento

Las estimaciones nacionales del consumo problemático de cocaína (consumo por vía parenteral o consumo de larga duración/habitual) están disponibles sólo para España e Italia, mientras que para el Reino Unido existen estimaciones para el consumo regional y de *crack* ([97]). Por otra parte, se estima que en 2007 había en Italia de 3,8 a 4,7 consumidores problemáticos de cocaína por cada 1 000 habitantes adultos. De acuerdo con los datos más recientes para España, en 2002 había entre 4,5 y 6 consumidores problemáticos de cocaína por cada 1 000 adultos (15-64 años). Las estimaciones de consumidores problemáticos de cocaína probablemente se quedan cortas en relación con la población que necesita tratamiento o breves intervenciones, porque los consumidores de cocaína problemáticos pero socialmente integrados podrían estar infrarrepresentados en las fuentes de datos utilizadas.

Alrededor del 17 % de todos los pacientes en tratamiento por drogodependencia indicó la cocaína, sobre todo en polvo, como principal razón para someterse a tratamiento en 2007, lo cual corresponde a cerca de 61 000 casos notificados en 25 países europeos. Entre aquéllos que iniciaron un tratamiento por primera vez, la proporción que indicaba la cocaína como droga principalmente consumida es más elevada (22 %).

Existen amplias diferencias entre países en relación con la proporción de pacientes consumidores de cocaína tanto en términos generales como en el grupo de los pacientes

Consumo de *crack* en Europa

La cocaína se encuentra disponible en Europa en dos formas: como polvo de cocaína (HCl de cocaína, una sal de clorhidrato) y menos comúnmente consumida como *crack* (una base libre). El *crack* se suele fumar y es famoso por proporcionar un intenso «viaje» que podría conducir a la adopción de pautas de consumo problemático. En general, se fabrica a partir de clorhidrato de cocaína en lugares cercanos a su venta al pormenor y su consumo.

El consumo de *crack* empezó a difundirse en los Estados Unidos a mediados del decenio de 1980, principalmente en barrios desfavorecidos de las zonas metropolitanas, y afectaba desproporcionadamente a minorías étnicas. Se ha temido que un fenómeno similar pudiese producirse en Europa, pero, por el momento, no se ha observado un consumo masivo grave de *crack*.

El *crack*, sin embargo, se consume en algunas ciudades europeas, aunque resulta difícil conocer el alcance exacto del fenómeno. Algunos informes sobre la situación en Londres (GLADA, 2004) y Dublín (Connolly *et al.*, 2008) también indican que puede producirse un aumento del consumo. En Londres, el consumo de *crack* se considera uno de los factores más problemáticos del consumo de drogas de esa ciudad, y su aumento desde mediados del decenio de 1990 se atribuye principalmente a una población creciente de consumidores de opiáceos que también consumen *crack*.

La mayoría de las solicitudes de tratamiento en relación con el *crack* y la mayor parte de las incautaciones de la droga se registran en el Reino Unido. Un estudio ha estimado el número de consumidores problemáticos de *crack* en Inglaterra entre 5,2 y 5,6 por cada 1 000 habitantes (población adulta) entre 2006 y 2007. Algunas ciudades de otros países europeos también han notificado un consumo problemático de *crack* de cierta importancia.

El consumo de *crack* se produce principalmente en el seno de grupos marginados y desfavorecidos, como los trabajadores sexuales y los consumidores problemáticos de opiáceos, y algunos países también declaran la existencia de tal consumo entre ciertas minorías étnicas (por ejemplo, Francia, los Países Bajos o el Reino Unido). Entre individuos socialmente integrados, como los consumidores habituales de cocaína en polvo, el consumo de *crack* es muy poco usual (Prinzleve *et al.*, 2004). No obstante, la persistencia del consumo de *crack* en el seno de algunos grupos y ciudades pone de manifiesto el riesgo de su propagación a poblaciones más amplias.

([97]) Véase el recuadro «Consumo de *crack* en Europa».

que inician un tratamiento por primera vez. España registra las proporciones más elevadas tanto en el grupo del número total de pacientes (45 %) como en el de nuevos pacientes (60 %), seguida de los Países Bajos (32 y 29 % respectivamente) e Italia (23 y 26 %). En Bélgica, Irlanda, Chipre, Luxemburgo y el Reino Unido los pacientes consumidores de cocaína representan entre el 11 y el 13 % de todos los pacientes que se tratan de su drogodependencia y entre el 11 y el 19 % de los nuevos pacientes; en otros países de Europa, los consumidores de cocaína suponen menos de un 10 % de los pacientes en tratamiento y siete países notifican un porcentaje menor del 1 % ([98]).

El número de pacientes que inician un tratamiento de la drogodependencia principalmente por consumo de cocaína ha estado aumentando en Europa durante diversos años, aunque la tendencia se ve modelada en gran medida por unos pocos países. Entre 2002 y 2007, el aumento proporcionalmente más elevado entre los pacientes que iniciaron un tratamiento por primera vez se registró en España, Irlanda e Italia. En los países con datos suficientes para analizar las tendencias a lo largo del tiempo, el número de todos los pacientes que iniciaron un tratamiento y declararon consumir cocaína como droga principal aumentó desde un 13 a un 19 % (sobre la base de la información facilitada por 18 países) ([99]). Para los pacientes que iniciaron un tratamiento por primera vez, la proporción aumentó desde un 17 a un 25 % (sobre la base de la información facilitada por 19 países). Desde 2005, entre los países con las proporciones de pacientes consumidores de cocaína más elevadas, España e Italia señalan una situación estable, mientras los Países Bajos muestran una disminución de la proporción de nuevos pacientes que inician un tratamiento por consumo de cocaína. No obstante, la proporción está aumentando actualmente en otros países como Dinamarca, Irlanda, Grecia y Portugal ([100]).

Perfil de los pacientes en tratamiento

Casi todos los pacientes consumidores de cocaína siguen un tratamiento en centros en régimen ambulatorio, aunque algunos pueden recibir tratamiento en clínicas privadas, que casi no se encuentran representadas en el actual sistema de análisis de datos.

La proporción entre hombres y mujeres entre los pacientes consumidores de cocaína es de las más elevadas (cinco hombres por cada mujer) y la edad media de tales pacientes también se encuentra entre las más elevadas (alrededor de 32 años) de los pacientes en tratamiento por consumo de drogas. Ello es especialmente así en algunos países que cuentan con un número elevado de pacientes consumidores principalmente de cocaína, especialmente Italia, donde la proporción entre hombres y mujeres es de 8:1 y la edad media alcanza los 35 años. Casi la mitad de los pacientes consumidores de cocaína comienzan a consumir la droga antes de los 20 años y el 88 % antes de los 30. En España, Italia y los Países Bajos se registran grandes lapsos de tiempo (9-12 años) entre el primer consumo de cocaína y el inicio de tratamiento por primera vez ([101]).

La mayoría de los pacientes por consumo de cocaína esnifan (55 %) o fuman (32 %) la droga, y menos del 7 % la consumen por vía parenteral ([102]). Un análisis realizado en 14 países en 2006 reveló que alrededor del 63 % de los pacientes consumidores de cocaína eran policonsumidores de drogas. De ellos, el 42 % también consumía alcohol, el 28 % cannabis y el 16 % heroína. La cocaína también se menciona frecuentemente como droga secundaria, especialmente entre pacientes consumidores problemáticos principalmente de heroína (28 %) ([103]).

En 2007, alrededor de 8 000 pacientes iniciaron un tratamiento en régimen ambulatorio por consumo primario de *crack*, lo que representaba el 15 % de todos los pacientes consumidores de cocaína y el 2,7 % de los pacientes en tratamiento de drogodependencia en régimen ambulatorio. La mayoría de los pacientes consumidores de *crack* (alrededor de 6 500) se concentraban en el Reino Unido, donde suponen el 45 % de los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína. Casi un cuarto (22 %) de los pacientes que consumen *crack* como droga principal también consumen heroína y declaran elevados niveles de desempleo y falta de alojamiento ([104]).

En general, dentro del colectivo de pacientes en tratamiento pueden identificarse dos grupos principales de consumidores de cocaína: 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

([98]) Véase el gráfico TDI-2 y el cuadro TDI-5 (parte i) y (parte ii) del boletín estadístico de 2009; los datos para España se refieren a 2006.
([99]) Sólo se incluyen los pacientes que señalan consumir principalmente opiáceos, cannabis, cocaína y otros estimulantes.
([100]) Véanse los gráficos TDI-1 y TDI-3 y el cuadro TDI-3 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.
([101]) Véanse los cuadros TDI-10, TDI-11 (parte iii), TDI-21 y TDI-103 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.
([102]) Véase el cuadro TDI-17 (parte iv) del boletín estadístico de 2009.
([103]) Véase la Cuestión particular sobre el policonsumo de drogas.
([104]) Véase el recuadro «Consumo de *crack* en Europa» (p. 74), y los cuadros TDI-7 y TDI-115 del boletín estadístico de 2009.

opiáceos. El primer grupo normalmente declara esnifar la droga y a veces consumirla en combinación con otras sustancias, como el alcohol o el cannabis, pero no con opiáceos. Algunos de los integrantes de este grupo son derivados a tratamiento por el sistema de justicia penal. El segundo grupo suele declarar consumir la droga por vía parenteral, consume tanto cocaína como opiáceos, a veces fuma *crack* y presenta una salud y condiciones sociales precarias. Este grupo incluye ex consumidores de heroína que vuelven a iniciar un tratamiento de drogodependencia por consumo de cocaína.

Tratamiento y reducción de daños

Tratamiento

En Europa, los centros públicos en los que se administran tratamientos de drogodependencia se orientan sobre todo hacia las necesidades de los consumidores de opiáceos y los que abordan el tratamiento de los consumidores de cocaína son raros y a menudo privados. Algunos países, como Irlanda, Italia o España, sin embargo, han aplicado estrategias o programas de tratamiento que se dirigen a los consumidores de cocaína, y Francia también está desarrollando tales programas.

La heterogeneidad de los consumidores de cocaína y sus problemas y necesidades complica la organización y la administración de los tratamientos a aquellos que los necesitan. Resulta difícil acercarse a ciertos grupos de consumidores de cocaína, lo que dificulta a su vez que inicien un tratamiento. Por ejemplo, los consumidores de cocaína por vía parenteral y consumidores de *crack* marginados a menudo no buscan iniciar un tratamiento de forma voluntaria. Por ello, en Irlanda se recomiendan las intervenciones de proximidad y de otro tipo para atraer a los tratamientos a los consumidores a los que no se tendría acceso de otro modo (Connolly *et al.*, 2008). Los programas de tratamiento de proximidad también pueden resultar beneficiosos para ciertos grupos. Un estudio danés dirigido a consumidores de *crack* marginados ofrece un ejemplo de ello. El programa de tratamiento logró niveles elevados de cumplimiento y satisfacción en relación con el tratamiento entre los pacientes que se sometieron a él. Los pacientes declararon mejoras en la salud, condiciones de vida, relaciones familiares y sociales y estado psiquiátrico (Henskens *et al.*, 2008).

También puede resultar difícil llegar a los consumidores de cocaína socialmente integrados. Por ejemplo, puede que tales consumidores no consideren que se satisfacen sus necesidades en aquellos servicios de tratamiento donde los pacientes principales son los consumidores de opiáceos. Algunos países señalan la puesta en marcha de medidas para resolver estos problemas. Por ejemplo, en Italia, el «Progetto nazionale cocaína», puesto en marcha en 2007, ofrece servicios especializados con horarios de apertura más adecuados para los consumidores de cocaína socialmente integrados y sus familias (por ejemplo, después del horario de trabajo). Un enfoque análogo también se registra en Irlanda, donde se han desarrollado programas específicos para atraer a los consumidores de cocaína en polvo.

También es importante mantener a los consumidores problemáticos de cocaína y *crack* en tratamiento, ya que el consumo intensivo de cocaína se asocia a disfunciones del comportamiento y de tipo social y psicológico (como comportamiento impulsivo y agresivo) y, en algunos grupos, con estilos de vida caóticos y grave deterioro físico y mental. Por ello los profesionales señalan la dificultad del mantenimiento de una asistencia periódica a las sesiones de terapia y de entablar un diálogo terapéutico significativo (Connolly *et al.*, 2008). El consumo de cocaína también puede alterar el tratamiento de otras drogodependencias y poner en peligro el logro de la abstinencia de la heroína. En Alemania, por ejemplo, el consumo concomitante de cocaína se ha identificado como un factor decisivo en aquéllos que abandonan los tratamientos de sustitución de opiáceos.

Atraer y mantener a los consumidores en tratamiento también resulta difícil en un contexto en el que no existe una intervención psicosocial específica apoyada por pruebas fehacientes de eficacia y no se dispone de una farmacoterapia eficaz para ayudar a los consumidores dependientes a mantener la abstinencia o reducir el consumo durante el tratamiento.

Estas dificultades pueden abordarse a través del desarrollo de programas de tratamiento específico y cursos de formación adaptados a los problemas asociados al consumo de cocaína y *crack*. Irlanda, Italia y el Reino Unido señalan la existencia de formación específica para el personal que trata el consumo de cocaína. Asimismo, 11 Estados miembros, entre ellos los que registran niveles elevados de consumo de cocaína y solicitud de tratamiento, notifican la existencia de programas específicos de tratamiento, junto a los servicios de tratamiento tradicionales, a los que se pueden someter los consumidores de cocaína o *crack*. No obstante, mientras expertos nacionales de Italia, Portugal, Eslovenia y el Reino Unido estimaron que tales programas estaban a disposición de la mayoría de los consumidores de cocaína que necesitaban tratamiento, expertos de Alemania,

Austria, Dinamarca, España, Francia, Irlanda y los Países Bajos estimaban que los programas mencionados sólo estaban disponibles para una minoría de ellos.

Tras un periodo durante el cual casi toda la investigación se realizaba en los Estados Unidos, diversos estudios sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína se efectúan ahora en Europa. En el Reino Unido, un estudio clínico está investigando la eficacia de la terapia de comportamiento cognitivo en combinación con el contrato de contingencias (véase OEDT, 2008b) en el caso de los consumidores principalmente de cocaína. Según una reciente revisión de Cochrane, esta combinación ha dado los mejores resultados para el tratamiento de la dependencia de estimulantes (Knapp *et al.*, 2007). Otro estudio clínico en el Reino Unido está investigando la eficacia del modafinil, en combinación con un contrato de contingencias que utiliza vales o bonos, entre los pacientes que reciben tratamientos de sustitución de opiáceos y consumen *crack*. El modafinil ya ha mostrado un potencial terapéutico en diversos estudios como agente sustitutivo de la dependencia de estimulantes.

En los Países Bajos, cinco estudios clínicos investigan actualmente la eficacia de una serie de fármacos para el tratamiento de la dependencia de cocaína, entre ellos la dexanfetamina y el modafinilo. Otro estudio clínico neerlandés investigó la combinación de las estrategias de refuerzo comunitario con el contrato de contingencias en pacientes en tratamiento sustitutivo de opiáceos con dependencia de cocaína. Los resultados mostraron una reducción significativa del consumo de cocaína en comparación con el tratamiento habitual.

Por último, un estudio conjunto español e italiano realizado en diversos lugares está investigando la eficacia de la vacuna de la cocaína (TA-CD). Se trata del estudio más amplio realizado hasta la fecha en relación con esta vacuna, en el que participan varios cientos de voluntarios. Algunos estudios de seguridad iniciales de la vacuna TA-CD realizados en los Estados Unidos han demostrado la reducción de los efectos subjetivos de la cocaína y el consumo de la droga, así como una mejor retención en tratamiento.

Reducción de daños

Las intervenciones de reducción de daños dirigidas a ayudar 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 derivarse de la falta de conocimiento entre los trabajadores especializados sobre la droga, el grupo destinatario y sus necesidades.

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, entre los que se incluyen recomendaciones para un consumo seguro, formación para un consumo por vía parenteral más seguro y programas de intercambio de agujas y jeringuillas. Sin embargo, el consumo de cocaína por vía parenteral puede asociarse a un riesgo más elevado de compartir agujas y jeringuillas, así como a una utilización más frecuente de la vía parenteral, lo que puede desembocar en el 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 a estos riesgos específicos. En algunos países (como Bélgica o Francia) se proporcionan pipas de *crack* limpias en algunos centros de bajo umbral.

Las intervenciones de reducción de daños dirigidas a los consumidores de cocaína en los 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 incluyen material informativo sobre los riesgos del consumo de cocaína.

Capítulo 6

Consumo de opiáceos y drogas por vía parenteral

Introducción

El consumo de heroína, especialmente por vía parenteral, se ha asociado estrechamente al consumo problemático de drogas en Europa desde el decenio de 1970. Actualmente, el consumo de esta droga sigue provocando la mayor tasa de morbilidad y mortalidad en relación con el consumo de drogas de la Unión Europea. En los últimos diez años se ha observado un declive en el consumo de la heroína y los problemas conexos, aunque datos más recientes indican que, en algunos países, la tendencia podría haber cambiado de sentido. Por otra parte, los datos que indican el consumo de opiáceos sintéticos, como fentanil, y el consumo por vía parenteral de drogas estimulantes, como la cocaína o las anfetaminas, reflejan la naturaleza del problema cada vez más variada del consumo de drogas en Europa.

Oferta y disponibilidad

En el mercado de las drogas ilegales de Europa se han ofrecido tradicionalmente dos formas de heroína importada: la más común es la heroína marrón (su forma química de base), principalmente procedente de Afganistán, y la menos común y más cara es la heroína blanca (una forma salina), que procede generalmente del sureste asiático, aunque cabe decir que esta variedad de la droga es considerablemente menos frecuente ([105]). Asimismo, dentro de Europa se producen algunos opiáceos, principalmente productos caseros elaborados con adormidera (por ejemplo, paja de adormidera, concentrado de tallos o cabezas de adormidera molidos) en varios países de Europa oriental (como Letonia y Lituania).

