



Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

ISSN 1609-607X

# INFORME ANUAL 2007

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA  
EN EUROPA





Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

# INFORME ANUAL 2007

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 Unión Europea 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, noruego, polaco, portugués, rumano, sueco y turco. 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 Oficiales de las Comunidades Europeas, 2007

ISBN 978-92-9168-289-8

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2007

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica

*Printed in Belgium*

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO



Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal

Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

# Índice

Prefacio	5
Agradecimientos	7
Nota introductoria	9
Comentario: La situación europea en materia de drogas	11
Capítulo 1	
<b>Políticas y legislación</b>	<b>18</b>
Capítulo 2	
<b>Respuestas a los problemas relacionados con las drogas en Europa: panorámica general</b>	<b>28</b>
Capítulo 3	
<b>Cannabis</b>	<b>37</b>
Capítulo 4	
<b>Anfetaminas, éxtasis y LSD</b>	<b>48</b>
Capítulo 5	
<b>Cocaína y crack</b>	<b>57</b>
Capítulo 6	
<b>Consumo de opiáceos y drogas por vía parenteral</b>	<b>63</b>
Capítulo 7	
<b>Tendencias nuevas y emergentes en cuanto al consumo de drogas y medidas relativas a nuevas drogas</b>	<b>72</b>
Capítulo 8	
<b>Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas</b>	<b>77</b>
Bibliografía	90



## Prefacio

Presentamos a continuación el duodécimo informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Al igual que los informes anteriores, ofrece una visión exhaustiva y actualizada de la situación actual del consumo de drogas en Europa. Asimismo muestra los progresos que ha realizado Europa en la aplicación de un sistema de información extenso, sostenible y metodológicamente sólido para la supervisión del consumo de drogas.

El informe aborda dos cuestiones básicas: ¿qué sabemos sobre el consumo de drogas en Europa y los problemas que este provoca? y ¿qué hemos aprendido acerca de una actuación eficaz ante los problemas relacionados con las drogas? Estas cuestiones son importantes porque, al margen de convicciones políticas o ideologías, los responsables políticos europeos reconocen que el consumo de drogas plantea un complejo conjunto de problemas para los que no existe una solución sencilla. Coinciden en que para avanzar deben analizarse los datos disponibles relativos tanto a la envergadura como a la naturaleza del problema, así como a los costes y beneficios de los distintos enfoques de intervención. En este sentido, el informe también refleja el compromiso que ha adquirido Europa en la elaboración de políticas equilibradas y basadas en datos científicos, así como su voluntad de dedicar un esfuerzo continuado al problema en lugar de confiar en medidas que prometan «soluciones rápidas». Como resultado de todo esto, Europa puede estar orgullosa de estar dando una respuesta racional y humana a este problema tan complicado y, a menudo, tan emocional.

Este informe también refleja los avances realizados como respuesta al problema de las drogas en Europa. Esta cuestión es particularmente pertinente este año, dado que próximamente tanto Europa como la comunidad internacional evaluarán los logros obtenidos en este área. En 2008, la Comisión Europea empezará a evaluar los efectos del actual plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga y la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas (CND) debatirá sobre los avances realizados en el cumplimiento de los objetivos establecidos en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1998.

En Europa, la situación de las drogas sigue representando un reto importante para la salud y la política social, así como

en relación con el cumplimiento de la ley. No resulta difícil encontrar áreas que despierten una preocupación especial. Sin embargo, creemos firmemente que también es importante reconocer el progreso realizado. En Europa, cada vez son más los Estados miembros que están adoptando enfoques estratégicos y planificados para hacer frente al problema de la droga. También se ha experimentado un aumento muy importante de la inversión en actividades de prevención, tratamiento y reducción de los daños, se ha mejorado la cooperación y se ha puesto mayor énfasis en la reducción del suministro. En general, los índices de consumo de drogas siguen marcando niveles históricamente altos, aunque se han estabilizado en la mayor parte de las áreas. En algunas zonas, incluso, se aprecian señales que merecen un prudente optimismo. La Unión Europea y sus Estados miembros brindan un apoyo considerable a los programas internacionales y, en el contexto mundial, resulta satisfactorio comprobar que, en muchas regiones importantes, la situación europea parece relativamente positiva.

Como observatorio, tratamos a diario con hechos y cifras; debemos ser científicamente rigurosos e imparciales e interpretar la información disponible sin prejuicios ni opiniones preconcebidas. Esta es nuestra función y, como Presidente del Consejo de Administración y Director, no haremos concesiones en esta cuestión y nos sentimos orgullosos del alto estándar que garantizamos. Sin embargo, a pesar de que el rigor científico es esencial para nuestro trabajo, no debemos olvidar que las cifras hablan de seres humanos de carne y hueso, que han visto cómo los problemas de las drogas afectaban y, en ocasiones, destruían sus vidas. Detrás de las frías estadísticas sobre solicitudes de tratamiento, muertes relacionadas con las drogas y comportamiento delictivo se esconden familias que sufren, talentos perdidos y niños que crecen en comunidades inseguras. Para poder desarrollar respuestas eficaces al problema de las drogas no debemos permitir que los datos nos afecten, pero tampoco que el problema en sí deje de afectarnos.

**Marcel Reimen**  
Presidente del Consejo de Administración del OEDT

**Wolfgang Götz**  
Director del 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 Reitox y su personal;
- los servicios de cada Estado miembro encargados de recoger los datos básicos para el informe;
- los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del OEDT;
- el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea (en particular, su Grupo de trabajo horizontal sobre drogas) y la Comisión Europea;
- el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y Europol;
- el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Interpol, la Organización Mundial de Aduanas (OMA), el proyecto ESPAD y el Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN), así como el Centro Europeo de Control Epidemiológico del Sida (EuroHIV);
- el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea y la Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas;
- Prepress Projects Ltd.

### Puntos focales nacionales 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/?nnodeid=1596>



## 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) y los países candidatos, así como Noruega (que participa en las actividades del OEDT desde 2001), en forma de informes nacionales. Los datos estadísticos que aquí presentamos se refieren al año 2005 (o al último año para el que se dispone de datos). A veces, los gráficos y los cuadros se refieren solo a un subgrupo de países de la Unión Europea: para la selección se han considerado aquellos países que cuentan con datos para el período de referencia.

La versión en línea del Informe anual, en veintitrés idiomas, puede descargarse en: <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

El boletín estadístico de 2007 (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) 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 más de 100 gráficos estadísticos adicionales.

Los perfiles estadísticos de los países (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) ofrecen un resumen gráfico de excelente calidad de los aspectos más importantes de la situación de la droga en cada país.

Acompañan al informe tres breves monográficos sobre los siguientes temas:

- drogas y conducción;
- el consumo de drogas entre los menores;
- la cocaína y el crack: una cuestión de salud pública cada vez más importante.

Las cuestiones particulares están disponibles en versión impresa y en línea (<http://issues07.emcdda.europa.eu>), pero únicamente en inglés.

Los informes nacionales de los puntos focales Reitox presentan una descripción y análisis detallados del problema de las drogas en cada país, y pueden consultarse en el sitio web del OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



## Comentario: La situación europea en materia de drogas

### Europa juega un papel cada vez más importante en el fomento de acciones globales para reducir los problemas relacionados con las drogas

Ni las tendencias en el consumo de drogas ni los productores y traficantes de estas sustancias respetan las fronteras nacionales o geográficas. Por lo tanto, es importante reconocer que el problema europeo de la droga forma parte de un fenómeno mundial mucho mayor y que las pautas en el consumo de drogas en Europa se ven influenciadas por la situación en materia de drogas que atraviesan otras regiones y, a su vez, repercuten en ella. El plan de acción actual de la Unión Europea (UE) en materia de lucha contra la droga tiene en cuenta este factor, pues plantea la necesidad de desarrollar la coordinación europea en asuntos internacionales y de promover programas que reduzcan la oferta y la demanda de droga en los países vecinos y productores. La inversión europea en acciones internacionales ya resulta considerable: una auditoría reciente de la Comisión Europea indica que la Comunidad Europea está destinando más de 750 millones de euros a la financiación de medidas de reducción de la oferta y la demanda en terceros países. Además, la UE es actualmente el principal donante internacional en el apoyo al trabajo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).