Producción y tráfico

La heroína que se consume en Europa procede principalmente de Afganistán, que sigue siendo el principal productor mundial de opio ilegal. Otros países productores son Myanmar, que principalmente suministra heroína a los mercados de Asia oriental y suroriental, Pakistán y Laos, seguidos de México y Colombia, considerados los mayores proveedores de heroína de los Estados Unidos (ONUDD, 2009). Se estima que la producción mundial de opio ha disminuido desde el máximo alcanzado en 2007, principalmente debido a una disminución de la producción en Afganistán, de 8 890 toneladas a alrededor de 8 000 toneladas en 2008. Las estimaciones más recientes de la posible producción mundial de heroína se elevan a 735 toneladas en 2007 (ONUDD, 2009). El creciente número de laboratorios desmantelados en Afganistán en los últimos años da a entender que el opio se transforma cada vez más en morfina o heroína dentro del país. Sin embargo,

Cuadro 9: Producción, incautaciones, precio y pureza de la heroína

Producción e incautaciones	Heroína
Estimación de la producción mundial potencial (en toneladas) ([1])	735
Cantidad incautada a escala mundial	
Heroína (en toneladas)	65
Morfina (en toneladas)	27
Cantidad incautada (en toneladas) en la UE y Noruega	8,8
(incluidas Croacia y Turquía)	(22)
Número de incautaciones en la UE y Noruega	56 000
(incluidas Croacia y Turquía)	(58 000)
Precio y pureza en Europa	**Heroína marrón**
Precio medio al por menor (EUR por gramo)	
Intervalo	14-119
(intervalo intercuartil) ([2])	(35-77)
Pureza media (%)	
Intervalo	9-50
(intervalo intercuartil) ([2])	(16-27)

([1]) La cifra de la ONUDD se basa en su estimación de la producción ilegal de opio a escala mundial (8 870 toneladas en 2008) (ONUDD, 2009).
([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 de 2007, a excepción de la estimación de la producción mundial potencial.
Fuentes: Informe mundial sobre drogas de la ONUDD (2009) para los valores mundiales, puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos.

([105]) Para más información sobre las fuentes de datos sobre la oferta y la disponibilidad de las drogas, véase la p. 43.

la incautación de importantes cantidades de opio y morfina en países vecinos (Pakistán, Irán) indica que una parte significativa del procesamiento se realiza fuera de Afganistán (CND, 2008; ONUDD, 2009).

La heroína entra en Europa sobre todo por dos rutas principales: la ruta de los Balcanes, históricamente importante, y sus diversos tramos, atravesando Pakistán, Irán y Turquía, donde se incautan las mayores cantidades de esta droga; y la «ruta del Norte», a través de Asia central y la Federación de Rusia, a través de la cual la heroína entra por ejemplo en Polonia directamente por ferrocarril (JIFE, 2009a), o en Noruega a través de Lituania. Para la heroína se indicaron rutas secundarias de tráfico desde el suroeste asiático, por ejemplo, desde Afganistán y Pakistán por avión a través de países del Oriente Próximo y del África oriental a los mercados ilegales de Europa (JIFE, 2009a; OMA, 2008). La heroína del suroeste asiático también se introduce ilegalmente directamente en Europa (Reino Unido) por avión desde Pakistán. Dentro de la Unión Europea, los Países Bajos y, en menor medida, Bélgica desempeñan un papel importante como centros de distribución secundarios (Europol, 2008).

Incautaciones

Las incautaciones de opio notificadas a escala mundial aumentaron de forma significativa en 2007 hasta las 510 toneladas, en un 84 % procedentes de Irán. Las incautaciones de morfina notificadas a escala mundial disminuyeron de forma pronunciada hasta las 27 toneladas, mientras que las de heroína aumentaron ligeramente hasta alcanzar las 65 toneladas. Las incautaciones de heroína más importantes fueron notificadas por Irán (el 25 % del total mundial), seguidas de las de Turquía y Afganistán (ONUDD, 2009).

En Europa se calcula que en 2007 se realizaron 58 000 incautaciones que permitieron aprehender unas 22 toneladas de heroína. El Reino Unido siguió notificando el mayor número de incautaciones, mientras que Turquía volvió a ser el país que señaló la mayor cantidad interceptada, con un total de 13,2 toneladas aprehendidas en 2007 ([106]). Los datos correspondientes al periodo 2002 a 2007 de 25 países que facilitaron información indican que, tras un declive en el primer año, el número de incautaciones ha aumentado constantemente desde 2003. La tendencia general de la cantidad de heroína incautada en Turquía difiere de lo observado en la Unión Europea. Mientras Turquía notificó un aumento que quintuplicaba la cantidad de heroína incautada entre 2002 y 2007, la cantidad aprehendida en la Unión Europea ha sufrido un declive general durante este periodo, aunque se produjo un aumento de 2006 a 2007.

Las incautaciones globales de anhídrido acético (utilizado en la producción de heroína) se incrementaron hasta los 56 300 litros en 2007; casi la mitad de esa cantidad se incautó en la Federación de Rusia (25 000 litros) seguida de Turquía (13 300 litros) y Eslovenia (6 500 litros) (JIFE, 2009b). La JIFE estima que «casi el 80 %» del anhídrido acético utilizado en los laboratorios de heroína afganos se introduce de forma ilegal a través de Europa oriental y suroriental, por lo que insta a la Comisión Europea y los Estados miembros de la Unión Europea a impedir la desviación del anhídrido acético de su mercado interior (JIFE, 2009a).

Precios de la heroína a diferentes niveles del mercado

La supervisión de los precios de los estupefacientes constituye un importante instrumento para comprender los mercados de la droga. El OEDT recoge datos sobre precios al por menor, normalmente expresados en euros por gramo, dosis o pastilla. Sobre la base de esta información, resulta posible estimar el precio típico pagado por un consumidor para obtener una determinada droga en un país europeo. Los cambios en los precios a lo largo del tiempo pueden señalar posibles cambios en la oferta o la demanda de drogas. Los datos que se refieren a los precios al por mayor, es decir, el precio que pagan los traficantes de droga a los principales distribuidores del mercado en el que se consume, constituyen otro indicador útil que puede permitir determinar los beneficios que procura la comercialización.

Sólo unos pocos países disponen de datos comparables sobre los precios al por mayor y al por menor para 2007 (República Checa, Alemania, España, Rumanía, Reino Unido). Entre tales países, el precio al por mayor notificado para la heroína oscila entre los 12,5 y los 35,8 euros por gramo, y el precio medio al por menor, cuando se conoce, entre los 36 y los 62,7 euros. Los precios más bajos, tanto al por mayor como al por menor, corresponden a Rumanía, mientras que los más altos se registran en España. La proporción entre el precio al por menor y al por mayor también varía considerablemente, de 1,6:1 en la República Checa a 2,8:1 en el Reino Unido. Cuando se pretenden hacer comparaciones es necesaria la prudencia en relación con posibles diferencias en la pureza de la droga, tanto entre países como en niveles de mercado o a lo largo del tiempo. En cualquier caso, los análisis realizados en este ámbito pueden ser informativos, especialmente en lo que se refiere a las tendencias en el tiempo, ya que pueden señalar importantes cambios que puedan estar teniendo lugar en el mercado.

([106]) Véanse los cuadros SZR-7 y SZR-8 del boletín estadístico de 2009. Cabe destacar que cuando no se dispone de datos para 2007 se utilizan los datos correspondientes de 2006 para estimar los totales europeos. Se trata de un análisis preliminar, ya que aún no se dispone de los datos de 2007 para el Reino Unido.

Pureza y precio

En 2007, la pureza media de la heroína marrón oscilaba entre el 15 y el 30 % en la mayoría de países que aportaron información, aunque se notificaron valores inferiores al 15 % en Francia (12 %) y Austria (9 %), y superiores en el Reino Unido (50 %) y Noruega (35 %). La pureza típica de la heroína blanca era normalmente mayor (30-50 %) en los pocos países europeos que aportaron datos ([107]).

El precio al por menor de la heroína marrón siguió siendo más elevado en los países nórdicos que en el resto de Europa; Suecia indicó un precio medio de 119 euros por gramo y Dinamarca de 96 euros. En otros diez países, el precio al por menor de la heroína marrón osciló entre los 30 y los 80 euros por gramo, mientras que en Turquía el precio medio de un gramo de sustancia era de 15 euros. Durante el periodo 2002-2007, el precio al por menor de la heroína marrón disminuyó en siete de los 12 países europeos que aportaron datos sobre tendencias y aumentó en cinco de ellos. Sólo unos pocos países europeos indicaron el precio al por menor de la heroína blanca, que oscilaba entre 31 y 151 euros por gramo.

Estimaciones de prevalencia del consumo problemático de opiáceos

La información que se incluye en este apartado proviene del indicador del consumo problemático de drogas (CPD) del OEDT, que incluye principalmente consumo por vía parenteral y consumo de opiáceos, aunque en algunos países los consumidores de anfetaminas o cocaína constituyen un componente importante. Cabe destacar que muchos países indican que la mayoría de los «consumidores problemáticos de opiáceos» se podrían describir como policonsumidores de drogas que también consumen opiáceos. Dada la relativamente reducida prevalencia y la naturaleza oculta de este tipo de consumo de droga, se requieren extrapolaciones estadísticas para obtener estimaciones de prevalencia a partir de las fuentes de datos disponibles.

Las estimaciones sobre la prevalencia del consumo problemático de opiáceos en los países europeos durante el periodo 2002-2007 oscilan a grandes rasgos entre uno y seis casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años. Se calcula que la prevalencia del CPD total se sitúa entre menos de tres y diez casos por cada 1 000 habitantes. Las estimaciones bien documentadas de consumo problemático de opiáceos con los resultados más bajos proceden de la República Checa, Letonia, Polonia y Finlandia (aunque tanto la República Checa como Finlandia tienen cifras elevadas de consumidores problemáticos de anfetaminas), mientras que las estimaciones más altas provienen de Malta, Italia, Austria y España (gráfico 10).

Gráfico 10: Estimaciones sobre la prevalencia en el último año del consumo problemático de opiáceos (casos por cada 1 000 habitantes entre 15 y 64 años)

N.B.: El símbolo indica una estimación de punto; una barra indica una estimación del intervalo de incertidumbre: un intervalo de confianza del 95 % o bien 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 entre 15 y 64 años, presuponiendo que el consumo de drogas en los demás grupos de edad resultaba insignificante. En el caso de Alemania y Chipre, el intervalo representa los límites superiores e inferiores de todas las estimaciones existentes, y la estimación de punto una media simple de los promedios. Los métodos de estimación se muestran abreviados: CR = captura-recaptura de datos; TM = multiplicador de tratamiento; MI = indicador de variables múltiples; MM = multiplicador de mortalidad; CM = métodos combinados; OT = otros métodos. Para mayor información, véase el gráfico PDU-1 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

La prevalencia media del consumo problemático de opiáceos en los países que facilitaron datos se estima entre 3,6 y 4,6 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años. Si presuponemos que esta situación refleja la de la UE en su conjunto, ello implica que en 2007 existían en la Unión Europea y Noruega

([107]) Véanse los cuadros PPP-2 y PPP-6 del boletín estadístico de 2009 para más información sobre pureza y precios.

Incidencia del consumo problemático de opiáceos

La supervisión de la incidencia del consumo problemático de opiáceos (el número de personas que empiezan a consumir una sustancia en un año determinado y se convierten en consumidores problemáticos de drogas) es necesaria para determinar las tendencias de la situación en Europa en materia de drogas y concebir las políticas e intervenciones adecuadas.

El OEDT ha estado fomentando la investigación sobre la estimación de la incidencia del consumo problemático de drogas y recientemente publicó orientaciones sobre esta cuestión (Scalia Tomba *et al.*, 2008). También ha iniciado, en colaboración con la Universidad de Zurich, un estudio para probar un nuevo método «de un día» que utiliza la distribución del «tiempo de latencia» (tiempo hasta el tratamiento) en una muestra transversal de consumidores de heroína tratados. El método utiliza una función que describe la probabilidad de estar sometido a tratamiento de sustitución (función de inclusión general) cuando ninguna norma restringe su acceso, tomando en consideración el tiempo de latencia, la mortalidad y las tasas de interrupción del consumo de drogas. De este modo, se pueden extraer estimaciones de los datos de tratamiento de un solo día, mientras que los métodos tradicionales necesitan largas series temporales referidas a al menos entre ocho y diez años.

El estudio se realizó en seis Estados miembros de la UE (España, Italia, Malta, Países Bajos, Eslovaquia, Reino Unido) y señaló que los métodos de función de inclusión general permiten la estimación de la incidencia del consumo problemático de heroína, incluso con series de datos sobre tratamientos de sustitución incompletas. En al menos cinco regiones las estimaciones de incidencia permitieron la derivación de estimaciones de prevalencia que se ajustaban en gran medida a otras estimaciones existentes (por captura y recaptura, por ejemplo).

El método de función de inclusión general parece sólido y podría, además de ofrecer estimaciones de incidencia, procurar estimaciones útiles de la prevalencia del consumo problemático de opiáceos, así como de la cobertura de los tratamientos de sustitución y los cambios a lo largo del tiempo. Los futuros trabajos podrían incluir estudios en otros países de la UE, así como análisis de diferencias espaciales y por género y vías de administración.

alrededor de 1,4 millones (1,2-1,5 millones) de consumidores problemáticos de opiáceos ([108]). Los consumidores problemáticos de opiáceos en prisión, especialmente los que cumplen sentencias más largas, podrían estar infrarrepresentados en esta estimación.

Consumidores de opiáceos en tratamiento

Los opiáceos, principalmente la heroína, siguen mencionándose como la principal droga consumida por la mayoría de los que buscan tratamiento en los países europeos. No obstante, en Europa existen considerables diferencias en la proporción de consumidores de drogas que inician tratamiento por problemas relacionados con las mismas; los pacientes consumidores de opiáceos representan más del 90 % de los que inician un tratamiento en Bulgaria y Eslovenia, entre el 50 y el 90 % en otros 15 países, y entre el 10 y el 49 % en otros nueve países más ([109]). En general, de los 325 000 pacientes que inician un tratamiento por consumo principal de alguna droga conocida, el 49 % mencionaron la heroína como principal droga consumida; si se incluyen otros opiáceos, esta proporción aumenta hasta el 55 % ([110]). En algunos países, tanto la proporción como el número de tratamientos iniciados en relación con el consumo de opiáceos diferentes de la heroína han aumentado en los últimos años ([111]).

Muchos consumidores de opiáceos participan en programas que ofrecen tratamiento de larga duración. Ello se traduce en una mayor proporción de los consumidores de opiáceos como droga principal entre los consumidores que ya se encuentran en tratamiento. Un reciente análisis de datos sobre pacientes en tratamiento por drogodependencia en 14 países llegó a la conclusión de que los consumidores de opiáceos como sustancia principal representaban el 61 % del total, pero sólo al 38 % de los que se sometían a tratamiento por primera vez ([112]). El porcentaje de consumidores principalmente de opiáceos entre los pacientes en tratamiento durante más de un año se estimaba en más del 50 % en todos los países participantes en el estudio.

Los pacientes que inician un tratamiento por consumo principalmente de opiáceos a menudo suelen declarar el consumo de otras drogas. En 2006, el análisis de datos procedentes de 14 países mostró que el 59 % de los pacientes consumidores de heroína consumen una

([108]) Esta estimación se ha ajustado de 1,5 a 1,4 millones sobre la base de nuevos datos. Debido a los amplios intervalos de confianza y el hecho de que las estimaciones se basan en datos de diferentes años, no se puede concluir que la nueva estimación indique una disminución de la prevalencia de consumo problemático de opiáceos en Europa.
([109]) Véase el cuadro TDI-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.
([110]) Véase el cuadro TDI-113 del boletín estadístico de 2009.
([111]) Véase el recuadro «Abuso de opiáceos dispensados con receta médica», p. 85.
([112]) Véase el cuadro TDI-38 del boletín estadístico de 2009.

droga secundaria, principalmente cocaína (28 %), cannabis (14 %) y alcohol (7 %) ([113]).

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 al número limitado de estimaciones repetidas y la incertidumbre que rodea a las estimaciones individuales. La información procedente de nueve países con estimaciones repetidas de la prevalencia durante el periodo 2002-2007 indica una situación relativamente estable. El aparente aumento observado en Austria hasta 2005 no ha sido confirmado por los datos recientes. En otros países, existe información que apuntaría hacia cambios recientes. En Chipre, las estimaciones de 2007 indican que se ha producido un aumento significativo del consumo problemático de opiáceos, vinculado a un aumento del número de extranjeros en tratamiento ([114]). La información recogida por el sistema francés TREND, que se basa en datos tanto cualitativos como cuantitativos, señala la difusión de la heroína a nuevos grupos de consumidores, lo que incluye, de forma preocupante, individuos socialmente integrados y personas que acuden a fiestas «tecno».

Aunque en algunos casos no se disponga de estimaciones adecuadas y actualizadas de la incidencia y prevalencia del consumo problemático de opiáceos, sigue siendo posible analizar las tendencias a lo largo del tiempo utilizando otros indicadores, principalmente indirectos, como datos sobre la solicitud de tratamiento. Sobre la base de una muestra de 19 países, el número total de consumidores de heroína como droga principal que iniciaron un tratamiento aumentó entre 2002 y 2007. Entre 2006 y 2007 las cifras aumentaron en número y en porcentaje del total de pacientes en tratamiento por drogodependencia en ocho países. Este aumento a menudo ha seguido a declives significativos en años anteriores. Por otra parte, desde una fecha tan temprana como 2004, diez países notificaron un aumento de esas cifras tanto en número como en porcentaje ([115]).

Otros indicadores apoyan este tipo de análisis. Los datos sobre las muertes provocadas por el consumo de drogas en 2007, principalmente asociadas al consumo de opiáceos, no ofrecen ninguna indicación de una vuelta a la tendencia a la baja observada hasta 2003 (véase el capítulo 7). Entre 2006 y 2007, más de la mitad de los países que facilitaron datos registraron el aumento del número de muertes provocadas por el consumo de drogas ([116]). De forma análoga, el declive observado en el número de incautaciones de heroína en la Unión Europea hasta 2003 ha sido sustituido ahora por un aumento constante. Según los datos más recientes relativos a las infracciones de la legislación sobre drogas, también podría observarse un aumento del número de delitos relacionados con la heroína.

Los datos disponibles indican que la tendencia a la baja de los indicadores sobre opiáceos observada hasta 2003 se ha estabilizado. Ello es tal vez visible con mayor claridad desde 2003 en los datos sobre las incautaciones y las muertes provocadas por las drogas, y después de 2004 en los datos relativos a las nuevas solicitudes de tratamiento en relación con el consumo de heroína. Estos cambios se han producido en coincidencia con el aumento de la producción de opio en Afganistán, con lo que crece la preocupación de que estos hechos

Cuestión particular del OEDT sobre el consumo de drogas por vía parenteral

El consumo de drogas por vía parenteral es uno de los principales factores de riesgo para la salud pública que ponen en peligro la integridad de los consumidores de drogas, especialmente a causa del VIH/sida, la hepatitis C y la sobredosis. En Europa, la prevalencia y las tendencias del consumo parenteral de drogas varían entre Estados miembros y pueden cambiar con el tiempo. Las vías alternativas de administración (como fumar la droga) pueden coexistir con el consumo por vía parenteral, y los consumidores de drogas pueden modificar su vía de administración.

Esta Cuestión particular se centra en la situación y las tendencias del consumo por vía parenteral, así como en una serie de intervenciones específicas dirigidas a los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa. La publicación también analiza los posibles mecanismos que sustentan el declive del consumo por vía parenteral observado en algunos países o determinadas zonas, así como los motivos por los que tal consumo podría mantenerse elevado (o aumentar) en otras zonas. Asimismo, examina las intervenciones y políticas que tienen el propósito de reducir el consumo por vía parenteral y las que pueden inducir a los consumidores a adoptar vías de administración menos perjudiciales.

Esta Cuestión particular estará disponible impresa y en Internet únicamente en ingles (http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use) a partir de diciembre de 2009.

([113]) Véase la Cuestión particular sobre el policonsumo de drogas de 2009.
([114]) Véanse los cuadros PDU-6 (parte ii) y PDU-102 del boletín estadístico de 2009 para una información completa, incluidos los intervalos de confianza.
([115]) Véase el cuadro TDI-3 del boletín estadístico de 2009.
([116]) Véase el cuadro DRD-2 (parte i) del boletín estadístico de 2009.

pueden estar vinculados a una mayor disponibilidad de heroína en el mercado europeo.

Consumo de drogas por vía parenteral

Prevalencia del 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 el hábito, tales como infecciones transmitidas por vía sanguínea (por ejemplo VIH/sida, hepatitis) o muerte provocada por las drogas. Sólo 12 países fueron capaces de proporcionar estimaciones recientes de los niveles de consumo de drogas por vía parenteral ([117]), a pesar de la importancia que tiene esta cuestión para la salud pública. Mejorar el nivel de información disponible sobre este colectivo especial sigue siendo un importante reto de cara al desarrollo de sistemas de seguimiento sanitario en Europa.

Las estimaciones disponibles muestran amplias diferencias de un país a otro en términos de prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral. Las estimaciones oscilan entre menos de uno y cinco casos por cada 1 000 personas de 15 a 64 años para la mayoría de los países, aunque Estonia indica un nivel excepcionalmente elevado de 15 casos por cada 1 000 habitantes.

Debido a la falta de información resulta difícil extraer conclusiones sobre las tendencias temporales de la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral, aunque la información disponible indica una situación estable en la República Checa, Grecia, el Reino Unido y Noruega ([118]). También se observó un aumento en Chipre.

Los datos sobre los estudios sobre las enfermedades transmisibles también pueden ofrecer información acerca de las diferencias nacionales y los cambios producidos en relación con el consumo de drogas por vía parenteral. No obstante, las comparaciones entre países deberían realizarse con precaución, debido a la variedad de entornos de reclutamiento. En tres países se han observado unas proporciones relativamente elevadas (por encima del 20 %) de nuevos consumidores de drogas por vía parenteral (que utilizaban esta forma de consumo desde hacía menos de dos años), lo que posiblemente indica un nuevo reclutamiento significativo de nuevos consumidores por vía parenteral. En otros diez países, esta proporción era de menos de un 10 % ([119]). Otro indicador de una iniciación más reciente al consumo parenteral es la proporción de jóvenes consumidores que utilizan esta vía (menores de 25 años) encontrada en las muestras analizadas. Los consumidores por vía parenteral jóvenes (de menos de 25 años) suponen más del 40 % de los consumidores por vía parenteral muestreados en la República Checa, Estonia, Letonia, Lituania, Austria, Rumanía y Eslovaquia, mientras que menos del 20 % de los consumidores por vía parenteral incluidos en la muestra eran menores de 25 años en otros 11 países.

Consumo por vía parenteral en consumidores de opiáceos

Los consumidores de opiáceos que inician un tratamiento indican frecuentemente el consumo por vía parenteral como el modo habitual de consumo de la droga; más de la mitad de los pacientes que inician un tratamiento por consumo de opiáceos en la mayoría de los países lo hacen por vía parenteral, entre el 25 y el 50 % de tales pacientes declaran un consumo por vía parenteral en siete países y menos del 25 % en otros cinco. La proporción más baja de consumidores de opiáceos por vía parenteral que inician un tratamiento se registra en Dinamarca y los Países Bajos, y la más elevada en Lituania, Letonia y Rumanía ([120]). Las informaciones relativas al tratamiento también señalan que entre los consumidores de opiáceos la popularidad del consumo por vía parenteral puede variar considerablemente dentro de los países. Por ejemplo, en las diferentes comunidades autónomas de España, la proporción de consumidores de opiáceos por vía parenteral entre los nuevos pacientes oscila entre el 0,9 y el 47,2 %.

Entre los consumidores de opiáceos que iniciaron un tratamiento por primera vez, la proporción que indicaba el consumo por vía parenteral (42 %) es más baja que la de todos los consumidores de opiáceos que inician un tratamiento (44 %). Éste es el caso en la casi totalidad de los 22 países que facilitaron datos. Un análisis de los datos sobre consumidores de droga en tratamiento en 14 países mostró que, en el conjunto de todos los consumidores de drogas en tratamiento, la proporción del consumo por vía parenteral sigue siendo elevada (62 %), aunque existen algunas excepciones significativas, como los Países Bajos, con una proporción del 6,1 % ([121]).

La proporción del consumo por vía parenteral entre los consumidores de heroína que inician un tratamiento siguió disminuyendo en 2007. Esta tendencia es ahora evidente en algunos países en los que no se había observado anteriormente (por ejemplo, Alemania o la República Checa). Entre 2002 y 2007, la proporción de consumidores

([117]) Véase el gráfico PDU-2 del boletín estadístico de 2009.
([118]) Véase el cuadro PDU-6 (parte iii) del boletín estadístico de 2009.
([119]) Véase el gráfico PDU-3 del boletín estadístico de 2009.
([120]) Véanse los cuadros PDU-104, TDI-5 y TDI-17 (parte v) del boletín estadístico de 2009.
([121]) Véanse los cuadros TDI-17 (parte v) y TDI-38 del boletín estadístico de 2009.

Abuso de opiáceos dispensados con receta médica

Los analgésicos a base de opiáceos son los fármacos más potentes que se comercializan para el alivio del dolor agudo o crónico. Los opiáceos también se utilizan como fármacos de sustitución en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Estos fármacos, que se dispensan con receta médica, pueden ser objeto de abuso y ello puede tener efectos adversos para la salud como la dependencia, la sobredosis y los daños asociados al consumo por vía parenteral. Los opiáceos dispensados con receta médica pueden introducirse en el mercado ilegal de drogas a través de la desviación de los fármacos de sustitución de su uso adecuado. Las farmacias que comercializan sus productos a través de Internet también desempeñan un papel fundamental en la disponibilidad de los opiáceos dispensados con receta médica en los Estados Unidos (JIFE, 2009a), pero su papel en Europa parece ser limitado. En Europa, el aumento de la dispensación de fármacos de sustitución a los consumidores de drogas dependientes de los opiáceos se ha acompañado de un incremento del abuso de estos fármacos.

Alrededor del 5 % (17 810) de los pacientes que inician un tratamiento de drogodependencia en Europa declaran consumir opiáceos diferentes de la heroína como droga principal. Las sustancias más frecuentemente señaladas en este sentido son: la buprenorfina, que en Finlandia se registra como droga principal en el 41 % de todos los casos de solicitud de tratamiento y en Francia en el 7 % de los casos; la metadona, que representa el 18,5 % de todas las solicitudes de tratamiento en Dinamarca; y otros opiáceos dispensados con receta médica en Letonia, Austria y Suecia, donde representan entre el 5 y el 15 % de todas las solicitudes de tratamiento ([1]). En 2007, la República Checa también notificó alrededor de 4 250 consumidores de buprenorfina problemáticos. Ello refleja principalmente un cambio en las sustancias consumidas por los consumidores problemáticos de heroína, pero no un aumento de la prevalencia general del consumo problemático de opiáceos. El sistema alemán Phar-Mon, que supervisa una amplia gama de fármacos susceptibles de ser objeto de abuso, también registró un aumento del abuso de opiáceos dispensados con receta médica en los casos en que los fármacos de sustitución desempeñan un papel más importante que los analgésicos (Roesner y Küfner, 2007).

El abuso de opiáceos dispensados con receta suscita importantes preocupaciones en relación con la prevención de la desviación de fármacos de sustitución y analgésicos a base de opiáceos al mercado ilegal. Al mismo tiempo, se debe garantizar que el uso lícito de estas sustancias no resulta comprometido (Cherny *et al.*, 2006).

([1]) Véase el cuadro TDI-113 del boletín estadístico de 2009.

por vía parenteral entre los pacientes consumidores principalmente de opiáceos que iniciaban tratamiento disminuyó en la mayoría de los países, observándose reducciones estadísticamente significativas notificadas en 13 países. Dos países, no obstante, notificaron un aumento en este periodo (Bulgaria y Eslovaquia) ([122]).

Otros estudios generalmente confirman una tendencia a la baja del consumo por vía parenteral entre los consumidores de opiáceos. En Francia, por ejemplo, desde 2001 se ha venido observando una disminución de la prevalencia del consumo por vía parenteral en los datos sobre tratamiento, y algunos estudios revelan que el inicio del consumo de heroína ha empezado a asociarse cada vez más con el esnifado y que al parecer el consumo por vía parenteral parece producirse ahora en una fase más tardía de la trayectoria de consumo de la droga que en el pasado.

Comorbilidad: consumo de drogas y trastornos mentales

La comorbilidad a menudo no se reconoce como un factor concomitante del consumo problemático de drogas y los trastornos mentales del consumidor de drogas. Algunos estudios han identificado tanto una prevalencia elevada de problemas psiquiátricos entre los pacientes en tratamiento de drogodependencia como una elevada prevalencia de problemas en relación con las drogas entre los pacientes en los servicios psiquiátricos (OEDT, 2005).

Los trastornos mentales más comúnmente registrados entre los consumidores de drogas en Europa incluyen la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, los trastornos de la personalidad, un déficit de atención y la hiperactividad. Los tratamientos específicos dirigidos a los consumidores de drogas afectados de comorbilidad en Europa siguen siendo limitados. Algunos expertos nacionales notifican que existen programas específicos en 18 países, pero que en 14 de ellos sólo están disponibles para una minoría de los pacientes que los necesitan. En otros siete países, no existe ningún tipo de programas específicos, pero cinco de ellos prevén desarrollar tales programas en los próximos tres años.

Recientemente se ha llevado a cabo un estudio prospectivo multicéntrico europeo (Isadora) en el que participaron pacientes con diagnóstico dual de los servicios psiquiátricos que tratan afecciones graves ([1]). Sus resultados subrayan las dificultades de realizar un análisis comparativo en este ámbito, así como la necesidad de un enfoque más armonizado en relación con el diagnóstico, el tratamiento y la comorbilidad en Europa (Baldacchino *et al.*, 2009).

([1]) http://isadora.advsh.net/

([122]) Véanse los cuadros TDI-4 y TDI-5 de los boletines estadísticos de 2006 y 2009.

Tratamiento del consumo problemático de opiáceos

La edad media de los pacientes que inician un tratamiento en régimen ambulatorio por consumo principalmente de opiáceos es de 33 años y casi todos los países han registrado un aumento desde 2003 ([123]). Las mujeres, los consumidores de opiáceos que inician un tratamiento por primera vez y los de los Estados miembros que pertenecen a la UE desde 2004 son de media más jóvenes que los demás.

Las mujeres que consumen drogas se señalan como grupo especialmente vulnerable. En general, la proporción entre hombres y mujeres entre los pacientes en tratamiento por consumo de opiáceos es de 3,5:1, aunque la proporción de mujeres en tratamiento por consumo de opiáceos es más elevada en los países septentrionales (por ejemplo, Suecia y Finlandia) y más baja en los países meridionales (por ejemplo, Grecia, Italia y Portugal) ([124]).

Los consumidores de opiáceos que inician un tratamiento registran tasas más elevados de desempleo y niveles más bajos de educación que los demás pacientes (véase el capítulo 2). Los pacientes que consumen opiáceos registran niveles más elevados de trastornos psiquiátricos; por ejemplo, un estudio italiano mostró que la mayoría (72 %) de los pacientes en tratamiento de drogodependencia con comorbilidad psiquiátrica eran consumidores principalmente de opiáceos ([125]).

Casi todos los consumidores de opiáceos que inician un tratamiento declaran haber iniciado su consumo antes de los 30 años de edad y alrededor de la mitad de ellos antes de los 20 años. Asimismo, se señala un lapso de tiempo medio de ocho años entre el primer consumo de opiáceos y el primer contacto con los tratamientos de la drogodependencia ([126]).

Oferta de tratamiento y cobertura

La mayoría de tratamientos para los consumidores de opiáceos se realiza en entornos ambulatorios que pueden ser centros especializados, médicos de cabecera o centros de bajo umbral (véase el capítulo 2). Los centros en régimen de ingreso también desempeñan un papel importante de los sistemas de tratamiento de la drogodependencia en unos pocos países, concretamente en Bulgaria, Grecia, Finlandia y Suecia ([127]). El abanico de opciones disponible en Europa para el tratamiento de la dependencia de los opiáceos es amplio y cada vez más diferenciado, aunque varía geográficamente en términos de accesibilidad y cobertura. Se ofrecen tratamientos sin droga y tratamientos sustitutivos de los opiáceos en todos los Estados miembros de la UE, así como en Croacia y Noruega. En Turquía, actualmente se estudia la futura administración del tratamiento de sustitución.

Los tratamientos sin droga constituyen un enfoque terapéutico que exige en general la abstención del consumo de cualquier sustancia, incluida la que se use como medicación de sustitución. Los pacientes participan en actividades diarias y reciben apoyo psicológico intensivo. Aunque los tratamientos sin droga pueden administrarse tanto en centros en régimen ambulatorio como en régimen de ingreso, lo más común en los Estados miembros de la UE son los programas residenciales que aplican principios de terapia comunitaria o el modelo de Minnesota.

Los tratamientos de sustitución, generalmente integrados en la atención psicosocial, se administran típicamente en centros especializados en régimen ambulatorio. Trece países notifican la posibilidad de que los médicos de familia administren tratamientos de sustitución (véase el gráfico 11). En la República Checa, Francia, los Países Bajos, Portugal, el Reino Unido y Croacia,

Gráfico 11: Administración de tratamientos de sustitución de opiáceos en los consultorios de medicina general.

N.B.: El porcentaje de pacientes de los tratamientos de sustitución que reciben tal tratamiento en consultorios de medicina general locales aparece indicado en el mapa.
Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

([123]) Véanse los cuadros TDI-10, TDI-32 y TDI-103 del boletín estadístico de 2009.
([124]) Véanse los cuadros TDI-5 y TDI-21 del boletín estadístico de 2009.
([125]) Véase también el recuadro «Comorbilidad: consumo de drogas y trastornos mentales».
([126]) Véanse los cuadros TDI-11, TDI-33, TDI-107 y TDI-109 del boletín estadístico de 2009.
([127]) Véase el cuadro TDI-24 del boletín estadístico de 2009.

cualquier médico de familia puede dispensar tratamientos de sustitución, mientras que en Alemania. Austria, Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Luxemburgo y Noruega sólo el personal específicamente formado o acreditado puede administrar este tipo de tratamiento. Una serie de países declaran que, gracias a la mejora de la cobertura geográfica, la reducción de los tiempos de espera y el mayor acceso a los tratamientos, la participación de los médicos de familia ha contribuido a facilitar la disponibilidad y la cobertura de los tratamientos de sustitución (Alemania, Austria, República Checa, Francia y Reino Unido).