Además del apoyo económico, también se ha demostrado que los países europeos se han tomado en serio los compromisos adquiridos a escala internacional para encontrar respuestas adecuadas a los problemas de la droga. En 2008, la comunidad internacional evaluará los progresos globales realizados en relación con los objetivos trazados en la sesión especial de las Naciones Unidas de 1998 dedicada a la lucha contra el problema mundial de la droga. Para complementar los datos disponibles a escala internacional, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) respaldará el proceso de revisión proporcionando una valoración más detallada de la situación europea. Como se aprecia en los datos presentados en este informe, a lo largo de los últimos diez años los Estados miembros de la UE han desarrollado mecanismos de coordinación a escala nacional y comunitaria cada vez más exhaustivos, basados generalmente en estrategias y planes de acción. Además, han ampliado enormemente la información disponible sobre la situación en el ámbito de las drogas y han aumentado la inversión en intervenciones enfocadas tanto a la oferta como a la demanda. Aunque no hay que olvidar que el consumo de drogas sigue siendo uno de los principales retos para la salud pública y la política social en Europa, conviene también reconocer estos logros.

### Situación de Europa en el contexto mundial

El consumo de drogas es un problema mundial, por lo que se puede obtener una visión general útil del alcance relativo

del problema de la droga en Europa comparando los datos europeos con los de otros países. La dificultad en este asunto radica en que, a escala mundial, solo unos pocos países cuentan con información exhaustiva y fiable. Los datos de los Estados Unidos, Canadá y Australia permiten realizar comparaciones significativas de las estimaciones de prevalencia del consumo de drogas en el año pasado. Las estimaciones de la ONUDD indican que la prevalencia de consumo de opiáceos en estos países es, en general, muy parecida a la de la Unión Europea, que oscila entre el 0,4 % y el 0,6 %, siendo ligeramente inferior en Canadá y ligeramente superior en los Estados Unidos. El consumo estimado de cannabis es, de media, considerablemente inferior en la Unión Europea que en los Estados Unidos, Canadá y Australia. En cuanto a los estimulantes, en general los niveles de consumo de éxtasis son muy similares en todo el mundo, aunque los informes muestran niveles de prevalencia elevados en Australia. La prevalencia de consumo de anfetaminas en Australia y en los Estados Unidos es superior a la de Europa y Canadá, mientras que la de consumo de cocaína en los Estados Unidos y Canadá es superior a la de la Unión Europea y Australia. La falta de datos comparativos dificulta la evaluación de los efectos sobre la salud del consumo de drogas en los distintos países. Sin embargo, una comparación prudente de las tasas estimadas de nuevos diagnósticos de infecciones de VIH relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral en 2005 indica que en Australia, Canadá y la Unión Europea no se superan los 10 casos por millón de habitantes y que, en los Estados Unidos, la cifra se sitúa en aproximadamente 36 casos por millón.

### La cuantificación de la complejidad: establecimiento de objetivos significativos y desarrollo de medidas globales útiles

El objetivo de todas las estrategias europeas antidroga es el de reducir el consumo y los daños que este puede causar, tanto en los consumidores como en las comunidades en las que viven. Este objetivo puede definirse de forma sencilla, pero es importante reconocer que el consumo de drogas es un fenómeno complejo y multifacético, y que cualquier intento de evaluar los efectos de las políticas en este ámbito debe reflejar esta realidad subyacente. Una conclusión positiva de este informe es que las políticas europeas en materia de drogas tienen cada vez más en cuenta la necesidad de centrarse en actividades específicas y desarrollar objetivos significativos. Esto se hace patente, por un lado, en el giro general que ha dado Europa hacia estrategias nacionales antidroga que van acompañadas de planes de acción más específicos y limitados en el tiempo y, por otro lado, en cuanto a la coordinación europea, en la revisión anual del plan de acción actual de la UE en materia de lucha contra la

droga, con la correspondiente eliminación o modificación de los indicadores tras la comprobación de su eficacia.

Para la evaluación de las acciones resulta muy útil el uso de un enfoque más selectivo. Sin embargo, también resulta conveniente poder disponer de algunas medidas globales que permitan describir más fácilmente los problemas complejos. A pesar de que la creación de estas escalas y medidas es complicada, recientemente han tenido lugar avances prometedores en esta área. En este informe se proporciona un nuevo análisis de los datos sobre el gasto público europeo en el ámbito de las drogas. Aunque los datos son parciales, ilustran las considerables sumas de dinero que se destinan cada año en Europa a reducir la oferta y la demanda de droga: entre 13 000 y 36 000 millones de euros. Además, se debe tener en cuenta que en estas cifras no se incluyen los costes sociales del consumo de drogas.

Entre los avances que pueden resultar útiles en este sentido se encuentra el desarrollo de índices que pretenden medir los distintos costes y daños que implica el consumo de drogas ilegales, como el índice de daños causados por la droga creado recientemente en el Reino Unido. El daño es también uno de los conceptos clave incluidos en el índice de drogas ilícitas (IDI) propuesto recientemente por la ONUDD. Estos enfoques pueden resultar útiles en el futuro para el análisis de las políticas, pero dependen de la calidad de los datos en los que se basa la medida compuesta y de hasta qué punto estos datos pueden abarcar el concepto objetivo.

### **La reducción de los daños es ya un componente explícito del enfoque europeo**

Siguen existiendo diferencias considerables entre los países europeos en cuanto a la naturaleza y la escala de los problemas nacionales en materia de drogas y también en el alcance y la concepción de las medidas. No obstante, existe un importante consenso en los aspectos básicos más generales: que las políticas antidroga deben ser equilibradas, exhaustivas y basarse en datos científicos. En el ámbito de la reducción de la demanda, se acepta de manera generalizada la necesidad de poner en práctica actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación social. Sin embargo, históricamente, la reducción de los daños ha sido un tema más controvertido. Este aspecto está cambiando, y la reducción de los daños como parte de un paquete exhaustivo de medidas de disminución de la demanda parece haberse convertido en una parte más explícita del planteamiento europeo. Esto se hace evidente en el hecho de que prácticamente todos los Estados miembros de la UE cuentan tanto con tratamientos de sustitución a base de opiáceos como con programas de intercambio de agujas y jeringuillas, a pesar de que los niveles de provisión de servicios varían considerablemente. También queda patente en un reciente informe de la Comisión Europea, que concluye que la Recomendación del Consejo de 18 de junio de 2003 ha desempeñado un papel decisivo a la hora de alentar a los Estados miembros a desarrollar y ampliar actividades de reducción de los daños.

### **Centros penitenciarios: los servicios para consumidores de drogas siguen estando subdesarrollados**

Una de las conclusiones importantes que se extrae de la revisión de los progresos realizados en la aplicación de la Recomendación del Consejo es que, a pesar de los avances conseguidos en otros ámbitos, los servicios de todo tipo están generalmente poco desarrollados en los entornos penitenciarios. Aunque algunos Estados miembros han introducido programas para derivar a los delincuentes con problemas de drogas hacia un tratamiento como alternativa a las sanciones penales, los consumidores de drogas siguen constituyendo una proporción importante de la población de presidiarios en prácticamente todos los países. El OEDT colabora actualmente con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la elaboración de una base de datos para la recopilación de indicadores de la salud en las prisiones. El principio general de que los presidiarios deberían tener acceso a las mismas oportunidades sanitarias que la población general no se cumple en muchos aspectos para los consumidores de drogas. Los estudios indican que muchos de los delincuentes que entran en prisión tienen problemas con la droga y que, además, con frecuencia el consumo continúa una vez en la cárcel. La falta de servicios para los consumidores de drogas en los centros penitenciarios plantea el grave problema de que no solo se pierde la oportunidad de intervenir para procurar reducir el consumo y el comportamiento delictivo en el futuro, sino también de que esta falta de servicios puede ir en menoscabo de los avances en materia de salud logrados en otros ámbitos.

### **Identificación de prácticas eficaces e intercambio de conocimientos**

Cada vez más, el debate sobre las medidas de reducción de la demanda de todo tipo se ha centrado en identificar las intervenciones con una efectividad probada y sin consecuencias adversas no intencionadas. Puesto que cualquier intervención llevada a cabo de forma deficiente difícilmente será efectiva o puede incluso resultar contraproducente, un segundo objetivo de esta labor consiste en identificar las buenas prácticas y las medidas de control de calidad. El nuevo reglamento del OEDT destaca la importancia de identificar y divulgar las buenas prácticas. Una de las principales dificultades a este respecto son los entornos reales en los que se aplican las intervenciones de reducción de la demanda. Los estudios controlados fiables, el patrón oro para la mayoría de intervenciones médicas, son a menudo difíciles de diseñar o sencillamente imposibles de aplicar. Las tareas complejas asociadas a la evaluación de los datos que dan fe de la efectividad y a la identificación de las normas de control de calidad se tratan en el capítulo 2 de este informe.

### **La popularidad del cannabis podría haber alcanzado su punto álgido, mientras que aumenta la sensibilización sobre los temas relacionados con la salud pública**

Casi una cuarta parte de los adultos ha probado el cannabis en algún momento de su vida y uno de cada 14 lo han

consumido en el último año, lo que lo convierte en la droga ilegal más consumida en Europa. Sin embargo, este dato no solo es válido para la población en general, sino también, y especialmente, para los jóvenes y muy jóvenes. El consumo de drogas entre quienes que se están desarrollando tanto física como socialmente puede constituir un problema concreto. Este asunto se aborda detalladamente en la cuestión particular incluida sobre el consumo de drogas en menores. La importancia de comprender las implicaciones de una iniciación temprana en el consumo de cannabis y las medidas que podrían resultar adecuadas es una de las complejas cuestiones que plantea actualmente el extendido consumo del cannabis para la salud pública y las políticas de control de drogas de Europa.

Una tendencia general en la política europea ha consistido en reducir la aplicación de medidas penales por posesión y consumo de pequeñas cantidades de cannabis y adoptar, en su lugar, planteamientos orientados a la prevención y el tratamiento. A pesar de esta tendencia, en el período 2000-2005 las infracciones relacionadas con el cannabis aumentaron considerablemente (36 %). En la mayoría de países, esta es la sustancia por la que se presentan más cargos por consumo o posesión de drogas. La situación podría estar cambiando, ya que la mayoría de países experimentan actualmente un cierto descenso en las infracciones relacionadas con el cannabis, puede que como resultado de que los cuerpos y las fuerzas de seguridad persigan con menos vehemencia el consumo de esta droga.

A pesar del importante debate que genera este asunto entre la opinión pública y los medios de comunicación, es difícil señalar alguna relación directa o simple entre las políticas en materia de cumplimiento de la ley y la prevalencia general del consumo de cannabis. A pesar de las diferencias de tiempo y escala entre los países, Europa experimentó un aumento considerable en el consumo de cannabis durante los años noventa, seguido por una tendencia de mayor estabilidad pero igualmente ascendente tras el año 2000. Esto ha hecho que la situación europea actual sea más homogénea de lo que lo había sido tradicionalmente. Además, los datos más recientes indican que el consumo de cannabis está pasando a una fase de mayor estabilidad o incluso de descenso, en especial en los países con las tasas de prevalencia más elevadas. Y, aunque los datos son aún relativamente limitados, existen indicios para pensar que la popularidad de esta sustancia entre los grupos de edad más jóvenes se está reduciendo en algunos países. A pesar de que las tendencias nacionales varían en general, se puede afirmar con un prudente optimismo que la escalada en el consumo de cannabis que ha experimentado Europa desde los años noventa podría haber tocado techo.

Si bien Europa está entrando en un período de mayor estabilidad en el consumo de cannabis, también es cierto que los niveles actuales son muy elevados teniendo en cuenta las cifras históricas; y, a pesar de que solo una proporción relativamente pequeña de los consumidores de cannabis consume de manera regular e intensiva, representa igualmente una cantidad importante de individuos. Los avances en la investigación científica y la experiencia

## Resumen de las estimaciones sobre consumo de drogas en Europa

(Nota: Estas estimaciones se refieren a la población adulta y son las más recientes de que se dispone. Véanse los datos completos y las notas metodológicas en el boletín estadístico de 2007).

### Cannabis

Prevalencia a lo largo de la vida: al menos 70 millones, es decir, uno de cada cinco europeos adultos

Consumo en los últimos 12 meses: unos 23 millones de europeos adultos, es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida

Consumo en los últimos 30 días: más de 13 millones de europeos

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses: del 1,0 % al 11,2 %

### Cocaína

Prevalencia a lo largo de la vida: al menos 12 millones, es decir, alrededor del 4 % de los europeos adultos

Consumo en los últimos 12 meses: 4,5 millones de europeos adultos, es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida

Consumo en los últimos 30 días: alrededor de 2 millones

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

### Éxtasis

Prevalencia a lo largo de la vida: aproximadamente 9,5 millones de europeos adultos (el 3 % de los europeos adultos)

Consumo en los últimos 12 meses: 3 millones, es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida

Consumo en los últimos 30 días: más de 1 millón

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses: del 0,2 % al 3,5 %

### Anfetaminas

Prevalencia a lo largo de la vida: casi 11 millones, es decir, alrededor del 3,5 % de los europeos adultos

Consumo en los últimos 12 meses: 2 millones, es decir, una quinta parte de los consumidores a lo largo de la vida

Consumo en los últimos 30 días: menos de 1 millón

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

### Opiáceos

Consumo problemático de opiáceos: entre 1 y 8 casos por 1 000 adultos (entre 15 y 64 años de edad)

Más de 7 500 muertes por intoxicación aguda, en un 70 % de los casos se encontraron opiáceos (datos de 2004)

Principal droga en un 50 % del total de las solicitudes de tratamiento

Más de 585 000 consumidores de opiáceos recibieron tratamientos de sustitución en 2005

clínica permiten comprender mejor las necesidades de los que sufren problemas relacionados con el cannabis. No obstante, apenas existen datos sobre hasta qué punto los consumidores de cannabis en general desarrollan problemas relacionados con esta droga. Los datos relativos al tratamiento recopilados por el OEDT indican que el número declarado de nuevas demandas de tratamiento por consumo de cannabis prácticamente se ha triplicado desde 1999, aunque esta tendencia parece estar estabilizándose. La interpretación de esta tendencia se ve dificultada por una serie de razones entre las que se incluye un incremento tanto de la sensibilización como de los servicios relacionados con problemas ocasionados por el cannabis, y porque una proporción importante de las derivaciones son obligatorias, bien desde el sistema de justicia penal o bien desde otros centros sociales. También parece que las necesidades de los consumidores de cannabis que acceden a servicios de tratamiento son variadas, como también lo son las medidas proporcionadas, que van desde intervenciones breves y orientadas a la prevención hasta enfoques de tratamientos más formales.

La evaluación de la situación europea en torno al cannabis también se ve dificultada por factores de mercado. Además, la falta de datos fiables sobre la presencia y disponibilidad relativas de los distintos productos de cannabis en la UE tampoco ayuda a esclarecer la situación. Europa sigue siendo el principal mercado mundial de resina de cannabis, producida en su mayor parte en el norte de África. En Europa también se distribuye hierba de cannabis, aunque el volumen de resina incautado es diez veces mayor. Sin embargo, esta situación podría estar cambiando: las incautaciones de resina de cannabis disminuyeron ligeramente en 2005, mientras que las de hierba siguieron aumentando, al igual que las de plantas de cannabis. La mitad de los países europeos informaron de cierta producción nacional de cannabis en 2005. Algunas formas de producción casera de cannabis pueden tener una potencia especialmente elevada y la producción en los distintos países también tiene consecuencias en las actividades de control de drogas.