Según las estimaciones de algunos expertos, la disponibilidad de los tratamientos sustitutivos de los opiáceos es relativamente elevada en 16 países, donde se encuentra disponible para al menos la mitad de los consumidores de opiáceos (capítulo 2). En tales países, el tratamiento sin droga es el tratamiento de elección de entre el 10 y el 25 % de los consumidores de opiáceos. Se estima que en otros diez países sólo una pequeña parte de los consumidores de opiáceos tienen acceso a los tratamientos de sustitución (Estonia, Grecia, Letonia, Lituania, Hungría, Polonia, Rumanía, Eslovaquia, Finlandia, Noruega). Ello podría explicarse porque el tratamiento sin drogas constituye el tratamiento de elección, especialmente para los pacientes más jóvenes o que inician un tratamiento por primera vez, o bien por las dificultades existentes para acceder a los tratamientos de sustitución. En Grecia, por ejemplo, el tiempo de espera para recibir un tratamiento de sustitución de los opiáceos es de media superior a los tres años.

La atención psicosocial se considera un servicio esencial para garantizar la eficacia de los tratamientos de sustitución. Según las estimaciones de los expertos, se ofrece a casi todos los pacientes en tratamiento de sustitución en siete países (Grecia, Italia, Letonia, Portugal, Rumanía, Eslovaquia y Reino Unido) y a la mayoría de ellos en otros 14 países más. En cuatro países (Estonia, Luxemburgo, Hungría y Países Bajos) se estima que únicamente se ofrece a una minoría de los pacientes en tratamiento de sustitución.

En 2007 se estimaba que el número total de pacientes que recibían tratamiento de sustitución en la UE, Croacia y Noruega era de alrededor de 650 000, desde los 560 000 de 2005 y los 500 000 de 2003. Los datos disponibles señalan un aumento en todos los países excepto en España, donde el número de pacientes que reciben tratamiento de sustitución ha estado disminuyendo desde 2002, y Francia, Luxemburgo, Hungría y los Países Bajos, donde se registran pequeñas disminuciones o cifras estables. Entre los países que han ampliado su oferta de tratamiento de sustitución, los tasas de aumento más elevadas se han observado en Estonia, donde el número de pacientes aumentó en cinco años de 60 a más de 1 000, y Bulgaria, donde el número de plazas para recibir este tipo de tratamiento aumentó desde las 380 en 2003 hasta cerca de 3 000 en 2007. El número de pacientes en tratamiento de sustitución también se ha duplicado con creces entre 2003 y 2007 en la República Checa, Letonia, Finlandia y Noruega, mientras que en Grecia, Polonia, Portugal, Rumanía y Suecia se registran aumentos que superan el 40 %.

Una simple comparación de las estimaciones del número de consumidores problemáticos de opiáceos y el número de tratamientos administrados revela que más del 40 % podría estar recibiendo tratamiento de sustitución. No obstante, ninguno de los dos conjuntos de datos son lo suficientemente precisos, y esta estimación debería considerarse con precaución. Las comparaciones son difíciles por el mismo motivo, aunque los datos disponibles indican que la proporción de consumidores problemáticos de opiáceos que reciben tratamiento de sustitución difiere considerablemente entre países, donde las tasas estimadas oscilan entre el 5 y el 50 % ([128]).

La mayoría de los pacientes en tratamiento de sustitución en Europa reciben metadona (el 70 %), pero el número de países donde ésta constituye la única sustancia recetada está disminuyendo y la buprenorfina se encuentra ahora disponible en todos los Estados miembros de la UE excepto en cuatro (Bulgaria, España, Hungría y Polonia). En la República Checa, Francia, Letonia y Suecia, se receta buprenorfina a más del 50 % de los pacientes en tratamiento de sustitución. Otras opciones incluyen la morfina de liberación lenta (en Bulgaria, Austria y Eslovenia) y la codeína (en Alemania, Austria y Chipre). En 2006 se aprobó una nueva combinación buprenorfina-naxolona para el mercado de la UE y desde entonces parece haberse introducido en 11 países. Seis países europeos también ofrecen tratamiento asistido por heroína a los consumidores que no se benefician de forma suficiente de otros tratamientos.

Eficacia, calidad y normas de tratamiento

Algunas revisiones de ensayos controlados aleatorios y de estudios observacionales llegan a la conclusión de que tanto el tratamiento con metadona como el tratamiento con buprenorfina pueden ser eficaces para controlar la dependencia de los opiáceos. En general, este tipo de tratamiento se ha vinculado a toda una serie de resultados positivos, tales como retención en tratamiento, la reducción del consumo ilegal y por vía

([128]) Véase el gráfico HSR-1 del boletín estadístico de 2009.

parenteral de opiáceos, la reducción de la mortalidad y los comportamientos delictivos y la estabilización o mejora de las condiciones de salud y sociales de los consumidores crónicos de heroína. Por otra parte, algunos estudios controlados aleatorios recientes han mostrado que el tratamiento asistido con heroína reduce el consumo de drogas ilegales, mejora la salud física y mental y atenúa la comisión de delitos por parte de los pacientes considerados difíciles de tratar o con los que han fracasado otras modalidades de tratamiento.

Las intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas combinadas con la farmacoterapia también han demostrado ser eficaces en los estudios de los resultados de los tratamientos (Schulte *et al.*, 2008). Estas estrategias tienen por objeto aumentar la motivación para iniciar un tratamiento, impedir las recaídas y reducir los daños. Asimismo, pueden proporcionar asesoramiento y asistencia práctica a los pacientes que tienen que hacer frente a problemas relacionados con el alojamiento, el empleo y la familia paralelamente al tratamiento de su dependencia de los opiáceos.

La OMS (2009) ha desarrollado recientemente un conjunto de requisitos mínimos y orientaciones internacionales para el tratamiento farmacológico con asistencia psicosocial de las personas dependientes de los opiáceos. Este documento es una respuesta a una resolución del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (Ecosoc) y se basa en revisiones sistemáticas de la literatura científica, así como en consultas con una serie de renombrados expertos de diferentes partes del mundo. La mayoría de los países europeos también ha desarrollado orientaciones para el tratamiento de sustitución (véase el capítulo 2).

Capítulo 7
Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas

Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

Las enfermedades infecciosas como el VIH y la hepatitis B y C se encuentran entre las consecuencias más graves para la salud derivadas del consumo de droga. Incluso en los países donde la prevalencia del VIH en consumidores de droga por vía parenteral es baja, otras enfermedades infecciosas como la hepatitis A, B y C, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, tétanos, botulismo y el virus linfotrópico humano de células T pueden afectar de manera desproporcionada a los consumidores de droga. El OEDT lleva a cabo un seguimiento sistemático del VIH y de la hepatitis B y C entre los consumidores de droga por vía parenteral (prevalencia de anticuerpos u otros marcadores específicos en el caso de la hepatitis B) ([129]).

VIH y sida

A finales de 2007, la incidencia de infecciones por 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 se muestra relativamente positiva en un contexto global. Esto, al menos en parte, puede ser consecuencia de la mayor oferta de medidas de prevención, tratamiento y reducción de daños, incluidos los tratamientos de sustitución y los programas de intercambio de agujas y jeringuillas. También pueden haber desempeñado un papel importante otros factores, como el descenso del consumo de drogas por vía parenteral del que informan algunos países. Sin embargo, en algunas partes de Europa, los datos indican que la transmisión del virus del VIH vinculada al consumo de droga por vía parenteral continuó a niveles relativamente elevados durante 2007, lo que subraya la necesidad de garantizar la cobertura y la eficacia de las iniciativas locales de prevención.

Tendencias en la infección por VIH

Los datos sobre nuevos casos notificados vinculados con el consumo de droga por vía parenteral en 2007 indican que las tasas de infección aún siguen descendiendo en términos generales en toda la Unión Europea tras el nivel máximo alcanzado en 2001-2002, que se debió a una serie de brotes en Estonia, Letonia y Lituania ([130]). En 2007, la tasa general de nuevas infecciones notificadas entre consumidores por vía parenteral en los 24 Estados miembros de la UE que facilitaron datos nacionales fue de 4,7 casos por millón de habitantes, ligeramente por debajo de los 5 casos por millón de habitantes de 2006 ([131]). De los tres países que indicaron las mayores tasas de nuevas infecciones notificadas, Portugal y Estonia siguieron con su tendencia a la baja, aunque en Portugal esta tendencia parece haberse estabilizado. Por el contrario, en Letonia se notificó un aumento desde los 47,1 casos por millón de habitantes de 2006 a 58,7 casos por millón en 2007 (gráfico 12).

En general, no se observaron tendencias significativas de nuevos casos de infección por VIH entre 2002 y 2007, y

Gráfico 12: Tendencias en cinco Estados miembros de la UE con elevadas tasas de nuevas infecciones de VIH notificadas entre los consumidores de drogas por vía parenteral

N.B.: En Estonia el valor de 2002 queda fuera de la escala (516 casos por millón). Para más información, véase el cuadro INF-104 del boletín estadístico de 2009.
Fuentes: ECDC y OMS Europa.

([129]) Para más información sobre métodos y definiciones, véase el boletín estadístico de 2009.
([130]) Véase el cuadro INF-104 del boletín estadístico de 2009.
([131]) Los datos nacionales de España, Italia y Austria no se encuentran disponibles.

las tasas notificadas siguen siendo bajas. No obstante, en Bulgaria y Suecia, la tasa de nuevas infecciones notificadas aumentó (concretamente de 0,3 nuevos casos por millón de habitantes en 2002 a 5,6 casos en 2007 en Bulgaria, y en Suecia de 3,5 nuevos casos por millón en 2002 a un pico de 6,7 casos en 2007, antes de volver a los niveles anteriores en 2008), lo que indica el continuo potencial de la contracción de nuevas infecciones de VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral.

Los datos de tendencia obtenidos mediante el seguimiento de la prevalencia del VIH en muestras de consumidores por vía parenteral suponen una importante aportación a los datos recabados gracias a la notificación de casos de VIH. Durante el periodo 2002-2007, 25 países aportaron datos de prevalencia ([132]). Durante este periodo, la prevalencia del VIH no sufrió modificaciones en 11 países. En seis países (Alemania, Bulgaria, España, Italia, Letonia y Portugal) la prevalencia mostró descensos estadísticamente significativos, todos basados en muestras nacionales. Sin embargo, dos de ellos notificaron incrementos regionales: en Bulgaria, en la ciudad de Sofía, y en Italia, en tres de 21 regiones. En dos países (Lituania y Polonia) la prevalencia mostró aumentos estadísticamente significativos, en ambos casos sobre la base de muestras nacionales.

La comparación de las tendencias de nuevos casos de infecciones notificados vinculados al consumo de droga por vía parenteral con las tendencias de la prevalencia del VIH entre consumidores por vía parenteral indica que la incidencia de las infecciones de VIH en relación con el consumo por vía parenteral está disminuyendo en la mayoría de los países a escala nacional.

No obstante, la elevada tasa anual de nuevos diagnósticos de VIH relacionados con el consumo de droga por vía parenteral en Estonia, Letonia y Portugal indica que en estos países los niveles de transmisión siguen siendo relativamente elevados, aunque las tasas en Estonia y Portugal están disminuyendo. En el caso de Estonia, la reciente transmisión se encuentra respaldada por los datos de prevalencia de 2005, que indican que alrededor de una tercera parte de los nuevos consumidores por vía parenteral (que se inyectaban droga desde hacía menos de dos años) eran seropositivos. Los informes de altos niveles de prevalencia de más del 5 % entre consumidores jóvenes (muestras de 50 o más consumidores por vía parenteral menores de 25 años) en varios países ofrecen información adicional sobre la transmisión actual del VIH: España (datos nacionales, 2006), Francia (cinco ciudades, 2006), Estonia (dos regiones, 2005), Lituania (una ciudad, 2006) y Polonia (una ciudad, 2005) ([133]).

Incidencia del sida y acceso a la terapia HAART

La información sobre la incidencia del sida, aunque no resulta un buen indicador de la transmisión del VIH, tiene relevancia a la hora de mostrar la aparición de enfermedades sintomáticas. Las elevadas tasas de incidencia del sida en algunos países europeos podrían ser un indicio de que muchos consumidores por vía parenteral infectados con el virus del VIH no acceden a terapia antirretroviral de gran actividad HAART en una fase lo suficientemente temprana de su infección para obtener el máximo beneficio del tratamiento.

Estonia es el país con la mayor incidencia del sida vinculada al consumo de droga por vía parenteral,

El VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la Unión Europea y sus países vecinos: tendencia al alza en el Este

La epidemia del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral sigue una evolución diferenciada en Europa. En los países de la Unión Europea, las tasas de diagnóstico de nuevos casos de infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral permanecen más o menos estables y en niveles bajos o en declive. Sin embargo, en muchas de las ex Repúblicas Soviéticas las tasas aumentaron en 2007 (Wiessing *et al.*, 2008b), lo que indica que las medidas de prevención existentes podrían resultar insuficientes y precisar de estrategias de refuerzo.

En los países orientales donde se observó un declive desde el nivel máximo alcanzado en 2001 (Rusia, Belarús), se han registrado nuevos aumentos en los últimos años. En 2007, las tasas de diagnóstico de nuevos casos de infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral oscilaban entre cero en Turkmenistán y 80 casos por millón de habitantes en Kazajstán y 152 casos por millón en Ucrania. La cifra más reciente registrada en Rusia es de 78 casos por millón en 2006.

En términos absolutos, Ucrania notificó el mayor número de nuevos casos diagnosticados de infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en 2007 (7 087 casos), seguida de Uzbekistán (1 816 casos) y Kazajstán (1 246 casos), mientras que en 2006 Rusia había notificado 11 161 casos. Otras ex Repúblicas Soviéticas, con cifras y tasas en general inferiores, muestran una tendencia al alza de los casos notificados, lo que indica el posible desarrollo de la epidemia entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Entre estos países se encuentran Azerbaiyán, Belarús, Georgia, Kirguistán, Moldova y Tayikistán.

([132]) Véase el cuadro INF-108 del boletín estadístico de 2009.
([133]) Véanse los cuadros INF-109 y INF-110 del boletín estadístico de 2009.

Prevalencia de la hepatitis C como posible indicador del riesgo de contraer VIH a través del consumo por vía parenteral

Un grupo de expertos en modelos y epidemiólogos reunidos por el OEDT ha examinado la posibilidad de utilizar la información relativa a la prevalencia del virus de la hepatitis C (VHC) entre los consumidores de drogas por vía parenteral como indicador del riesgo de transmisión del VIH. El VHC se transmite cuando se comparten agujas de forma análoga al VIH. Como el VHC es mucho más transmisible, podría revelar el nivel general de comportamiento de riesgo, sobre todo por el hecho de compartir agujas y material de inyección y el cambio de pareja consumidora por vía parenteral, en poblaciones de consumidores de drogas por vía parenteral en las que el VIH aún no se ha propagado.

El análisis de parejas de datos de prevalencia del VHC y el VIH ha mostrado que una prevalencia del VHC entre consumidores de drogas por vía parenteral de hasta el 30 % (con un intervalo de confianza del 95 %, 21-38 %) se asocia con una prevalencia nula o una escasa prevalencia del VIH. A niveles más elevados de prevalencia del VHC, se encontró una relación lineal entre la prevalencia del VIH y el VHC, y las series de datos temporales indican que la prevalencia de VIH observada aumenta a un ritmo de aproximadamente el 50 % de la tasa de la prevalencia del VHC.

Estos hallazgos sugieren que la prevalencia del VHC podría utilizarse para ayudar a desarrollar estrategias de prevención e intervenciones de reducción de daños específicas para los consumidores de drogas por vía parenteral. Por otra parte, también podría utilizarse para evaluar el riesgo de propagación del VIH en países donde la prevalencia de este virus entre los consumidores de drogas por vía parenteral es aún baja.

Fuente: Vickerman *et al.* (presentado).

con aproximadamente 33,5 nuevos casos por millón de habitantes en 2007 frente a los 17,1 casos por millón registrados en 2006. También se han registrado niveles relativamente elevados de incidencia de sida en Letonia, España, Portugal y Lituania, con 13,2, 8,8, 8,6 y 6,2 nuevos casos por millón de habitantes, respectivamente. Entre estos cuatro países, España, Letonia y Portugal registran una tendencia a la baja, lo que no es el caso de Lituania ([134]).

Hepatitis B y C

Mientras que sólo en algunos Estados miembros de la UE se registran altos niveles de prevalencia de infección por VIH, la hepatitis vírica, y particularmente la infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC), presenta una prevalencia mucho mayor en consumidores por vía parenteral en toda Europa. Los niveles de anticuerpos de VHC en las muestras nacionales de consumidores por vía parenteral en 2006-2007 varían desde alrededor de un 18 hasta un 95 %, aunque la mitad de los países notifican generalmente niveles superiores al 40 %. Tres países (Bulgaria, República Checa y Eslovenia) notifican una prevalencia inferior al 25 % en muestras nacionales de consumidores por vía parenteral ([135]); sin embargo, las tasas de infección a este nivel siguen constituyendo un importante problema para la 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 el Reino Unido, los estudios locales realizados muestran que los niveles se sitúan entre un 29 y un 60 %, mientras que en Italia diferentes estimaciones regionales oscilan entre el 36 y el 92 %.

Estudios recientes (2006-2007) muestran una amplia variación de los niveles de prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral menores de 25 años y los consumidores que empezaron a consumir droga por vía parenteral menos de dos años atrás, lo que revela la existencia de diferentes niveles de incidencia del VHC en estos grupos de población en Europa ([136]). No obstante, estos estudios también indican que muchos consumidores por vía parenteral contraen el virus en una fase temprana de su trayectoria de consumo y, por consiguiente, existe sólo un breve margen de tiempo para poner en marcha medidas de prevención del VHC.

La prevalencia de los anticuerpos del virus de la hepatitis B (VHB) también varía en gran medida, posiblemente debido en parte a las diferencias en los niveles de vacunación, aunque también pueden desempeñar un importante papel otros factores.
La serie de datos más completa disponible es la relativa al anticuerpo contra el antígeno *core* de la hepatitis B (anti-HBc), que indica que ha habido infección.
En 2006-2007, tres de los diez países que aportaron datos sobre consumidores por vía parenteral registraron unos niveles de prevalencia de anti-HBc superiores al 40 % ([137]).