El consumo de cannabis plantea una serie de complejas cuestiones en relación con la droga, la salud pública y la política social en Europa. Una de las evoluciones positivas es que los Estados miembros parecen estar empezando a comprender mejor las consecuencias del consumo extendido de esta droga y el debate se está planteando de manera más selectiva y se muestra menos propenso a subestimar o exagerar el problema.

### **Cocaína: nuevo aumento en las estimaciones de consumo**

Según las estimaciones del OEDT en el presente informe, 4,5 millones de europeos consumieron cocaína el año pasado, lo que supone una revisión al alza con respecto a los 3,5 millones que se mencionan en el Informe anual de 2006. La idea general que el año pasado apuntaba a una estabilización en el consumo también se ha puesto en entredicho tras los últimos datos, que muestran un aumento general del consumo. Los nuevos datos confirman la posición

de la cocaína como la segunda droga ilegal más consumida en Europa tras el cannabis y por delante del éxtasis y las anfetaminas en todas las medidas, y las estimaciones sobre el consumo de cocaína en el último mes superan en más del doble a las de éxtasis. A pesar de que los recientes aumentos indican que hay más países con una cifra considerable de consumidores de cocaína, la variación entre los distintos países sigue siendo elevada, con tasas bajas de consumo en la mayoría de países de Europa del Este.

También se han señalado tasas más altas de prevalencia en los nuevos datos disponibles de España y el Reino Unido, los dos países con una prevalencia más elevada de Europa, aunque en ninguno de los casos los incrementos han sido espectaculares. En ambos países, las tasas de prevalencia en el último año entre los adultos jóvenes son similares o superiores a las de los Estados Unidos. Resulta preocupante el hecho de que en ambos países el consumo de cocaína entre los jóvenes sea relativamente elevado (4-6 % en adolescentes de entre 15 y 16 años). En España, los análisis sugieren que el reciente incremento se debe al consumo en el grupo de edad de entre 15 y 24 años. Es importante destacar que las estimaciones de consumidores que experimentan problemas graves relacionados con la cocaína son muy inferiores. Aunque solo se dispone de datos sobre el consumo problemático de cocaína de tres países (España, Italia y Reino Unido), la cifra oscila entre el 0,3 % y el 0,6 % de la población adulta. El consumo de *crack* sigue siendo poco frecuente en Europa, pero provoca localmente problemas graves.

Otros indicadores también muestran una tendencia alcista, confirmando la importancia creciente de la cocaína en la problemática europea en materia de drogas. Tanto las cantidades como el número de incautaciones han aumentado, hecho que tal vez se deba al aumento de las importaciones en el mercado europeo, aunque también puede que se hayan intensificado las medidas de prohibición de esta droga. Cada vez se realizan más acciones coordinadas para combatir el tráfico de cocaína en Europa. En este contexto se ubicará un nuevo grupo operativo intergubernamental en Portugal, que parece un lugar adecuado teniendo en cuenta la importancia creciente del país en cuanto a las medidas de prohibición relativas a la cocaína. Si bien las cifras récord en incautaciones no parecen haber repercutido en las tendencias de precio, que siguen evolucionando a la baja, sí podrían haber influido en los niveles de pureza.

Hasta ahora, el aumento en los niveles de consumo de cocaína sólo ha repercutido ligeramente en los indicadores de salud, pero esto podría estar cambiando. Cada año se informa de aproximadamente 400 muertes relacionadas con la cocaína en Europa, pero se sospecha que buena parte de las muertes ocasionadas por problemas cardiovasculares en las que la cocaína ha sido un factor agravante no se detectan. Las solicitudes de tratamiento de los afectados por problemas con la cocaína están aumentando. En 2005, aproximadamente el 13 % de los pacientes que solicitaron tratamiento declararon la cocaína como droga principal, siendo la proporción incluso mayor (22 %) entre los que recibieron tratamiento por primera vez. La cifra de nuevas solicitudes de tratamiento aproximadamente se ha triplicado



en los últimos cinco años, situándose en la actualidad en más de 33 000. Asimismo, en alrededor del 15 % de los casos se mencionó la cocaína como droga secundaria, y aumenta la concienciación sobre el hecho de que el consumo simultáneo de cocaína está dificultando el tratamiento de problemas relacionados con opiáceos en algunos países. Sin embargo, en general las solicitudes de tratamiento por problemas con la cocaína son inferiores a las relacionadas con el cannabis y considerablemente inferiores a las de opiáceos.

### **VIH: valoración general positiva, pero las nuevas infecciones subrayan la necesidad de seguir dedicando esfuerzos a este problema**

Durante los años noventa, la experiencia o la amenaza de la extensión de una epidemia de VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral fue un catalizador para el desarrollo de servicios para este grupo. La expansión de los servicios ha evitado en gran medida las epidemias de VIH que se habían registrado antes en Europa, pero se han observado problemas localizados en algunos países, en especial en los países bálticos, y en algunos países afectados por las epidemias anteriores, en los que las tasas de prevalencia de VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral han seguido siendo bastante elevadas. En general, a pesar de que la transmisión del VIH por consumo de drogas por vía parenteral se ha reducido, el OEDT calcula que, en 2005, esta forma de contagio provocó aproximadamente 3 500 nuevas infecciones de VIH en la Unión Europea. Aunque la cifra puede parecer baja en comparación con los datos históricos, sigue representando un problema de salud pública considerable.

El análisis de los datos más recientes indica que, en la mayoría de países, las tasas de nuevas de infecciones relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral son bajas y que, en la mayoría de regiones de la UE, la prevalencia de VIH entre estos consumidores descendió entre 2001 y 2005. Como consecuencia, es probable que el número de infecciones provocadas por consumo de drogas por vía parenteral esté descendiendo, especialmente en las áreas en las que la prevalencia ha sido elevada. La situación en Estonia, Letonia y Lituania sigue siendo preocupante, pero en estos países los datos más recientes también apuntan a un descenso relativo en la cantidad de nuevas infecciones.

Sin embargo, cabe ser prudente en esta valoración, puesto que los datos disponibles de algunas áreas importantes son escasos y los estudios de las tendencias temporales de los últimos cinco años han revelado incrementos en algunas zonas o muestras en aproximadamente un tercio de los países. Además, existen motivos para la preocupación en algunos países, ya sea por los niveles relativamente elevados de nuevas infecciones o por el ligero aumento reciente en las tasas de prevalencia, a pesar de que estas, en general, se mantienen bajas. La historia reciente demuestra que las infecciones de VIH pueden propagarse a gran velocidad entre las poblaciones vulnerables, lo que evidencia la necesidad de seguir elaborando y desarrollando servicios a medida de quienes se encuentran en situación de riesgo.

### **La hepatitis C sigue siendo la epidemia oculta de Europa**

Según las estimaciones del OEDT podría haber unos 200 000 europeos infectados por el VIH que son consumidores de drogas por vía parenteral o lo fueron en el pasado. Aunque la opinión pública es muy consciente de los riesgos de contagio del VIH que implica el consumo de drogas por vía parenteral, es importante recordar que se calcula que hay un millón de ciudadanos infectados con el virus de la hepatitis C (VHC) por consumo de drogas por esta vía en algún momento de su vida, incluida una proporción significativa de antiguos consumidores que han dejado la droga.

La hepatitis C puede tener graves consecuencias para la salud, como el cáncer y la muerte, y es probable que la satisfacción de las necesidades de los infectados con el VHC cause cada vez más estragos en los presupuestos sanitarios. En toda Europa, las tasas de VHC son elevadas entre los consumidores de drogas por vía parenteral y los estudios demuestran que los jóvenes consumidores siguen adquiriendo esta enfermedad de forma temprana tras su iniciación, lo que limita las posibilidades de intervención. A diferencia de lo que sucede con la hepatitis B, donde las intervenciones parecen estar dando fruto, no se aprecia ninguna tendencia clara en los datos del VHC, a pesar de que las diferencias entre los distintos países podrían dar pistas que indiquen qué acciones pueden resultar eficaces en esta área.