Las tendencias temporales en relación con los casos notificados de hepatitis B y C muestran panoramas

([134]) Véase el gráfico INF-1 del boletín estadístico de 2009.
([135]) Véanse los cuadros INF-111 a INF-113 del boletín estadístico de 2009.
([136]) Véase el gráfico INF-6 (parte ii) y (parte iii) del boletín estadístico de 2009.
([137]) Véase el cuadro INF-115 del boletín estadístico de 2009.

distintos y difíciles de interpretar. No obstante, se pueden obtener algunas indicaciones sobre la epidemiología de estas infecciones a partir de la proporción de consumidores por vía parenteral entre todos los casos notificados cuyos factores de riesgo se conocen (Wiessing *et al.*, 2008a). En relación con la hepatitis B, la proporción de consumidores por vía parenteral disminuyó entre 2002 y 2007 en cuatro de 17 países. En el caso de la hepatitis C, la proporción de consumidores por vía parenteral entre los casos notificados disminuyó en siete países entre 2002 y 2007, pero aumentó en otros cuatro (República Checa, Luxemburgo, Malta y Reino Unido) ([138]).

Prevención y respuesta a las enfermedades infecciosas

Diecisiete Estados miembros de la Unión Europea y Turquía notifican que la prevención de las enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas forma parte de su estrategia nacional de lucha contra la droga, y otros seis países notifican que tal prevención es objeto de una estrategia específica. Diez de estos 23 países también notifican la existencia de estrategias para prevenir las enfermedades infecciosas a escala local o regional.

Los Estados miembros responden a la propagación de las enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas a través de una combinación de enfoques, entre los que se incluye el tratamiento de la drogodependencia; el acceso a jeringuillas y agujas estériles y actividades basadas en la comunidad local que ofrecen información, educación, la realización de pruebas e intervenciones conductuales, a menudo a través de centros de proximidad o de bajo umbral. Expertos de 27 países informaron del grado de prioridad concedido a determinadas intervenciones específicas para impedir la contracción de enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas ([139]). El acceso a material de inyección estéril a través de programas de intercambio de agujas y jeringuillas se registra como prioridad en 23 países, la realización de pruebas y el asesoramiento en relación con las enfermedades infecciosas es una prioridad en 16 países y la difusión de información, educación y materiales de comunicación constituye una prioridad en 14 países.

El acceso a jeringuillas estériles constituye la prioridad más frecuentemente notificada, como mostró un ejercicio análogo realizado en 2005. Un mayor número de países califican ahora como prioritarias las iniciativas de asesoramiento y realización de pruebas en relación con las enfermedades infecciosas, así como los programas específicos de vacunación contra la hepatitis.

Tratamiento de los consumidores de drogas por vía parenteral con hepatitis C crónica

Hasta el 30 % de los pacientes con hepatitis C crónica sin tratar desarrollarán cirrosis en un plazo de 30 años y los costes del tratamiento de las enfermedades hepáticas en su fase terminal son considerables (Jager *et al.*, 2004). Para reducir la carga de la hepatitis C en Europa, resulta esencial promover y ampliar el acceso al tratamiento al grupo de pacientes más amplio, a saber, portadores crónicos del virus que consumen drogas por vía parenteral.

Los tratamientos actuales para la hepatitis C crónica (terapias combinadas de seis a doce meses de duración con interferón de larga duración y ribavirina) son eficaces en más del 50 % de los pacientes que logran una respuesta viral sostenida. Aunque el número de estudios de larga duración sigue siendo limitado, las investigaciones realizadas han mostrado un buen cumplimiento y el éxito de los tratamientos antivirales administrados a los consumidores de drogas por vía parenteral (por ejemplo, Moussalli *et al.*, 2007). También se ha observado la rentabilidad del tratamiento de la hepatitis C en los centros penitenciarios (Sutton *et al.*, 2008) y la seguridad y eficacia del tratamiento administrado a los consumidores de drogas con trastornos de comorbilidad psiquiátrica (Loftis *et al.*, 2006).

Sin embargo, el acceso de los consumidores de drogas a los tratamientos de la hepatitis C sigue siendo bajo. Entre las razones que lo explicarían podrían aducirse una capacidad de tratamiento insuficiente, la falta de información sobre las opciones de tratamiento o la escasa prioridad concedida a los consumidores de drogas. Diversos países de la UE, como Alemania, Dinamarca, Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, han revisado en los últimos años sus políticas para ampliar el acceso a las pruebas y el tratamiento de los portadores crónicos del virus de la hepatitis C que consumen drogas por vía parenteral.

La terapia de la hepatitis C en el contexto de la drogodependencia resulta a veces complicada, pero puede mejorar con una gestión clínica cuidadosamente planificada y organizada y con la cooperación de los pacientes tras su consenso informado. La existencia de equipos multidisciplinares capaces de abordar la problemática de la drogodependencia, los tratamientos hepáticos y los trastornos de comorbilidad psiquiátrica mejora los resultados de los tratamientos (Grebely *et al.*, 2007).

([138]) Véanse los cuadros INF-105 y INF-106 del boletín estadístico de 2009.
([139]) Véase el cuadro HSR-6 del boletín estadístico de 2009.

Intervenciones

Las investigaciones realizadas han mostrado que el tratamiento continuado se asocia a la reducción del consumo por vía parenteral y los riesgos de comportamiento conexos y, por ende, con la protección de la infección por VIH. En la mayoría de los países europeos, las intervenciones de reducción de daños y la administración de tratamiento han aumentado considerablemente desde mediados del decenio de 1990 (Hedrich *et al.*, 2008b). El tratamiento de sustitución de opiáceos se encuentra disponible en todos los Estados miembros, Croacia y Noruega, pero en diversos países la oferta de este tipo de intervención sigue siendo limitada (capítulos 2 y 6).

Los expertos nacionales estiman que el año pasado se prestó un servicio de asesoramiento individualizado sobre las enfermedades infecciosas a casi la totalidad de los consumidores problemáticos de drogas en 17 países ([140]). En 12 países también se prestó ese tipo de servicio para las pruebas del VHC y algunos expertos de 11 países declararon que los consumidores de drogas más problemáticos recibieron asesoramiento práctico y formación sobre un consumo por vía parenteral más seguro el pasado año. La vacuna de la hepatitis B se incluye en los programas rutinarios de vacunación de 21 de los 28 países que facilitaron datos al respecto, y en 17 países también existían programas de vacunación específicos dirigidos a los consumidores de drogas en la comunidad local. En 17 países se declaró la existencia de iniciativas de educación sanitaria para los consumidores de drogas en las que participaron educadores en actividades de aprendizaje entre iguales.

Existen programas de intercambio de agujas y jeringuillas en todos los Estados miembros de la UE, Croacia y Noruega. No obstante, en 2007 este tipo de programa se utilizó muy poco en Chipre. En 15 países, se estima que la mayoría de los consumidores de drogas por vía parenteral recibieron jeringuillas de este tipo de programa durante los últimos 12 meses en al menos una ocasión. En 11 países, únicamente una minoría de consumidores por vía parenteral recibió jeringuillas durante el mismo periodo de tiempo, a pesar de que nueve de estos países indicaron la dotación de material de inyección estéril como medida prioritaria para impedir la propagación de enfermedades infecciosas.

El número de jeringuillas suministradas a través de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas aumentó entre 2005 y 2007 en 18 de los 26 países para los que se dispone de datos. El número de jeringuillas repartidas anualmente por consumidor varía considerablemente, desde la situación de, por ejemplo, Croacia y Lituania, con alrededor de 50 jeringuillas por usuario del programa de intercambio de agujas y jeringuillas, hasta la de Finlandia, con 200 jeringuillas, o la de Rumanía, con 300 jeringuillas en 2007 ([141]).

El número total de jeringuillas distribuidas en 2007 fue un 33 % superior al del año 2003 en 14 países para los que se dispone de datos o estimaciones fiables. Durante este periodo se notificó un aumento en Bélgica, Bulgaria, la República Checa, Estonia, Hungría, Austria, Eslovaquia y Finlandia. El número de jeringuillas suministradas en Letonia siguió siendo el mismo, mientras que se notificó una disminución en España, Lituania, Luxemburgo, Portugal y Polonia.

Los datos procedentes de 15 países muestran que, en 2007, más de 125 000 personas han tenido acceso a centros en los que se aplicaban programas de intercambio de agujas y jeringuillas ([142]). Sin embargo, no se dispone de información sobre el acceso de usuarios en cuatro de los Estados miembros de la UE más grandes (Alemania, España, Italia y el Reino Unido). Una encuesta nacional realizada en los 120 centros franceses de reducción de daños «CAARUD» mostró que sus servicios fueron utilizados por alrededor de 40 000 personas en 2007 (Toufik *et al.*, 2008). En 2008 se puso en marcha en el Reino Unido un nuevo sistema de supervisión del intercambio de agujas.

Los centros de bajo umbral pueden ofrecer la oportunidad de prestar servicios de atención sanitaria primaria y aplicar intervenciones de reducción de daños a las poblaciones más inaccesibles. Una reciente evaluación de los centros de bajo umbral donde se prestan servicios sanitarios dirigidos a los consumidores de drogas por vía parenteral en Finlandia llegó a la conclusión de que esta combinación de servicios había desempeñado un papel significativo en la prevención de las enfermedades infecciosas. Asimismo, se consideraba una innovación rentable, capaz de ponerse en marcha en el marco de la restrictiva política nacional en materia de drogas (Arponen *et al.*, 2008).

Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas también pueden desempeñar un papel en la promoción de la salud. En 20 países se ofrece formación sobre promoción de la salud sobre la base de currículos oficiales o manuales de formación al personal de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas y en otros nueve a los farmacéuticos. En 11 Estados

([140]) Expertos de 26 países de la UE, Turquía y Noruega calificaron el nivel de prestación de determinados servicios a los consumidores de drogas.
([141]) Véase el cuadro HSR-5 (parte i) y (parte ii) del boletín estadístico de 2009.
([142]) Véase el cuadro HSR-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.

miembros de la UE existen orientaciones de trabajo en entornos de bajo umbral, que abordan temas como la detección de enfermedades infecciosas, el intercambio de jeringuillas, el trabajo de proximidad y la formación por iguales.

Muertes relacionadas con las drogas y mortalidad

El consumo de drogas es una de las principales causas de problemas de salud y de muerte entre los jóvenes en Europa. Lo anterior queda reflejado en un estudio internacional subvencionado por el OEDT, que detectó que en siete áreas urbanas europeas, de un 10 a un 23 % de la mortalidad entre personas de entre 15 y 49 años podía atribuirse al consumo de opiáceos (Bargagli *et al.*, 2005).

La mortalidad en relación con las drogas incluye las muertes directamente causadas por la acción farmacológica de una o varias sustancias (muertes provocadas por las drogas) y las muertes indirectamente causadas por el consumo de drogas, a menudo con otros factores concomitantes (como los accidentes). Las causas conocidas de las muertes incluyen la toxicidad aguda, los accidentes de tráfico, sobre todo cuando las drogas se consumen junto con alcohol (OEDT, 2007c), la violencia, el suicidio entre personas vulnerables, o las enfermedades crónicas derivadas del consumo continuado (por ejemplo, problemas cardiovasculares en los consumidores de cocaína). Mientras la mayoría de las muertes relacionadas con las drogas se producen entre consumidores problemáticos de drogas, algunas también se producen entre otros grupos de consumidores de drogas, como el de los consumidores ocasionales ([143]).

Muertes inducidas por drogas

La definición de muertes inducidas por drogas del OEDT hace referencia a las muertes causadas directamente (sobredosis) por el consumo de una o más drogas, de las que al menos una es una droga ilegal. El número de

Gráfico 13: Tasas de mortalidad por drogas entre la población adulta (15 a 64 años)

N.B.: Para la República Checa se utilizó, en lugar de la definición nacional, la definición del OEDT según la Selección D; en el caso del Reino Unido se utilizó la definición de la estrategia de lucha contra la droga; en el caso de Rumanía, los datos hacen referencia sólo a Bucarest y a varios distritos en el área de competencia del Laboratorio Toxicológico de Bucarest; en el caso de Portugal, los datos incluyen todos los casos en los que se identificó presencia de drogas ilegales en las autopsias y es probable que se produzca una sobreestimación en comparación con la Selección D. Los cálculos de las tasas de mortalidad se basan en los datos nacionales sobre población de 2006 extraídos de Eurostat. Las comparaciones entre las tasas de población deberían realizarse con precaución, dado que existen diferencias en las definiciones de caso y en la calidad de los informes. Para más información sobre los datos, véase el gráfico DRD-7 (parte i) del boletín estadístico de 2009.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2008), extraídos de los registros de mortalidad general o registros especiales (forenses o policiales) y de Eurostat.

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

muertes puede estar influido por factores como la prevalencia y las pautas del consumo de drogas (por vía parenteral, policonsumo), la edad y las posibles comorbilidades de los consumidores de drogas, así como la disponibilidad de tratamiento y servicios de urgencias.

Las mejoras en la fiabilidad de los datos europeos han permitido optimizar las descripciones de las tendencias generales y europeas, y la mayoría de los países ha adoptado entretanto una definición de caso que se corresponde con la del OEDT ([144]). No obstante, las diferencias existentes entre países en relación con la calidad del establecimiento de los casos y la notificación de los mismos a los registros de mortalidad nacional y al OEDT hacen que las comparaciones deban realizarse de forma prudente.

Según los informes de los Estados miembros de la UE, Croacia, Noruega y Turquía, durante el periodo 1990-2006 se produjeron entre 6 400 y 8 500 muertes anuales inducidas por drogas, sumando en total más de 135 000 muertes. En 2006, el Reino Unido y Alemania acumularon la mitad de todas las muertes notificadas. Las tasas de mortalidad de la población debidas a muertes inducidas por drogas son muy diversas en los distintos países europeos y oscilan entre 3 y 85 muertes por millón de habitantes con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años (una media de 22 muertes por millón en Europa). Se han registrado tasas de más de 20 muertes por millón en 17 de 30 países europeos y de más de 40 muertes por millón en seis países (gráfico 13). Entre los europeos de edades comprendidas entre los 15 y los 39 años, la sobredosis fue la causa del 4 % de todas las muertes ([145]).

Muertes relacionadas con opiáceos

Heroína

Los opiáceos, principalmente la heroína o sus metabolitos, intervienen en la mayoría de las muertes provocadas por las drogas notificadas en Europa. En los 22 países que facilitaron datos, los opiáceos representaron el 35 % de casi el 100 % de los casos, y 11 de estos países notificaron proporciones superiores al 85 % ([146]). Además de la heroína los informes toxicológicos detectan la presencia de otras sustancias. Las más frecuentes son el alcohol, las benzodiazepinas, otros opiáceos y, en algunos países, la cocaína. Estos datos revelan que una proporción considerable de todos los fallecimientos inducidos por drogas pueden estar relacionados con el policonsumo.

En la mayoría de los casos las muertes por sobredosis que se producen en Europa afectan a los hombres (82 %). En la mayor parte de los países la edad media de los fallecidos por sobredosis es de alrededor de 35 años, y en muchos casos está aumentando, lo que indica una posible estabilización o reducción del número de consumidores de heroína jóvenes. En general, el 14 % de las muertes por sobredosis notificadas en Europa se producen entre los jóvenes menores de 25 años, aunque en Bulgaria, Austria y algunos países que notifican un número reducido de muertes provocadas por las drogas (Malta, Chipre, Eslovaquia, Rumanía) más de un tercio de las muertes por sobredosis se producen en este grupo de edad. Ello podría indicar la existencia de una población más joven de consumidores de heroína o de drogas por vía parenteral en estos países ([147]).

Algunos factores asociados con las sobredosis de heroína incluyen el consumo por vía parenteral y consumo simultáneo de otras sustancias, especialmente alcohol, benzodiazepinas y algunos antidepresivos, así como la comorbilidad, haber experimentado otras sobredosis y el consumo de drogas en solitario (Gobierno escocés, 2008). El periodo inmediatamente posterior a la excarcelación o el alta de tratamientos de drogodependencia se identificó como un periodo de riesgo especialmente elevado de sobredosis.

Se estima que por cada sobredosis que termina en muerte podrían producirse entre 20 y 25 sobredosis no mortales, pero sus consecuencias resultan en gran medida desconocidas. El OEDT está realizando una revisión crítica de los factores de riesgo asociados y las posibles intervenciones en este ámbito.

Metadona y buprenorfina

Algunas investigaciones indican que el tratamiento de sustitución de opiáceos reduce el riesgo de muerte por sobredosis. No obstante, todos los años se notifica una serie de muertes asociadas a las sustancias presentes en los tratamientos de sustitución (metadona o buprenorfina), la mayoría de ellas debido a un uso indebido o, en menor medida, a complicaciones surgidas durante el tratamiento.

Varios países han señalado la presencia de metadona en un porcentaje importante de muertes inducidas por

([144]) Para una información metodológica detallada, véase el boletín estadístico de 2009.
([145]) Véase el gráfico DRD-7 (parte i) y los cuadros DRD-5 (parte ii) y DRD-107 (parte i) del boletín estadístico de 2009.
([146]) La mayoría de casos notificados al OEDT se refieren a sobredosis por opiáceos (principalmente heroína). Por lo tanto, las características generales de las muertes inducidas por drogas notificadas se utilizan para la descripción de los casos de opiáceos. Véase el gráfico DRD-1 del boletín estadístico de 2009.
([147]) Véanse los gráficos DRD-2 y DRD-3 y el cuadro DRD-1 (parte i) del boletín estadístico de 2009.

drogas, aunque, ante la ausencia de normas comunes para la elaboración de informes, no siempre queda claro el papel que desempeña la metadona, ya que pueden intervenir también otras sustancias. Además, podrían influir otros factores, entre los que se incluyen la pérdida de la tolerancia a los opiáceos, una dosis excesiva o un consumo inadecuado (por ejemplo, un consumo irregular y no terapéutico). Las muertes provocadas por la intoxicación por consumo de buprenorfina no son frecuentes, a pesar de utilizarse cada vez más en los tratamientos de sustitución en Europa (véase el capítulo 6). En Finlandia, sin embargo, la buprenorfina es ahora la sustancia más común detectada en la mayoría de las muertes inducidas por drogas, generalmente combinada con sedantes o alcohol, o consumida por vía parenteral.