### **El consumo de heroína es estable pero resulta preocupante el aumento de los problemas relacionados con los opiáceos sintéticos**

Se estima que la producción potencial mundial de heroína, principalmente en Afganistán, aumentó de nuevo en 2006, situándose en más de 600 toneladas. Esto plantea una pregunta en Europa: ¿qué efectos tendrá este incremento en el problema de la droga? Hasta la presente, el incremento en la producción de heroína no ha repercutido en la mayoría de indicadores del consumo de heroína que, en general, han permanecido estables durante algún tiempo. El análisis de los datos de los tratamientos por consumo de drogas y las sobredosis sugiere que la población europea consumidora de heroína sigue envejeciendo, a pesar de que la situación en los países de Europa del Este no es tan clara. Las estimaciones generales del consumo problemático de drogas también suelen apuntar a una situación estable. Sin embargo, la reducción del precio de la droga y el incremento del número de consumidores de heroína jóvenes en tratamiento en algunos países indican que no hay que bajar la guardia.

A pesar de que actualmente no hay pruebas diáfanas de que la heroína esté ganando popularidad entre los jóvenes, los datos de varios informes indican que el problema del consumo de opiáceos sintéticos podría estar creciendo en algunas partes de Europa y que este tipo de opiáceos podría incluso estar sustituyendo a la heroína en algunos países. En Austria, una proporción cada vez mayor de pacientes que solicitan tratamiento son menores de 25 años y buscan ayuda para solucionar problemas relacionados con el consumo de opiáceos inicialmente previstos para

usos legales. En Bélgica también se ha notificado un cierto aumento en el consumo ilegal de metadona y, en Dinamarca, se menciona con frecuencia la metadona en los informes de muertes relacionadas con las drogas. Según los informes, la buprenorfina, una droga que algunos consideran poco atractiva para el mercado ilegal, también se está consumiendo e inyectando cada vez más en la República Checa; en Finlandia, podría haber reemplazado a la heroína; y el seguimiento en Francia aumenta la preocupación sobre el consumo ilegal de esta droga, incluido el consumo por vía parenteral entre los jóvenes que se han iniciado en el consumo de opiáceos con buprenorfina en lugar de con heroína.

### Se desacelera la tendencia a la reducción de muertes por sobredosis

El OEDT informa regularmente sobre las muertes súbitas por consumo de drogas que se producen en Europa. Suele tratarse principalmente de muertes por sobredosis, generalmente por consumo de heroína u otros opiáceos, aunque en la mayoría de los casos se habrán consumido varias sustancias. Las muertes por sobredosis son una causa importante de muerte evitable entre jóvenes adultos.

Desde el año 2000, muchos países comunitarios han registrado descensos en el número de muertes relacionadas con las drogas, que posiblemente se debe a una mayor provisión de servicios o de los cambios en las cifras de consumidores de heroína por vía parenteral. Sin embargo, esta tendencia no ha tenido continuidad en 2004 y 2005. Especial preocupación merece el hecho de que, en algunos países, la proporción de jóvenes que figuran entre estas muertes ha aumentado. La reducción del número de muertes relacionadas con las drogas es un objetivo importante de la salud pública y es necesario identificar los motivos que han hecho ralentizar la tendencia a la baja que se estaba experimentando.

La muerte por sobredosis no es el único riesgo para la salud que afecta a los consumidores de drogas. Los estudios revelan que existe un considerable exceso de mortalidad por todas las causas en los consumidores de drogas problemáticos, que supera diez veces a la mortalidad de la población en general. Es necesario, por lo tanto, desarrollar un planteamiento más exhaustivo para tratar las necesidades tanto de salud física como mental de este grupo y poder reducir significativamente la morbilidad y la mortalidad asociadas al consumo crónico de drogas.

### Afganistán: ¿Es posible controlar el impacto mediante un desarrollo alternativo?

La sostenibilidad de la situación general de estabilidad o mejora observada en cuanto al consumo de heroína en Europa se ve cuestionada por el aumento de la producción de opio en Afganistán. Las estimaciones para 2006 sugieren que la producción se ha incrementado en un 43 % como resultado de un aumento significativo del área de cultivo.

Los datos sobre incautaciones de opiáceos y laboratorios desmantelados parecen indicar que el opio producido en Afganistán se transforma cada vez más en morfina o heroína dentro del país antes de ser exportado (CND, 2007). Tras el proceso de transformación, la heroína es introducida en Europa principalmente a través de dos rutas: la antigua ruta de los Balcanes, que aún sigue siendo la más importante en relación con el contrabando de heroína, y la ruta más reciente denominada «ruta de la seda» (véase el capítulo 6).

Las diferencias regionales dentro de Afganistán apuntan a que es posible reducir el cultivo de adormidera si se potencia el crecimiento económico, pero también ponen de manifiesto que la falta de seguridad política, la corrupción y los problemas de infraestructuras pueden menoscabar este enfoque. El área de cultivo se puede reducir rápidamente, pero, de igual modo, a la inversa, también se puede incrementar rápidamente. Por ejemplo, en la provincia de Nangarhar, al este del país, el nivel de cultivo de adormidera se redujo en un 96 % durante el período 2004-2005; sin embargo, en esta misma provincia, al igual que en muchos otros distritos, se han recuperado los niveles anteriores. En parte esto se debe a las necesidades económicas de las áreas densamente pobladas, que no han sabido diversificar los cultivos y adaptarse a otros productos de alta rentabilidad o desarrollar otras fuentes de ingresos no agrícolas (Mansfield, comunicación personal y 2007).

En cambio, en otras partes de la zona oriental del país, el cultivo parece mantenerse en un nivel insignificante, e incluso en las provincias meridionales de Kandahar y Helmand se espera que se reduzca el cultivo en áreas próximas a las capitales provinciales. Los factores que sustentan esta tendencia parecen ser un mayor control gubernamental, una mayor diversificación de la producción agrícola y la creación de infraestructuras de transporte y comercialización, factores que han permitido establecer el cultivo de productos con un rendimiento relativamente alto. En el norte y el noroeste del país, no solo el aumento salarial y la caída de los precios del opio han contribuido a reducir el cultivo de adormidera, también se ha visto favorecido este desenlace por el cultivo de algunas verduras de alto rendimiento, que, de hecho, generan un mayor nivel de beneficios que la adormidera. En estas áreas, la diversificación de los cultivos se ha visto respaldada por los esfuerzos de la lucha contra los estupefacientes y por una mayor implicación del Gobierno, lo que ha dado lugar a la percepción general de que las medidas de prohibición del cultivo del opio serán aplicadas.

En este momento, los elevados costes de la mano de obra y la caída de los precios se traducen en que los beneficios de la adormidera ya no suponen la mejor fuente de ingresos y que, en algunas áreas, se pueden generar ingresos de mayor cuantía a partir de productos alternativos, en particular en las áreas en las que existen también otras fuentes de ingresos no agrícolas. No obstante, estas fuentes de ingresos legales no son accesibles a todos y, en numerosas áreas, las opciones de los agricultores están limitadas por los altos costes del transporte, el mal estado de las carreteras y los problemas derivados de la falta de seguridad. En estas áreas, la corrupción y la inseguridad están mermando las oportunidades de comercio con mercancías legales y suponen un lastre para el crecimiento económico; asimismo están dilapidando los esfuerzos para fomentar la diversificación de cultivos, incluso en zonas relativamente próximas a las capitales provinciales.



# Capítulo 1

## Políticas y legislación

En el presente capítulo se describen las políticas en materia de drogas en la Unión Europea (UE) en su conjunto y en distintos Estados miembros, así como la relación entre esos dos niveles de formulación de políticas. Una recopilación de datos iniciada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) durante el período del informe permite ofrecer una panorámica general de las estrategias actuales en materia de drogas y los marcos institucionales existentes en Europa. En el apartado sobre gasto público relacionado con las drogas se examina el tema de la estimación del coste de las drogas para la sociedad. A partir de los datos sobre gasto público nacional comunicados por los Estados miembros se aventura una primera aproximación al importe total consignado por los gobiernos europeos para hacer frente al fenómeno de la droga. En el apartado dedicado a los cambios recientes en las legislaciones nacionales se describen las modificaciones legislativas que tienen por objeto la reducción de la oferta y enfoques legales en relación con los análisis de detección de consumo de drogas. La sección destinada a los delitos relacionados con las drogas presenta un resumen de las últimas estadísticas sobre infracciones a la legislación antidroga y las últimas tendencias de delitos en los que intervienen los opiáceos y el cannabis. El último apartado de este capítulo aborda la investigación sobre las drogas en Europa.

### Estrategias nacionales antidroga

#### Situación general y evoluciones recientes

A principios de 2007, todos los Estados miembros de la UE, excepto Italia, Malta y Austria, contaban con una estrategia nacional antidroga, a veces acompañada de un plan de acción. En ese momento estaban en vigor en Europa más de 35 documentos distintos de planificación nacional antidroga que cubrían un período que iba de solo dos años (plan de acción checo) hasta más de diez años (estrategia nacional de los Países Bajos en materia de drogas).

Una tendencia destacable en los últimos años ha sido la transición de un documento único de planificación nacional a la adopción de dos instrumentos complementarios: un marco estratégico y un plan de acción. Este enfoque, que permite una mejor definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo, actualmente se usa en casi la mitad de los Estados miembros de la UE y resulta incluso más común entre los países que se incorporaron a la UE en 2004 y 2007; ocho de estos doce países han adoptado tanto una estrategia antidroga como un plan de acción.

La política de combinar una estrategia antidroga con un plan de acción facilita una definición más detallada de los objetivos, las medidas, las responsabilidades y los plazos. Algunos países, como por ejemplo Chipre, Letonia y Rumanía, han incorporado procesos de aplicación detallados en sus estrategias antidroga y planes de acción. Este enfoque, que ya se aplica desde hace tiempo en otros Estados miembros (por ejemplo, en España, Irlanda y Reino Unido), se está generalizando y también se ha incorporado en el actual plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga.

En 2006 adoptaron nuevas estrategias o nuevos planes de acción antidroga cuatro Estados miembros (Grecia, Polonia, Portugal, Suecia) y Turquía, así como Irlanda del Norte en el Reino Unido. En ninguno de los casos se trataba del primer documento de ese tipo, y todos los informes nacionales mencionaban que los nuevos documentos de política antidroga se habían beneficiado de la experiencia acumulada en ediciones anteriores. En 2007 está previsto que dos Estados miembros —Malta y Austria—, así como también Noruega, aprueben nuevas estrategias antidroga, mientras que la República Checa, Estonia, Francia y Hungría aplicarán nuevos planes de acción.

#### Contenido

Reducir el consumo de drogas, en general, y el consumo problemático de las mismas, en particular, constituye un objetivo clave de las estrategias nacionales y los planes de acción antidroga de todos los Estados miembros de la UE, los países candidatos y Noruega. También comparten todos los países el objetivo de prevenir y reducir los daños individuales y colectivos que resultan del consumo de drogas. Otra característica común es el enfoque «integral», que vincula las intervenciones dirigidas a la reducción del suministro de droga con las que persiguen la reducción de la demanda. También está muy extendido el enfoque «equilibrado», que pretende dar prioridad a la reducción tanto del suministro como de la demanda. Todos estos elementos forman, asimismo, parte de la estrategia antidroga de la UE.

La gama de sustancias psicotrópicas incluidas en las estrategias nacionales antidroga es un ámbito que permite apreciar diferencias notables entre los Estados miembros. Ello se desprende de los nuevos documentos aprobados durante el año 2006; dos de ellos abordan principalmente el tema de las drogas ilegales (Polonia y Portugal), aunque establecen algunos vínculos con las estrategias contra el alcohol y el tabaco; otros dos tratan tanto las drogas

### Nuevo reglamento del OEDT

El 12 de diciembre de 2006, el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea aprobaron el Reglamento refundido del OEDT, que entró en vigor en enero de 2007.

En el nuevo reglamento se subraya la importancia de los indicadores fundamentales y se señala que su aplicación es una condición previa para que el Observatorio pueda desempeñar sus tareas. Asimismo, se hace hincapié en la necesidad de desarrollar un sistema de información que pueda registrar de manera anticipada tendencias nuevas y emergentes.

El nuevo documento amplía el ámbito de competencias del OEDT. Ahora se hace referencia en particular al hecho de facilitar información sobre el consumo combinado de sustancias psicoactivas legales e ilegales y sobre las mejores prácticas en los Estados miembros. El OEDT puede, asimismo, desarrollar herramientas e instrumentos que faciliten a los Estados miembros el control y la evaluación de las políticas nacionales en materia de drogas y que ayuden a la Comisión Europea a desarrollar esta misma labor en la UE. Todos estos elementos nuevos

permitirán al Observatorio esbozar un cuadro más completo del fenómeno de las drogas.

El nuevo reglamento hace mayor hincapié en la colaboración con órganos asociados, en particular Europol, en lo que respecta a la supervisión de nuevas sustancias psicoactivas, y otros organismos asociados como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Naciones Unidas o las autoridades estadísticas pertinentes para lograr la máxima eficacia. El nuevo reglamento estipula a qué terceros países puede transmitir el OEDT sus conocimientos técnicos, a petición de la Comisión Europea y con la aprobación del Consejo de administración.

Otra novedad es que la función de la red Reitox de los puntos focales nacionales queda definida con mayor claridad. En el texto refundido del Reglamento se modifican asimismo las disposiciones relativas al Comité científico. De esta manera, el Observatorio contará con un cuerpo de científicos eminentes homogéneo e independiente. Además, a fin de garantizar la calidad de la labor desempeñada por el OEDT, tenderá asimismo un puente hacia la comunidad científica e investigadora.

ilegales como el alcohol (Grecia e Irlanda del Norte en el Reino Unido), y un quinto (Turquía) se ocupa de todas las sustancias adictivas. Además, Suecia ha aprobado simultáneamente dos planes de acción interrelacionados, uno para el alcohol y otro para las drogas ilegales. Desde ya hace algunos años se han podido ver en algunos países (por ejemplo, en Alemania y Francia) movimientos hacia la integración de las políticas de lucha contra las drogas legales e ilegales<sup>(1)</sup>. Es probable que el ámbito de aplicación de futuras estrategias antidroga y su posible integración en otras estrategias de salud pública siga siendo un tema importante de cara a los próximos años.

Las estrategias nacionales y los planes de acción antidroga generalmente incluyen intervenciones en el ámbito de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, la reducción de daños y la reducción del suministro. Sin embargo, el alcance de las diferentes intervenciones y la importancia concedida a cada una de ellas varía en los distintos países<sup>(2)</sup>. Esto se explica por las diferencias en relación con la magnitud y las características del problema de drogas, pero también por la diversidad de políticas sociales y sanitarias existentes en Europa. Los recursos financieros, la opinión pública y la cultura política constituyen asimismo factores importantes, y puede demostrarse que los países con ciertas características comunes adoptan políticas similares de lucha contra la droga (Kouvonen *et al.*, 2006).

### Evaluación

El hecho de que en la UE exista una gran diversidad de estrategias nacionales antidroga con objetivos comunes puede considerarse un punto fuerte, pues permite un análisis comparativo de distintos enfoques. La evaluación de estrategias nacionales y planes de acción antidroga resulta por ello importante, no solo de cara a evaluar los esfuerzos

realizados a escala nacional, sino también para mejorar la comprensión general sobre la efectividad de las estrategias antidroga. La UE y los Estados miembros ya han invertido una cantidad significativa de recursos en este campo.