Fentanil y otros opiáceos sintéticos

Entre 2005 y 2006 las intoxicaciones con fentanil ocasionaron la muerte a 117 consumidores de drogas por vía parenteral en Estonia (OEDT, 2008b). No se dispone de información sobre las muertes relacionadas con el consumo de fentanil en Estonia en 2007, aunque estudios recientes confirman el consumo cada vez mayor de la droga por los consumidores por vía parenteral.
En 2007, dos tercios de los consumidores por vía parenteral participantes en un estudio en Tallin declararon consumir fentanil como droga principal, y uno de cada diez consumidores que participaban en el programa de intercambio de jeringuillas declaró haberse inyectado fentanil en el último mes. Otro estudio realizado en Tallin mostró que los consumidores por vía parenteral que indicaban el fentanil como droga principal tenían una prevalencia de VIH mayor y más probabilidades de adoptar comportamientos de riesgo en relación con el consumo por vía parenteral y de sufrir una sobredosis a lo largo de la vida que los consumidores de anfetamina por vía parenteral (Talu *et al.*, 2009). En Finlandia, se detectaron opiáceos como la oxicodona, el tramadol o el fentanil en relación con 21 muertes, aunque el papel de estas drogas no se especificaba.

Muertes relacionadas con otras drogas

Las muertes inducidas por consumo de cocaína resultan más difíciles de definir e identificar que las relacionadas con opiáceos. Las muertes directamente causadas por sobredosis parecen ser poco frecuentes, y están generalmente vinculadas a dosis de cocaína muy elevadas. Al contrario, la mayoría de las muertes por cocaína parece ser el resultado de toxicidad crónica, que provoca problemas cardiovasculares y neurológicos. No siempre puede identificarse el papel que la droga desempeña en estas muertes, por lo que podrían dejar de computarse como muertes relacionadas con la cocaína. La interpretación de los datos se complica aún más en muchos casos debido a la presencia frecuente de otras sustancias, lo que dificulta establecer relaciones causales.

En 2007, se notificaron cerca de 500 muertes en relación con la cocaína en 12 Estados miembros (en comparación con las 450 notificadas en 14 países en 2006).
No obstante, parece probable que el número de muertes provocadas por la cocaína notificado en la Unión Europea se quede corto.

Las muertes con presencia de éxtasis no se suelen notificar, aunque en muchos casos esta droga no ha sido identificada como la causa directa de la muerte. Aunque tampoco es frecuente que se notifiquen muertes por anfetamina en Europa, en 2007 se atribuyó en la República Checa una proporción significativa de muertes por sobredosis (excluidos los medicamentos), a saber, 11 de 40, al pervitín o «checo» (una metanfetamina), en comparación con las 14 muertes atribuidas a los opiáceos. En 2007 en Finlandia se notificaron 229 muertes en las que se identificaron anfetaminas en el 40 % de los casos, aunque ello no implica necesariamente que dicha droga haya sido la causante directa de la muerte ([148]).

Tendencias de las muertes inducidas por drogas

Las muertes inducidas por drogas aumentaron notablemente en Europa durante el decenio de 1980 y principios del de 1990, coincidiendo con el incremento del consumo de heroína y del consumo por vía parenteral de esta droga, y posteriormente se mantuvieron a niveles elevados. Sin embargo, los datos de los países que disponen de series temporales más largas sugieren tendencias diferenciadas: en algunos de ellos (por ejemplo, Alemania, España, Francia, Italia), las muertes alcanzaron sus niveles más altos en la primera mitad del decenio de 1990. En otros países (por ejemplo, Grecia, Portugal, Finlandia), las muertes alcanzaron su nivel más alto alrededor del año 2000. En algunos otros (por ejemplo, Dinamarca, Países Bajos, Austria, Reino Unido) se registró una tendencia al alza, pero sin un nivel máximo definido ([149]).

Entre 2000 y 2003, la mayoría de los Estados miembros de la UE notificó una disminución del número de muertes, seguida de un aumento entre 2003 y 2006. Los datos

([148]) Para consultar los datos sobre las muertes relacionadas con drogas diferentes de la heroína, véase el cuadro DRD-108 del boletín estadístico de 2009.
([149]) Véanse los gráficos DRD-8 y DRD-11 del boletín estadístico de 2009. Por razones históricas, la tendencia de la UE se refiere a la UE-15 y Noruega.

preliminares disponibles para 2007 proponen una cifra al menos igual que la del año anterior y 14 de 18 países notifican un aumento del número de muertes.

Las razones que sustentan el mantenimiento del número de muertes provocadas por las drogas notificadas son difíciles de explicar, especialmente a la luz de las indicaciones de disminución del consumo por vía parenteral y de aumento del número de consumidores de opiáceos que inician un tratamiento y se ponen en contacto con los servicios de reducción de daños. En el marco de esta posible reducción de la población en riesgo, las cifras estables o en aumento de las muertes provocadas por las drogas se han convertido en una causa de preocupación importante.

Podría existir una serie de posibles explicaciones para este fenómeno que requerirían una mayor investigación. Entre las posibles razones cabe incluir la existencia de una población más crónica que envejece y se hace más vulnerable; un mayor nivel de policonsumo de drogas o de comportamientos de alto riesgo; el fracaso de los servicios existentes que no logran llegar a los más vulnerables; e incluso un aumento del número de consumidores de opiáceos reincidentes tras su excarcelación o la finalización del tratamiento (un grupo especialmente en riesgo, como es bien sabido) ([150]).

Mortalidad general relacionada con el consumo de drogas

Además de las muertes provocadas por las drogas, la mortalidad general relacionada con el consumo de drogas incluye las muertes causadas indirectamente por tal consumo. Se trata de muertes que se producen principalmente entre los consumidores problemáticos de drogas, aunque algunas podrían producirse entre consumidores ocasionales (por ejemplo, en accidentes de tráfico o suicidios). Aunque el número de muertes indirectamente relacionadas con el consumo de drogas resulta difícil de cuantificar, sus repercusiones sobre la salud pública pueden ser considerables.

La mortalidad general puede estimarse de formas diferentes: un método consiste en combinar la información de los estudios de mortalidad de cohortes con las estimaciones sobre la prevalencia del consumo de drogas ([151]). Otro enfoque consiste en utilizar las estadísticas generales sobre mortalidad existentes y estimar la proporción relacionada con el consumo de drogas. También se pueden utilizar otras fuentes de información especializada, por ejemplo, en el caso de la mortalidad en relación con el VIH/sida, se combina la información de Eurostat y EuroHIV.

Estudios de mortalidad de cohortes

Los estudios de mortalidad de cohortes hacen un seguimiento de los mismos grupos de consumidores problemáticos de drogas durante un periodo de tiempo y, a través de la asociación con los registros de mortalidad, intentan identificar las causas de todas las muertes que se producen en los grupos. Este tipo de estudio permite determinar las tasas de mortalidad general y específica de la cohorte y estimar el exceso de mortalidad del grupo en comparación con la población general. Los estudios de cohortes longitudinales y a gran escala pueden ser útiles para comprobar ciertas hipótesis acerca, por ejemplo, de los motivos de los cambios en el número de muertes provocadas por las drogas, así como realizar un seguimiento del riesgo general y detectar pautas de cambio en las causas de la muerte.

Dependiendo de los entornos de reclutamiento (por ejemplo, estudios realizados en centros de tratamiento de

Estimación de la mortalidad total atribuida al consumo problemático de drogas: nuevos avances

Estudios recientes de mortalidad de cohortes en la Unión Europea indican que las muertes inducidas por las drogas (sobredosis) suponen típicamente entre un 20 y un 50 % del número total de muertes entre los consumidores problemáticos de drogas. Lo anterior da a entender que la mortalidad total en esta población podría ser de entre dos y cinco veces superior al número de muertes registradas como inducidas por las drogas. Este multiplicador varía en los diferentes países según diversos factores, tales como los comportamientos de riesgo, la tasa de sobredosis mortales y la prevalencia de otras posibles causas de muerte.

El OEDT está promoviendo la investigación relativa a la estimación de la mortalidad total entre consumidores problemáticos de drogas. En 2008, un proyecto emprendido en colaboración con investigadores de la República Checa revisó la literatura, las fuentes de datos y los posibles métodos en este ámbito ([1]). Un grupo de expertos recomendó dos métodos para futuros estudios, a saber, un método multiplicador sobre la base del número de sobredosis mortales registradas; y un método de extrapolación basado en las tasas de mortalidad de las cohortes de consumidores problemáticos de drogas y las estimaciones nacionales sobre la población de consumidores problemáticos de drogas. Ambos métodos se han probado con éxito en la República Checa y el OEDT tiene previsto establecer un grupo de países interesados que puedan utilizar este trabajo en un futuro inmediato.

([1]) Véase: http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd

([150]) Véase el recuadro «Reducción de las muertes por sobredosis tras la excarcelación», p. 101.
([151]) Véase el recuadro «Estimación de la mortalidad total atribuida al consumo problemático de drogas: nuevos avances».

la drogodependencia) y los criterios de inclusión (por ejemplo, consumidores por vía parenteral, consumidores de heroína), la mayoría de los estudios de cohortes muestran tasas de mortalidad del orden del 1-2 % al año entre los consumidores problemáticos de drogas. Aunque la relativa importancia de las causas de la muerte varía entre países y en el tiempo, la causa principal es generalmente la sobredosis, que da cuenta de hasta el 50-60 % de las muertes entre consumidores de drogas por vía parenteral en países con una baja prevalencia del VIH/sida. Desafortunadamente, algunos países muestran una baja tasa de detección de sobredosis en los registros de la mortalidad general y, por consiguiente, una proporción significativa de las muertes que se registran como de causa «desconocida» o no lo suficientemente especificada (como paro cardiaco) podrían ser debidas a sobredosis. Para mejorar la validez de la descripción de las causas de muerte se pueden consultar otras fuentes de información (es decir, registros especiales de mortalidad policiales o forenses).

El OEDT ha desarrollado un protocolo para alentar a los Estados miembros a emprender estudios de mortalidad de cohortes, con vistas a ofrecer datos comparables de los riesgos de mortalidad entre los consumidores problemáticos de drogas y brindar información para formular las políticas de prevención y atención necesarias. Los estudios europeos más recientes se llevaron a cabo en Alemania, España, Italia, los Países Bajos, el Reino Unido y Noruega. Un tercio de los Estados miembros de la UE todavía tiene que llevar a cabo un estudio de mortalidad de cohortes, aunque diversos países mencionan estudios en curso o programados para 2009 (como la República Checa, Francia, Letonia o Polonia).

Muertes indirectamente relacionadas con el consumo de drogas

Se estima que en 2006 en la Unión Europea murieron más de 2 100 personas por VIH/sida atribuible al consumo de drogas ([152]); el 89 % de estas muertes se produjeron en España, Francia, Italia y Portugal. Tras la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad en 1996, la mortalidad por VIH/sida disminuyó notablemente en la mayoría de los países de la UE, aunque la reducción fue mucho menos pronunciada en Portugal. El aumento observado en los últimos años en Estonia es coherente con las elevadas estimaciones de prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en el país (entre cinco y seis de cada diez) y la gran proporción de consumidores que al parecer desconocen haber contraído la infección. También en Letonia se ha notificado un aumento recientemente. En la actualidad, las tasas de mortalidad por VIH/sida estimadas entre los consumidores de drogas son bajos en la mayoría de los países, excepto en España y Portugal. En Italia, Francia y Letonia, la mortalidad por VIH/sida y por sobredosis se mantienen a un nivel similar ([153]).

Otras enfermedades que también son responsables de una cierta proporción de muertes entre los consumidores de drogas incluyen afecciones crónicas como las enfermedades que afectan al hígado (debido a la infección por hepatitis C y un consumo muy elevado de alcohol), el cáncer o los problemas cardiovasculares. Otras causas han recibido mucha menos atención, a pesar de las indicaciones que señalan que tienen unas repercusiones considerables. Por ejemplo, los traumatismos (provocados por accidentes, homicidios y otro tipo de actos violentos) y el suicidio podrían ser la causa del 25 % o más de las muertes de los consumidores problemáticos de drogas. Una reseña bibliográfica (Darke y Ross, 2002) reveló que la tasa de suicidio entre consumidores de heroína era 14 veces superior que en la población general. En estudios de cohorte recientemente realizados en Europa, el suicidio era la causa de entre el 6 y el 11 % de las muertes de los consumidores problemáticos de drogas. En cualquier caso, las repercusiones generales de estas causas son difíciles de evaluar debido a la limitada disponibilidad de datos.

Reducción del número de muertes relacionadas con las drogas

Doce países comunican que su estrategia nacional en materia de drogas incluye un apartado dedicado a la reducción de las muertes por esta causa. Un país, el Reino Unido, cuenta con un Plan de acción específico para reducir el daño relacionado con las drogas, que establece actuaciones específicas para la prevención de estas muertes. Trece países carecen de una estrategia específica, o de una sección concreta en su estrategia nacional en materia de drogas, destinada a la reducción de las muertes provocadas por las drogas, y dos países no aportaron datos al respecto.

Intervenciones

Un estudio prospectivo a largo plazo entre los consumidores problemáticos de drogas que iniciaron un tratamiento en Italia mostró que el riesgo de muerte en la cohorte era diez veces mayor que el de la población

([152]) El año 2006 es el año más reciente para el que Eurostat ofrece información relativa a las causas de muerte de casi todos los Estados miembros. Para información detallada sobre fuentes, grupos de transmisión, cifras y cálculos, véase el cuadro DRD-5 (parte iii) del boletín estadístico de 2009.

([153]) Véase el gráfico DRD-7 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.

general (Davoli *et al.*, 2007). El inicio de un tratamiento rebajó el riesgo de muerte a cuatro veces el de la población general, lo que confirmaba que el tratamiento de la drogodependencia reduce la mortalidad relacionada con las drogas. No obstante, el estudio también mostró que la tasa de mortalidad más elevada entre los consumidores de droga se observaba en los 30 días posteriores al cese del tratamiento. Este hallazgo pone de manifiesto la necesidad de una gestión cuidadosa del periodo posterior al tratamiento, así como la de evitar los tratamientos de breve duración, donde los riesgos podrían no compensar los beneficios del tratamiento.

En la mayoría de los países que han facilitado información al respecto se distribuye material de sensibilización y prevención. Según los expertos de 28 países ([154]), durante el último año se distribuyeron materiales impresos o multimedia sobre prevención de sobredosis entre la mayoría o casi todos los consumidores problemáticos de drogas de nueve países, y a una pequeña parte de ellos en doce países y en la Comunidad francófona de Bélgica. Este tipo de materiales no existen en Turquía y pocos consumidores de droga problemáticos tienen acceso a ellos en Estonia, Letonia, Hungría o Eslovaquia. No se dispone de información para Bulgaria.

Cabe destacar que a veces existen terceros que son testigos de una gran proporción de sobredosis mortales y no mortales, entre los que se incluyen otros consumidores de droga, miembros de las familias del drogodependiente, personal sanitario y de atención social, agentes de policía o funcionarios de prisiones, que podrían estar en disposición de intervenir. Diez países notifican la existencia de materiales específicos dirigidos a ayudar a las familias de los consumidores de droga a reconocer y actuar en caso de sobredosis; en ocho países los agentes de policía también tienen acceso a este tipo de materiales; y en siete países se han desarrollado materiales también para los funcionarios de los centros penitenciarios ([155]). Otros grupos destinatarios son los trabajadores de los organismos especializados en la lucha contra la droga, el personal de las ambulancias, el personal de los servicios de urgencias y de atención a accidentes, así como los inmigrantes de países rusófobos y la población romaní. El número de países en los que se dispone de materiales para diferentes grupos destinatarios, sin embargo, es limitado y no todos los materiales son accesibles a escala nacional.

La educación sobre el riesgo de sobredosis se ofrece en todos los países, y en nueve de ellos existe en las ciudades más importantes con un número significativo de consumidores de droga problemáticos. No obstante, en cuatro países tales actividades se desarrollan únicamente en una minoría de ciudades relevantes y en otros doce sólo en unas pocas ciudades.

Los cursos de formación específicos sobre la actuación en caso de sobredosis se imparten tanto en grupo como de forma individual. Se informa a los consumidores de droga sobre los riesgos de sobredosis, incluida la menor tolerancia tras los periodos de abstinencia, los efectos y los riesgos del policonsumo de drogas, especialmente de forma concomitante con el consumo de alcohol, los riesgos que comporta el consumo de drogas en solitario y nociones de primeros auxilios. Los expertos nacionales estiman que en siete países la mayoría de los consumidores problemáticos de drogas recibieron algún tipo de formación sobre la actuación en caso de sobredosis en los últimos 12 meses, mientras que en diez países sólo una minoría recibió tal formación, y en otros seis países (Bélgica, Letonia, Austria, Polonia, Rumanía, Eslovaquia) sólo unos pocos consumidores problemáticos de drogas recibieron este tipo de formación. En Estonia, Hungría y Turquía no se imparte formación sobre la actuación en caso de sobredosis.