Casi todos los países europeos tienen la intención de evaluar su estrategia nacional antidroga. Los gobiernos desean saber si se aplican sus políticas y si se alcanzan los resultados esperados. En dos Estados miembros (Bélgica y Eslovenia), la evaluación se ha limitado a una serie de proyectos seleccionados. En la mayoría de los demás países, y también a escala comunitaria, se efectúa un seguimiento sistemático de la aplicación de las medidas fijadas en la estrategia nacional antidroga. Esto permite realizar informes sobre los progresos, cuyas conclusiones pueden utilizarse para mejorar o renovar estrategias o planes de acción antidroga existentes.

En Europa son menos frecuentes las evaluaciones globales que cubren el proceso, el rendimiento, los resultados y el impacto. Algunos países (Estonia, Grecia, España, Polonia y Suecia) informan sobre la planificación de una evaluación interna basada en los informes sobre los progresos de la aplicación y otros datos epidemiológicos y criminológicos disponibles. En algunos casos (Luxemburgo y Portugal), un organismo externo se encargará de llevar a cabo una evaluación de este tipo.

En resumen, los informes sobre los progresos de la aplicación de las estrategias y los planes de acción nacionales antidroga se están convirtiendo en un estándar en Europa. El paso siguiente, que pasa por elaborar evaluaciones de resultados e impacto, todavía se encuentra en sus estadios preliminares, y la futura evaluación del impacto del plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2005-2008, para el que la Comisión Europea ha encargado un estudio destinado a diseñar una metodología, podría convertirse en un ejemplo a seguir. También se registra actividad en el área del desarrollo

(1) Véase la cuestión particular de 2006 «Políticas europeas en materia de drogas: ¿debe ampliarse su ámbito de aplicación más allá de las drogas ilegales?».

(2) Véase el capítulo 2.

de índices para evaluar el impacto de estrategias nacionales antidroga o la situación general en el ámbito de las drogas. Tanto el Reino Unido como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) han invertido esfuerzos considerables en este campo.

### Índices de la política antidroga

El índice de daños causados por la droga (*drug harm index*, DHI) del Reino Unido se diseñó para calcular los costes sociales de los daños provocados por el consumo problemático de cualquier droga ilegal. Cubre cuatro tipos de daños: impactos sobre la salud, daños en la comunidad, delitos nacionales relacionados con las drogas y delincuencia económica relacionada con las drogas. Sin embargo, no pretende ofrecer un resumen completo de la situación del país en materia de drogas, puesto que solo se hace uso de indicadores para los que ya existen datos fiables. Los datos obtenidos y las tendencias identificadas se están utilizando como base para evaluar el progreso futuro (MacDonald *et al.*, 2005). El índice de drogas ilícitas de la ONUDD combina tres dimensiones del fenómeno de las drogas: la producción, el tráfico y el abuso de las drogas. El resultado es una valoración general basada en un «factor de daño/riesgo por cápita» que debería reflejar la magnitud de todos los problemas de drogas que surgen en un determinado país (ONUDD, 2005).

La concepción de ambos instrumentos ha implicado interesantes desarrollos metodológicos y ha ofrecido una primera visión sobre la utilización de índices generales para evaluar estrategias antidroga y supervisar la situación global en el ámbito de las drogas. Una primera observación es que este tipo de instrumentos puede ser útil para realizar un seguimiento longitudinal de la situación nacional pero que, para entender lo que realmente está pasando, el resultado debería estudiarse en el contexto del análisis de indicadores concretos dentro de los índices. La utilización de un índice general para la comparación entre países podría resultar más difícil, dadas las limitaciones en las series de datos existentes y la ausencia de variables contextuales (por ejemplo, situación geográfica) del análisis.

### Mecanismos de coordinación

A pesar de que casi todos los Estados miembros de la UE y Noruega ya cuentan con mecanismos formales de coordinación en materia de drogas, existe una diversidad considerable en los sistemas disponibles, lo cual refleja diferencias en las correspondientes estructuras políticas. Sin embargo, pueden describirse algunas características generales.

La mayoría de países dispone de mecanismos de coordinación en materia de drogas a escala tanto nacional como regional o local. A escala nacional, por regla general se ha creado un comité interministerial para la cuestión de la droga que a menudo queda complementado por una agencia de coordinación nacional para asuntos relacionados con la droga o un coordinador nacional en materia de drogas que se encarga de las tareas de

coordinación cotidianas. A escala regional o local, en la mayoría de países existen agencias de coordinación para temas de drogas y/o coordinadores en materia de drogas.

Los países europeos difieren en cuanto a los vínculos entre los mecanismos de coordinación nacionales y los regionales o locales. En algunos países, particularmente en aquellos con una estructura federal (por ejemplo, Bélgica y Alemania), se utilizan sistemas de coordinación vertical para permitir la cooperación entre los distintos organismos de coordinación que actúan de forma independiente. En otros países (por ejemplo, Finlandia y Portugal), los organismos de coordinación nacional son los encargados de supervisar directamente la coordinación a escala regional o local.

El análisis comparativo de los mecanismos de coordinación en materia de drogas en la UE queda dificultado por la diversidad de sistemas existentes. Sin embargo, un estudio encargado por el OEDT muestra que es posible evaluar los sistemas de coordinación centrándose en su «calidad de aplicación», un concepto que permite estudiar su capacidad para producir resultados relevantes para la coordinación (Kenis, 2006). Este enfoque va a seguir desarrollándose a fin de que pueda ser utilizado en la evaluación de sistemas de coordinación nacionales en materia de drogas.

## Gasto público relacionado con las drogas

El gasto público relacionado con el problema de la droga notificado por los países europeos oscila entre los 200 000 euros y los 2 290 millones de euros (\*). La elevada variabilidad se explica en parte por la diferencia de tamaños de los Estados miembros y en parte por las diferencias existentes entre los países en relación con los tipos de gasto declarados y la exhaustividad de los datos. La mayoría de los países declaró únicamente gastos incurridos en relación con la aplicación de programas de políticas antidroga nacionales y no detalló otros gastos en el campo de la reducción de la oferta y la demanda. Además, no se incluyeron siempre todas las áreas principales de gastos estatales en el ámbito de las drogas: solo 15 de un total de 23 países proporcionaron información detallada sobre gastos para actividades de «asistencia sanitaria y social» (tratamiento, reducción de daños, investigación en materia de sanidad y actividades educativas, preventivas y sociales), y solo 14 países declararon gastos destinados a «los cuerpos y fuerzas de seguridad» (actividades de la policía, el ejército, los tribunales, las prisiones, las aduanas y la brigada financiera). La información sobre el gasto en otros ámbitos (por ejemplo, administración, coordinación, supervisión y cooperación internacional) resultaba incluso más escasa (siete países), como también lo era la información sobre presupuestos regionales y municipales (seis países).

Seis países facilitaron información detallada sobre el gasto para atajar el problema de las drogas (cuadro 1). En estos países, el gasto público relacionado con las drogas representaba entre el 0,11 % y el 0,96 % de los gastos totales de las administraciones públicas (mediana 0,32 %) o entre el 0,05 % y el 0,46 % del producto interior bruto (PIB) del país (mediana 0,15 %). Las actividades relacionadas con

(\*) Las cifras generales sobre gasto público relacionado con las drogas en el año 2005 en los Estados miembros de la UE y Noruega fueron identificadas por los puntos focales nacionales correspondientes.

### Los costes del consumo de drogas

Los estudios sobre los costes del consumo de drogas pueden ser una importante fuente de información para el desarrollo y la gestión de políticas en materia de drogas.

Los costes relacionados con el consumo de drogas pueden dividirse principalmente en dos categorías: directos e indirectos. Los costes directos son aquellos que implican un desembolso económico y que por lo general incluyen gastos en áreas de prevención, tratamiento, reducción de daños y cumplimiento de la ley. Los costes indirectos corresponden al valor de los servicios productivos no realizados debido al consumo de drogas y, en general, consisten en una pérdida de productividad como resultado de la morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de drogas. Entre los costes relacionados con el consumo de drogas también se pueden incluir los costes intangibles que suponen el dolor y el sufrimiento y que a menudo van de la mano de medidas para mejorar la calidad de vida; no obstante esta categoría de costes se omite con frecuencia debido a la dificultad para cuantificar los costes de manera precisa en términos monetarios.