Los consumidores de drogas con experiencia previa de sobredosis no mortales corren un elevado riesgo de experimentar sobredosis en el futuro (Coffin *et al.*, 2007) y deberían ser objeto de actuaciones específicas. Las evaluaciones de riesgo de sobredosis individualizadas corren a cargo de personal formado y tienen por objeto identificar a aquéllos que necesitan apoyo adicional. Según los expertos, en nueve países los consumidores de drogas más problemáticos fueron objeto de una evaluación de riesgo de sobredosis al menos en una ocasión durante el último año, mientras que en 16 países sólo una minoría se benefició de este tipo de intervención. No se dispone de información para Alemania, Bulgaria y Francia.

La administración de naxolona a los consumidores no se encuentra estandarizada en términos de prevención de sobredosis en Europa, aunque la dispensación de fármacos para llevar a casa en los servicios especializados en materia de drogas es habitual en Italia, donde también se pueden adquirir en farmacias sin receta médica. En el Reino Unido, la situación legal de la naxolona se modificó en junio de 2005, permitiéndose su administración en caso de

([154]) Véase el cuadro HSR-8 del boletín estadístico de 2009. Expertos de 26 países de la UE, Turquía y Noruega calificaron el nivel de prestación de determinados servicios para impedir las muertes relacionadas con las drogas.

([155]) Véase el cuadro HSR-8 (parte ii) del boletín estadístico de 2009.

vida o muerte. Además, en un estudio de cohorte con 239 consumidores de opiáceos reclutados en los servicios de tratamiento, se evaluó el impacto de la formación en materia de sobredosis acompañada de la dispensación de naxolona para llevar a casa (Strang *et al.*, 2008). Los resultados muestran la mejora del reconocimiento de los signos de la sobredosis y una mayor confianza en relación con el consumo de naxolona. Durante los primeros tres meses, ninguno de los 12 casos de sobredosis en los que se utilizó naxolona resultó mortal, mientras que se registró un fallecimiento entre los seis casos de sobredosis en los que no se utilizó. Los autores del estudio llegan a la conclusión de que una distribución más amplia de este fármaco podría reducir el número de muertes relacionadas con el consumo de drogas y recomiendan la realización de otros estudios de impacto de la formación en materia de sobredosis y distribución de urgencia de naxolona entre los consumidores de opiáceos.

Otro enfoque controvertido es la disponibilidad de lugares de consumo de drogas supervisados ([156]), cuyo objeto es reducir el riesgo de muerte de sus usuarios ofreciendo atención médica inmediata y adecuada en caso de sobredosis. Los datos operativos procedentes de este tipo de centros en Europa, Canadá y Australia indican que las sobredosis que se producen en ellos se resuelven con éxito y sin muertes. Milloy y otros expertos estimaron el número de muertes que se habían podido evitar gracias al funcionamiento del centro de consumo de drogas supervisado de Vancouver y llegaron a la conclusión de que se habían podido evitar entre dos y 12 muertes al año (Milloy *et al.*, 2008). Lo anterior confirma los resultados de estudios anteriores sobre los posibles efectos beneficiosos de este tipo de centros en relación con las muertes por sobredosis en los barrios con cobertura suficiente.

Reducción de las muertes por sobredosis tras la excarcelación

En Inglaterra se ha estimado que el 15 % de las 1 506 muertes por sobredosis registradas en 2005 se produjeron entre personas que habían salido de la cárcel recientemente (Ministerio de Sanidad, 2007). Estudios internacionales confirman este elevado riesgo de muerte debido a sobredosis no intencionadas en el periodo inmediatamente posterior a la excarcelación (por ejemplo, Farrell y Marsden, 2008). Estos estudios también señalan la necesidad de mejores respuestas a los problemas relacionados con la salud mental y las drogas de las personas que han estado en prisión.

Según una evaluación de expertos de 24 países, en seis países europeos no se ofrece asesoramiento antes de la excarcelación acerca de los riesgos y la prevención de las sobredosis, en diez países sólo se facilita a pocos consumidores problemáticos de drogas en prisión y en otros seis países a menos de la mitad de ellos. Únicamente Italia y Luxemburgo ofrecen este servicio a la mayor parte de la población destinataria. Como el día de la excarcelación podría ser difícil de predecir, especialmente para los que están en prisión preventiva, las sesiones de sensibilización sobre los riesgos de sobredosis deberían ofrecerse en principio de forma regular en las prisiones para reducir los comportamientos de riesgo.

El tratamiento de sustitución de opiáceos, que ha mostrado un efecto protector en el contexto penitenciario (Dolan *et al.*, 2005), parece ser actualmente más accesible en las prisiones de la UE y la legislación de 21 países recoge la posibilidad de iniciarlo en ellos (véase el capítulo 2). Esta posibilidad de uso en prisión reduce el riesgo de sobredosis y muerte tras la excarcelación y también las tasas de nueva reclusión (OMS, 2009). No obstante, cabe destacar la importancia de que los servicios de salud y los encargados de ofrecer tratamiento basado en la comunidad local se encuentren adecuadamente asociados para evitar cualquier tipo de interrupción en la continuidad del tratamiento.

([156]) Véase OEDT (2004) para mayor información sobre esta cuestión.

Capítulo 8
Nuevas drogas y tendencias emergentes

Introducción

El consumo de nuevas sustancias psicotrópicas y las nuevas pautas de consumo pueden tener implicaciones importantes en materia de salud pública y formulación de políticas. Sin embargo, resultan difíciles de detectar, ya que, habitualmente, surgen primero a niveles bajos, y en localidades específicas o entre subgrupos limitados de la población. Pocos países cuentan con sistemas de seguimiento y son sensibles al nuevo fenómeno y las dificultades metodológicas de la detección son considerables. No obstante, la importancia de identificar nuevas amenazas potenciales es ampliamente reconocida. 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. Las actividades de apoyo a este sistema de alerta temprana constituyen una parte importante de la labor del OEDT y encajan en la perspectiva más amplia de utilizar una extensa variedad de fuentes de datos para mejorar el sistema de seguimiento de drogas europeo de modo que permita reconocer evoluciones emergentes de manera precoz.

Acciones respecto a nuevas drogas

La Decisión del Consejo sobre nuevas sustancias psicotrópicas ([157]) establece un mecanismo de intercambio rápido de información sobre las nuevas sustancias psicotrópicas que puedan suponer una amenaza para la salud pública y la sociedad (el sistema de alerta temprana) ([158]). Asimismo, ofrece la posibilidad de iniciar un proceso formal de evaluación de riesgos, cuyos resultados pueden conducir a una decisión política en relación con el control de las nuevas sustancias en la Unión Europea.

Gracias al sistema de alerta temprana se han notificado más de 90 sustancias desde su establecimiento en 1997. Hasta hace poco, las fenetilaminas y triptaminas representaban una amplia proporción de las notificaciones. No obstante, en los últimos años ha aparecido un abanico mucho más diverso de sustancias. Entre ellas cabe destacar los numerosos derivados de la piperacina y la catinona, así como una combinación heterogénea de otras sustancias, tales como productos derivados de las plantas, unos pocos estimulantes y alucinógenos poco usuales y algunos medicamentos.

A lo largo de 2008 se notificaron oficialmente por primera vez en la UE a través del sistema de alerta rápida 13 nuevas sustancias psicotrópicas, entre las que se incluían 11 nuevas drogas sintéticas y dos productos derivados de las plantas, pero ningún medicamento.

La composición química de las dos plantas notificadas (kratom y kava) es relativamente bien conocida en la literatura. Se han consumido tradicionalmente en otras partes del mundo y su presencia en el panorama europeo de las drogas parece ser limitada.

La mayoría de los compuestos sintéticos notificados por primera vez eran sustancias psicotrópicas similares a las que se enumeran en las Listas I y II del Convenio de las Naciones Unidas de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas. En comparación con años anteriores, un menor número de las nuevas sustancias notificadas en 2008 pertenece a los principales grupos químicos, a saber, fenilaminas (una), triptaminas (dos) y piperacinas (una). De forma significativa, seis de las nuevas sustancias notificadas son derivados de la catinona. La mayoría de las nuevas sustancias sintéticas tienen propiedades estimulantes, mientras que únicamente tres producen efectos alucinógenos.

En 2008 se notificó por primera vez un cannabinoide sintético (JWH-018) a través del sistema de alerta temprana. La aparición de cannabinoides sintéticos supone la última fase del desarrollo de las «drogas de diseño»: desde las basadas en fentanil en el decenio de 1980 a las fenetilaminas de anillo sustituido a finales de ese decenio y las triptaminas en el decenio de 1990 y a las piperacinas y derivados de la catinona en el presente decenio. Existen más de cien compuestos con actividad

([157]) 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).
([158]) http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning

Plantas con propiedades psicotrópicas notificadas a través del sistema de alerta temprana

En los últimos años se ha notificado la existencia de productos derivados de cinco plantas con propiedades psicotrópicas. Las especies detectadas por el sistema de alerta temprana no están bajo control internacional, aunque pueden estar sujetas a control en los Estados miembros de la UE.

El kava (*Piper methysticum*) es un arbusto que se ha utilizado durante siglos en las Islas del Pacífico Sur con propósitos ceremoniales. La infusión de las raíces tiene efectos relajantes y ansiolíticos. Al parecer el consumo prolongado del kava podría ocasionar daños hepáticos. Ni la planta ni sus principios activos (kavalactonas) están controladas en ninguno de los Estados miembros de la UE.

El qat comprende las hojas y raíces de *Catha edulis*, arbusto que se cultiva en el África oriental y la Península Arábiga. Se trata de un estimulante vegetal que se masca. Sus componentes activos, catina y catinona, son parientes químicos cercanos de drogas sintéticas como la anfetamina y la metacatinona y están sometidos a control internacional en virtud de la Convención de las Naciones Unidas de 1971. *Catha edulis* está controlado en 12 Estados miembros de la UE.

El kratom (*Mitragyna speciosa*) es un árbol originario del sureste asiático. Sus hojas pueden mascarse, fumarse o beberse en infusión. En dosis bajas tiene efectos estimulantes. En dosis más elevadas, el kratom tiene efectos similares a los de los opiáceos y se ha utilizado en la medicina tradicional como analgésico y para la abstinencia del consumo de opiáceos. Sus principales principios activos son mitraginina, mitrafilina y 7-hidroximitraginina; aunque la mitraginina es probablemente el principio activo responsable de la actividad analgésica del kratom y de sus efectos paliativos del síndrome de abstinencia del consumo de opiáceos. La planta, la mitraginina y la 7-hidroximitraginina se encuentran controladas en Dinamarca, y Lituania controla la planta y la mitraginina.

Salvia divinorum es una planta herbácea perenne originaria del sur de México, donde, debido a sus propiedades alucinógenas, se consume tradicionalmente con fines ceremoniales. Su principal principio activo, la salvinorina-A, es un potente agonista del receptor opiáceo kappa. Las modalidades de consumo recreativo de *Salvia divinorum* incluyen mascar las hojas y fumar extractos concentrados, que también se pueden administrar sublingualmente, lo que parece producir un efecto intenso. La ingestión de las hojas o las semillas de la planta produce un efecto más duradero, pero menos intenso. *Salvia divinorum* o sus principios activos se encuentran controlados en seis Estados miembros de la UE y en Croacia.

La rosa lisérgica hawaiana (*Argyreia nervosa*) es una enredadera perenne. Sus semillas contienen el principio activo LSA (amida de ácido D-lisérgico o D-lisergamida), una sustancia estrechamente relacionada con el LSD que puede producir efectos alucinógenos suaves. La LSA es una droga controlada en Irlanda y el Reino Unido.

del receptor cannabinoide y se puede afirmar que seguirán apareciendo nuevas sustancias de diferentes grupos químicos en el panorama de las drogas. Todo ello supone un reto constante para la salud pública y las autoridades encargadas de velar por el cumplimiento de la ley, tanto en lo que respecta a la identificación forense y toxicológica de nuevas sustancias como a la rápida evaluación de riesgos y, en su caso, a la aplicación de medidas de control.

«Spice» y cannabinoides sintéticos conexos

Los productos comercializados en Internet y algunos establecimientos especializados con el nombre de «spice» se han estado vendiendo desde al menos 2006. Aunque el «spice» se puede anunciar como incienso, cuando se fuma los efectos descritos por algunos consumidores son análogos a los del cannabis. Tras la notificación de Suecia, el sistema de alerta temprana ha estado supervisando los productos denominados «spice» desde comienzos de 2008.

La información que figura en el embalaje de estos productos indica que en su composición intervienen hasta 14 ingredientes de origen vegetal. Al menos dos de ellos (*Pedicularis densiflora* y *Leonotis leonurus*) podrían tener efectos psicotrópicos, pero se conoce poco de la farmacología y toxicidad de los ingredientes vegetales que supuestamente contienen los productos denominados «spice». Por consiguiente, no se puede llegar a una conclusión definitiva acerca de los posibles riesgos para la salud o los posibles efectos de estos productos. Los ingredientes sintéticos no se mencionan en la información del producto.

En 2008, los productos «spice», así como otras mezclas de hierbas «tipo spice» se podían comprar en tiendas en línea y también en tiendas especializadas en la venta de sustancias psicotrópicas «legales» o *smart shops* en al menos nueve Estados miembros de la UE (Alemania, Austria, República Checa, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Polonia, Portugal, Reino Unido).

Algunos Estados miembros han iniciado amplias investigaciones forenses para identificar los ingredientes psicotrópicos de los productos «spice». En diciembre de 2008 Alemania y Austria detectaron la presencia del cannabinoide sintético JWH-018 ([159]). La estructura química del JWH-018 difiere sustancialmente de la del tetrahidrocannabinol (THC), el principal principio

([159]) Naftalen-1-il-(1-pentilindol-3-il)metanona.

Procedimientos nacionales de evaluación de riesgos

En 2008, el OEDT realizó un estudio de los diferentes procedimientos jurídicos nacionales relativos al control de nuevas sustancias en virtud de la legislación en vigor sobre drogas, los plazos asociados a tales procedimientos y la posible realización de evaluaciones de riesgo nacionales. En los 26 países estudiados se pusieron de manifiesto tres enfoques diferentes de la evaluación del riesgo. En seis países no se realizan evaluaciones del riesgo. En general tales países se basan en las evaluaciones del riesgo efectuadas a escala internacional o europea. En siete países se pueden llevar a cabo evaluaciones del riesgo *ad hoc* en caso necesario. Por último, en otros 13 países se realiza una evaluación del riesgo en el marco del posible control de una sustancia, tanto por imperativo jurídico o como parte del procedimiento relativo a la presentación de propuestas de ley.

Los niveles de daño detectados no afectan a la velocidad del proceso legislativo en 12 de los 20 países que pueden realizar sus propias evaluaciones del riesgo. Cuatro países (Alemania, Eslovaquia, Luxemburgo, Suecia) pueden activar un procedimiento legislativo acelerado si los niveles de riesgo se consideran elevados. Francia, Austria y Noruega pueden disponer que en los casos urgentes se acorte la duración de la propia evaluación del riesgo. En los Países Bajos existen ambas posibilidades.

En 16 países, las evaluaciones de riesgo nacionales corren a cargo de un grupo de expertos en la administración pública, tanto en el seno del ministerio competente como en el de alguna institución estatal o gubernamental. En seis países existe la posibilidad de consulta a científicos independientes en caso necesario. Por último, en otros tres países (Países Bajos, Austria, Reino Unido) la realización de la evaluación del riesgo recae sobre ciertos órganos científicos independientes.

Para más información, véanse los informes jurídicos de la Base de Datos Jurídica Europea sobre Drogas (ELDD) (http://eldd.emcdda.europa.eu).

activo de todos los productos del cannabis. En experimentos con animales el JWH-018 produce los mismos efectos que el THC y al parecer resulta más potente. A comienzos de 2009, un segundo cannabinoide sintético, el CP 47,497 ([160]), y tres de sus homólogos se detectaron en muestras de «spice» en Europa.

Los cannabinoides sintéticos se han identificado únicamente en un número limitado de muestras y en cantidades variables. Al parecer, tales sustancias sintéticas se habrían añadido de forma subrepticia, ya que la información en el embalaje de los productos «spice» sólo menciona ingredientes vegetales.

No existe constancia de que las sustancias JWH-018 y CP 47,497 y sus homólogos se hayan consumido ampliamente como sustancias psicotrópicas por sí solas. Por consiguiente, aún no se ha dilucidado si existe una demanda específica de estas sustancias en concreto o si es necesaria una intervención tal como establece la Decisión 2005/387/JAI del Consejo.

En respuesta a las posibles preocupaciones en materia de sanidad, cinco Estados miembros han emprendido diferentes acciones legales para prohibir o controlar de alguna manera los productos «spice» y sus compuestos. Alemania aplicó su legislación de emergencia en materia de sustancias estupefacientes para controlar cinco cannabinoides sintéticos encontrados en el «spice» durante un año. Francia clasificó como sustancias estupefacientes seis cannabinoides sintéticos encontrados en productos «spice». Austria utilizó su ley sobre medicamentos para prohibir la importación o comercialización en el país de las mezclas que contenían seis cannabinoides sintéticos para fumar. Luxemburgo decidió controlar varios cannabinoides sintéticos como sustancias psicotrópicas. Polonia modificó su legislación sobre sustancias estupefacientes para controlar el JWH-018 y dos de los supuestos ingredientes vegetales de «spice».

Internet: un mercado para el comercio de sustancias psicotrópicas

Internet ha surgido como un nuevo mercado para el comercio de sustancias psicotrópicas y ofrece a los establecimientos minoristas la posibilidad de vender al público general sustancias alternativas a las drogas controladas. El comercio en línea tiene implicaciones para la posible difusión de las nuevas sustancias psicotrópicas y su control constituye un elemento cada vez más importante para identificar las nuevas tendencias en materia de drogas. En concreto, es necesario prestar especial atención a los riesgos asociados con las sustancias a la venta. Tanto los consumidores como los profesionales precisan de información sobre los nuevos productos, incluidos los toxicólogos, los especialistas en el control de las intoxicaciones y los que trabajan en el ámbito de las drogas.

Para identificar las tendencias actuales del comercio en línea de drogas, el OEDT realiza un estudio instantáneo anual. En 2009 se estudió a un total de 115 tiendas en línea. Sobre la base de los códigos de país de los dominios y otra información sobre los sitios web, estas tiendas en línea parecen estar ubicadas en 17 países europeos. La mayoría de los establecimientos al por

([160]) 5-(1,1-Dimetilheptil)-2-[(1R,3S)-3-hidroxiciclohexil]-fenol.

menor en línea tenían su sede en el Reino Unido (37 %), Alemania (15 %), los Países Bajos (14 %) y Rumanía (7 %).

Al contrario que en 2008, los hongos alucinógenos que contenían psilocina y psilocibina no se comercializaban en ninguna de las tiendas en línea estudiadas en 2009. No obstante, cuatro establecimientos al por menor en línea con sede en Francia y los Países Bajos comercializaban scelerotia —el micelio endurecido de los hongos alucinógenos *Psilocybe mexicana* y *Psilocybe tampanensis*.

Entre los nuevos productos comercializados en 2009 se incluía toda una gama de productos para fumar a base de hierbas y pastillas para fiestas («party pills») que contenían nuevas alternativas legales a la benzilpiperacina (BZP). También han adquirido un protagonismo cada vez mayor los productos para esnifar o los polvos a base de hierbas.

Se comercializaban productos «spice» ([161]) en el 48 % de los minoristas estudiados. Aunque las tiendas en línea que vendían «spice» tenían su sede en 14 países europeos diferentes, más de dos quintos de esas tiendas se situaban en el Reino Unido (42 %), con proporciones significativas también en Irlanda, Letonia y Rumanía.

La preocupación que suscitan los productos «spice» ha llevado a una serie de países a emprender acciones legales para prohibir o controlar estas sustancias. En marzo de 2009 los productos «spice» se habían retirado de las tiendas en línea de Alemania, Austria y Francia.

En 2009 empezaron a comercializarse en línea mezclas para fumar alternativas al «spice». Los minoristas analizados comercializaban al menos 27 mezclas para fumar a base de hierbas diferentes como alternativas al «spice». Estos productos se anuncian como mezclas que contienen ingredientes a base de plantas, aunque algunos contienen también el hongo alucinógeno *Amanita muscaria*. Las alternativas al «spice» comercializadas en Austria y Alemania incluyen diferentes mezclas para fumar a base de hierbas que se venden como «ambientadores» o incienso. La rápida aparición de productos sustitutivos del «spice» pone de manifiesto la capacidad del mercado para responder prontamente a los cambios del estado jurídico de las sustancias psicotrópicas, a menudo comercializando nuevas sustancias.

Cuando la BZP se sometió a ciertas medidas de control en los Estados miembros de la UE, ya no pudo seguir utilizándose en las «party pills» vendidas como alternativas legales al éxtasis. A comienzos de 2009 muchos minoristas en línea ofrecían «party pills» sin BZP. Por ejemplo, las tiendas en línea con sede en Irlanda, Polonia y el Reino Unido ofrecían «retro pills», que supuestamente contenían 1-(4-fluorofenil)piperacina (pFPP), sustancia descrita como ligeramente alucinógena y que provoca una fuerte euforia.

Se comercializan productos para esnifar como una alternativa a las drogas controladas como la cocaína y las anfetaminas. Supuestamente, tales productos contienen cafeína y toda una serie de otros ingredientes a base de plantas como *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* y *Tilia europea*.

Seguimiento de sustancias

Piperacinas

En 2007, el informe del OEDT-Europol de seguimiento activo de la mCPP (1-(3-clorofenil)piperacina) llegó a la conclusión de que no ejercía un especial atractivo entre los consumidores y no lograba afianzarse como droga recreativa. Sin embargo, en 2008 la mCPP seguía siendo la nueva droga sintética más ampliamente disponible en el mercado ilegal, tanto sola como en combinación con MDMA. Esto es evidente a partir del número de incautaciones y la cantidad de sustancia incautada notificada al OEDT y Europol. Sin embargo, aún no queda claro si se consume para reforzar o imitar algunos de los efectos de la MDMA o simplemente como sustancia para cortar la droga. En cualquier caso, como la mCPP no es una sustancia controlada en la mayoría de los Estados miembros, probablemente se declaran menos incautaciones de las que se producen.

El 3 de marzo de 2008 el Consejo decidió que los Estados miembros debían adoptar las medidas necesarias, de conformidad con su Derecho interno, para someter la BZP a medidas de control proporcionales a los riesgos de la sustancia, así como a las sanciones penales previstas en su legislación, de conformidad con las obligaciones que le incumben en virtud del Convenio de las Naciones Unidas de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas ([162]). Los Estados miembros procurarán adoptar las medidas necesarias tan pronto como sea posible pero a más tardar en el plazo de un año desde la fecha de la decisión. En el momento de la preparación del presente informe, 17 Estados miembros ([163]) han notificado el control de la BZP.

([161]) Véase «"Spice" y cannabinoides sintéticos conexos», p. 104.
([162]) Decisión 2008/206/JAI del Consejo, de 3 de marzo de 2008, por la que se define la 1-benzilpiperacina (BZP) como una nueva sustancia psicotrópica que debe estar sujeta a medidas de control y sanciones penales.
([163]) Bélgica, Dinamarca, Alemania, Estonia, Irlanda, Grecia, Francia, Italia, Chipre, Lituania, Luxemburgo, Malta, Hungría, Portugal, Eslovaquia, Suecia y Finlandia; así como Croacia, Turquía y Noruega.

GHB/GBL y ketamina

En Europa, el gammahidroxibutirato (GHB) y la ketamina están sometidos a seguimiento desde 2000, año en el que se llevó a cabo una evaluación del riesgo de ambas sustancias de conformidad con la Acción común de 1997 sobre nuevas drogas sintéticas (OEDT, 2002).

Sólo unos pocos países facilitan datos sobre la prevalencia del consumo de GHB y ketamina, y las estimaciones notificadas siguen en niveles mucho menores que los de otras drogas ilegales. Los cambios que se producen en esta situación son difíciles de evaluar debido a la obtención de los datos sobre prevalencia a través de un muestreo no probabilístico con una comparabilidad limitada en el tiempo y entre muestras. El estudio neerlandés Trendwatch notificó un ligero aumento del consumo de GHB en redes y regiones específicas de los Países Bajos en 2007, pero tanto el GHB como la ketamina se consumen con mucha menor frecuencia que otras drogas para fiestas y se consumen sobre todo en poblaciones ocultas, en casas particulares y en fiestas.

A diferencia de los aumentos notificados los años anteriores, las últimas estadísticas sobre urgencias médicas en relación con el GHB en Amsterdam indican un declive de su comercialización, de 444 casos en 2006 a 110 en 2007. Un estudio realizado en un hospital londinense registró 58 urgencias en relación con el consumo de ketamina en 2006 e igual número en 2007. En la mayoría de los casos la ketamina se había ingerido junto con otras drogas y sólo en el 11 % de ellos se había consumido sólo ketamina; ninguna de las urgencias requirió cuidados intensivos (Wood *et al.*, 2008).

Las encuestas escolares ESPAD efectuadas en 2007 ofrecen los datos más recientes sobre el consumo de GHB entre los escolares de 15 a 16 años en Europa. Entre los escolares encuestados en 26 países de la UE más Noruega y Croacia, la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de GHB oscila entre el cero y el 3 %, aunque la mayoría de los países notifican una tasa de un 1 % o menos.

Bibliografía

ACMD (2008), *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, Londres (http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary).

Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. y Salminen, M. (2008), *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, National Public Health Institute, Helsinki (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).

Baker, A., Lee, N.K. y Jenner, L. (directores de edición) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users* (2ª edición), National Drug Strategy Monograph Series No. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.

Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. *et al.* (2009), 'Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project', *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, pp. 88-100.

Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M. *et al.* (2005), 'Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries', *European Journal of Public Health* 16, pp. 198-202.

Cherny, N.I., Catane, R. y Kosmidis, P.A. (2006), 'Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering', *Annals of Oncology* 17, pp. 885-7.

CND (2008), 'World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat', Comisión de Estupefacientes, Naciones Unidas: Consejo Económico y Social, Viena.

Coffin, P.O., Tracy, M., Bucciarelli, A. *et al.* (2007), 'Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose', *Academic Emergency Medicine* 14, pp. 616-23.

Comisión Europea (2007), «Informe de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre la aplicación de 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», COM(2007) 199 final (eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199es01.pdf).

Comisión Europea (2008a), 'Civil Society Forum on Drugs in the European Union', Bruselas 20-21 de mayo de 2008, Informe final (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).

Comisión Europea (2008b), 'Young people and drugs among 15-24 year-olds', *Flash Eurobarometer* 233 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).

Comité europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes (CPT) (2006), 'The CPT standards — "substantive" sections of the CPTs General Reports', CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf).

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 (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).

Cunningham, J.A. (2000), 'Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?', *Drug and Alcohol Dependence* 59, pp. 211-3.

Darke, S. y Ross, J. (2002), 'Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods', *Addiction* 97, pp. 1383-94.

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*, Departamento de Prensa de la Universidad Libre de Bruselas, Bruselas.

Departamento de Salud (2007), *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Departamento de Salud, Londres (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).

Desroches, F. (2007), 'Research on upper level drug trafficking: a review', *Journal of Drug Issues* 37, pp. 827-44.

Dirección General de Salud y Consumidores (2008a), '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', Dirección General de Salud y Consumidores, Bruselas (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).

Dirección General de Salud y Consumidores (2008b), 'Quality of treatment services in Europe — drug treatment situation and exchange of good practice', Dirección General de Salud y Consumidores, Bruselas (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treament_frep_en.pdf).

Dolan, K.A., Shearer, J., White, B. *et al.* (2005), 'Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection', *Addiction* 100, pp. 820-8.

ECDC y Oficina Regional para Europa de la OMS (2008), 'HIV/AIDS surveillance in Europe 2007', Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, Estocolmo.

Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. *et al.* (2008), 'Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update', *Substance Abuse* 29, pp. 31-49.

Ellingstad, T.P., Sobell, L.C., Sobell, M.B. *et al.* (2006), 'Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution', *Addictive Behaviours* 31, pp. 519-30.

Europol (2007), 'Project COLA: European Union cocaine situation report 2007', Europol, La Haya.

Europol (2008), 'European Union drug situation report 2007', Europol, La Haya.

Farrell, M. y Marsden, J. (2008), 'Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales', *Addiction* 103, pp. 251-5.

GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy,* Greater London Authority, Londres.

Gobierno Escocés (2008), 'Reducing drug users' risk of overdose', Scottish Government Social Research (http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf).

Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. *et al.* (2007), 'Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection', *International Journal of Drug Policy* 18, 437-43.

Hall, W. y Solowij, N. (1998), 'Adverse effects of cannabis', *Lancet* 1352. pp. 1611-16.

Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. y Razc, J. (directores de edición) (2008a), 'Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies', Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf).

Hedrich, D., Pirona, A. y Wiessing, L. (2008b), 'From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, pp. 503-17 (doi: 10.1080/09687630802227673).

Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. *et al.* (2005), 'Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people', *BMJ* 330, p. 11.

Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. *et al.* (2008), 'Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction', *Substance Use Misuse* 43, pp. 1464-75.

Hibell, B. *et al.* (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas y Grupo Pompidou del Consejo de Europa.

Hoare, R. y Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, Londres.

Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. *et al.* (2008), 'Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths', *American Journal of Public Health* 98, pp. 2229-36.

Jager, J., Limburg, W., Kretzschmar, M. *et al.* (directores de edición) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

JIFE (2009a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, Naciones Unidas: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Nueva York.

JIFE (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, Naciones Unidas: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Nueva York.

Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrell, M. y Lima, M.S. (2007), 'Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders', *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.

Korf, D. (director de edición) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Grupo Pompidou, Pabst Science Publishers, Lengerich, Alemania.

Loftis, J.M., Matthews, A.M. y Hauser, P. (2006), 'Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management', *Drugs* 66, pp. 155-74.

McCambridge, J., Slym, 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.

McIntosh, J., Bloor, M. y Robertson, M. (2008), 'Drug treatment and the achievement of paid employment', *Addiction Research and Theory* 16, 37-45.

Mennes, C.E., Ben Abdallah, A. y Cottler, L.B. (2009), 'The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups', *Addictive Behaviors* 34, 223-6.

Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. *et al.* (2008), 'Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility', *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).

Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V. y Trapková, B. (2007), 'Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study', *Československá Psychologie* 103 (Supplement 51), pp. 109-18 (http://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych_supplement2007.pdf).

Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. y Lang, J.P. (2007), 'Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues' [Management of hepatitis C among drug user patients], *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, pp. S51-5.

NICE (2009), 'Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment', *Public health guidance* 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, Londres.

Nordstrom, B.R. y Levin, F.R. (2007), 'Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature', *American Journal of Addiction* 16, pp. 331-42.

NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (http://www.nta.nhs.uk/publications/).

Obradovic, I. (2008), Activité des «consultations jeunes consommateurs» (2005-2007), *Tendances* 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, París.

OEDT (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2004), *European report on drug consumption rooms*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2005), *Co-morbidity: drug use and mental disorders*, Drogas en el punto de mira n° 14, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, Cuestión particular, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2006b), *Developments in drug use within recreational settings*, Cuestión particular, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Cuestión particular, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2007b), *Drogas y delincuencia: una relación compleja*, Drogas en el punto de mira n° 16, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2007c), *Drugs and driving*, Cuestión particular, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monografía n° 8, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2008b), *Informe anual 2008: el problema de la drogodependencia en Europa*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, Cuestión particular, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, Ficha técnica, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa (http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking).

OEDT (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe,* Cuestión particular, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States, Insights* n° 10, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2009b), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Documentos temáticos, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa (http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention).

OMA (2008), *Customs and drugs report 2007*, Organización Mundial de Aduanas, Bruselas.

OMS (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Oficina Regional para Europa de la OMS, Copenhague (http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf).

OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).

ONUDD (2009), *World drug report*, 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.

Perkonigg, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A. *et al.* (2008), 'The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life', *Addiction* 103, pp. 439-49.

Piontek, D., Kraus, L. y Klempova, D. (2008), 'Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties', *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, p. 25.

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.K., Guterman, L.R. y Hopkins, L.N. (2001), 'Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey', *Circulation* 103, pp. 502-6.

Roesner, S. y Küfner, H. (2007), 'Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (Pharmon)', *Sucht* 53 (Supplement 1), pp. S65-S77.

Rosenberg, H., Melville, J. y McLean, P.C. (2002), 'Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services', *Addiction* 97, pp. 59-65.

Samhsa (2007), 'National survey on drug use and health, Substance Abuse and Mental Health Services Administration', Rockville (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo).

Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C. *et al.* (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use,* Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. y Deering, D. (2008), 'Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search', *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, pp. 963-68.

Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. *et al.* (2008), 'Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe', en *Quality of treatment services in Europe — drug treatment: situation and exchange of good practice* (ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treament_frep_en.pdf).

Strang, J. y Sheridan, J. (1997), 'Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales', *Addiction* 92, pp. 833-8.

Strang, J., Manning, V., Mayet, S. *et al.* (2008), 'Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses', *Addiction* 103, pp. 1648-57.

Sutton, A.J., Edmunds, W.J., Sweeting, M.J. y Gill, O.N. (2008), 'The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis', *Journal of Viral Hepatitis* 15, pp. 797-808.

Swift, W., Hall, W. y Copeland, J. (2000), 'One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia', *Drug and Alcohol Dependence* 59, pp. 309-18.

Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. *et al.* (2009), 'HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention', *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).

Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. *et al.* (2007), 'A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence', *American Journal of Psychiatry* 164, pp. 160-2.

Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. y Gandilhon, M. (2008), 'The first national survey on users of the CAARUD centres', *Tendances* No. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, París.

Vandam, L. (2009), 'Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature', en Cools, M. *et al.* (directores de edición), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Amberes.

Vickerman, P., Hickman, M., May, M. *et al.* (presentado), 'Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis', *Addiction*.

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.

Wammes, A., Van Leeuwen, L. y Lokman, S. (2007), 'Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 'Je bent niet gek als je niet blowt', Trimbos Institute, Utrecht.

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. *et al.* (2008a), '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', *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884).

Wiessing, L., Van de Laar, M.J., Donoghoe, M.C. *et al.* (2008b), 'HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East', *Eurosurveillance* 13(50) (http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067).

Wood, D.M., Bishop, C.R., Greene, S.L. y Dargan, P.I. (2008), 'Ketamine-related toxicology presentations to the ED', *Clinical Toxicology* 46, p. 630.

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 (www.biomedcentral.com).

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

Informe anual 2009: el problema de la drogodependencia en Europa

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea

2009 — 112 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-385-7

Cómo obtener las publicaciones de la Unión Europea

Publicaciones destinadas a la venta

- A través de EU Bookshop (http://bookshop.europa.eu).
- En una librería, facilitando el título, el editor y el número ISBN.
- Poniéndose directamente en contacto con uno de nuestros agentes de ventas.
  Puede obtener sus datos de contacto en el sitio web http://bookshop.europa.eu o mandando un fax al +352 2929-42758.

Publicaciones gratuitas

- A través de EU Bookshop (http://bookshop.europa.eu).
- En las representaciones o delegaciones de la Comisión Europea. Puede obtener sus datos de contacto en el sitio web http://ec.europa.eu o mandando un fax al +352 2929-42758.

TD-AC-09-001-ES-C

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 y el público en general.

El informe anual, una visión general del OEDT sobre el fenómeno de las drogas en la Unión Europea, es un libro de referencia fundamental para quienes desean conocer los últimos descubrimientos en materia de drogas en Europa.

Oficina de Publicaciones

ISBN 978-929168385-7

9 789291 683857