Un estudio de costes se puede abordar desde varias perspectivas, cada una de las cuales podría incluir costes diferentes, por ejemplo los costes para la sociedad en su conjunto, el gobierno, el sistema sanitario, terceros pagadores, así como para los consumidores de drogas y sus familias.

### La perspectiva social

Los costes sociales relacionados con las drogas corresponden al total de todos los costes que debe afrontar la sociedad, tanto directos como indirectos, a causa del consumo de drogas. El resultado, expresado en términos monetarios, es una estimación de la carga económica total que el consumo de drogas supone para la sociedad (Single *et al.*, 2001).

Determinar el coste social del consumo de drogas redundará en varios beneficios. En primer lugar, revela cuánto gasta la sociedad en asuntos relacionados con las drogas e, implícitamente, la cantidad que podría ahorrarse si se aboliese por completo el consumo de drogas. En segundo lugar, identifica los diferentes componentes del coste y la medida en que contribuye cada sector de la sociedad. Este tipo de información puede ayudar a determinar las prioridades de financiación,

poniendo de relieve las áreas en las que podrían existir ineficiencias y posibilidades de reducción de costes.

### La perspectiva del gasto público

El término «gasto público» hace referencia al valor de los bienes y servicios adquiridos por las Administraciones Públicas (a saber, a escala central, regional, local) con vistas a ejecutar cada una de sus funciones (es decir, en el área de la salud, la justicia, el orden público, la educación y los servicios sociales). El análisis del gasto público estatal brinda información útil sobre la capacidad del Gobierno para gestionar el gasto de manera eficaz y eficiente.

La estimación del gasto público relacionado con el consumo de drogas difiere de la estimación de los costes sociales. El gasto público representa solo una parte de los costes sociales, principalmente en forma de costes directos; los costes indirectos están explícitamente excluidos, dado que se trata de los costes de agentes privados (por ejemplo, empresas privadas de seguros médicos). En un principio, es posible determinar el origen de los gastos públicos directos consignados explícitamente como «relacionados con el consumo de drogas» mediante la revisión exhaustiva de los informes financieros oficiales (por ejemplo, presupuestos o informes anuales). Las estimaciones se ven dificultadas si los gastos relacionados con el consumo de drogas no están identificados como tal, sino incluidos en programas con objetivos más amplios (por ejemplo, el presupuesto para el conjunto de operaciones de la policía). En este caso, los gastos relacionados con el consumo de drogas, no consignados como tales, deben ser calculados por conceptos de modelización.

El principal objetivo del cálculo de costes sociales es sopesar la carga que los problemas derivados del consumo de drogas suponen para la sociedad con el coste que asume la sociedad para atajar estos problemas (incluidos posibles efectos indirectos). En última instancia, esto lleva a la cuestión de la eficacia y la eficiencia: ¿invierten los gobiernos sabiamente su dinero en los problemas correctos? Sin embargo, algunos autores (Reuter, 2006) han propuesto que, para fines políticos, son más relevantes los gastos públicos que los costes sociales. El presupuesto en materia de drogas ayuda a describir las políticas que un Gobierno está aplicando para reducir el consumo de drogas y los problemas derivados del mismo, lo que constituye el primer paso para decidir si el nivel y el contenido de este tipo de políticas son adecuados.

los «cuerpos y fuerzas de seguridad» constituían del 24 % al 77 % del gasto total, y el resto se destinaba a sufragar actividades de «asistencia sanitaria y social».

Los países europeos en su conjunto notificaron un total de gasto público relacionado con las drogas por valor de 8 100 millones de euros. Cabe suponer que esta cifra muestra solamente una parte de las inversiones totales relacionadas con las drogas, dado que no se ha informado de todos los gastos. Los seis países recogidos en el cuadro 1 representan el 76 % del gasto público total declarado por los Estados miembros de la UE y Noruega. Sobre la base de los datos suministrados por estos seis países, se calcula que el gasto público total de los países europeos relacionado con las drogas se sitúa entre 13 000 millones y 36 000 millones

de euros <sup>(4)</sup>. Estas cifras representan entre el 0,12 % y el 0,33 % del PIB de la UE (25 países) en 2005.

En el ámbito de la UE, la Comisión Europea proporcionará suficiente financiación para atajar el problema de las drogas en el marco del nuevo presupuesto 2007-2013. Se está negociando un nuevo instrumento de financiación de 21 millones de euros para prevención e información en materia de drogas; este instrumento podría aprobarse hacia finales de 2007, poniendo a disposición tres millones de euros este año para proyectos transnacionales. Otros nuevos instrumentos financieros, como por ejemplo el Programa de prevención y lucha contra la delincuencia, el Programa de Salud Pública 2007-2013 y el Séptimo Programa Marco de IDT 2007-2013, proporcionan asimismo oportunidades

(4) De los seis países, cuatro ( Hungría, Países Bajos, Finlandia y Suecia) proporcionaron enfoques de modelos detallados de sus cifras. Si aplicamos al resto de países el valor del primer y tercer cuartil de la distribución del porcentaje del gasto total de las administraciones públicas (0,18 % y 0,69 %, respectivamente), y del porcentaje del PIB (0,08 % y 0,37 %, respectivamente) consignado por los seis países seleccionados, el resultado es un intervalo del gasto total acumulado.

de financiación para organizaciones que se encargan de distintos aspectos del ámbito de las drogas. Además, la Comisión y los Estados miembros ya habían cofinanciado desde el año 2005 proyectos de asistencia relacionados con las drogas por valor de más de 750 millones de euros.

En respuesta al plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2005-2008, el OEDT está trabajando actualmente en el desarrollo de una metodología que permitirá a los Estados miembros, a los países candidatos y a Noruega recopilar información estandarizada sobre el gasto relacionado con las drogas. Ello ayudará al OEDT a valorar tanto el gasto público total asignado al sector de las drogas como la distribución de los fondos entre las diferentes actividades.

## Acciones legales y políticas de la UE

A finales de 2006, la Comisión Europea presentó su primer informe sobre los progresos (6) de la aplicación del plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2005-2008). Este evaluaba hasta qué punto se habían realizado las actividades planeadas para 2006 y si se habían cumplido los objetivos del plan para ese mismo año. El OEDT contribuyó a este ejercicio elaborando una serie de informes. Durante el año 2007 tendrá lugar una revisión similar antes de la evaluación del impacto final del plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga que la Comisión Europea presentará en 2008.

En junio de 2006, la Comisión Europea publicó un Libro Verde sobre el papel de la sociedad civil en la política de la Unión Europea en materia de drogas (6), tal y como se establece en el plan de acción en materia de lucha contra la droga. El objetivo del Libro Verde es explorar la mejor forma de organizar un diálogo continuo con las organizaciones de la sociedad civil que trabajan activamente en el ámbito de la lucha contra la droga. Las partes interesadas fueron invitadas a presentar comentarios sobre dos opciones para establecer un diálogo estructurado: un Foro de la sociedad civil sobre las drogas como plataforma para realizar consultas informales regulares o una conexión temática de las redes existentes.

La implicación de la sociedad civil en la política antidroga en la UE constituye también uno de los principales objetivos del programa específico de información y prevención en materia de drogas 2007-2013 (7), propuesto por la Comisión Europea dentro del programa general «Derechos fundamentales y justicia». Los objetivos generales del programa de lucha contra la droga son contribuir a la creación de un espacio de libertad, seguridad y justicia en Europa mejorando la información sobre los efectos del consumo de drogas y previniendo y reduciendo el uso de la droga, la dependencia y los daños con ella relacionados. Este programa cuenta con un presupuesto total de 21 millones de euros para el período 2007-2013. El programa de lucha contra la droga aún está siendo debatido

**Cuadro 1: Comparación de países seleccionados, para los que se dispone de datos completos e información más detallada sobre la composición de su gasto público relacionado con las drogas**

País	Gasto total declarado			Proporción del gasto total destinado a:	
	Importe (millones de euros)	Proporción del gasto público total (1) (%)	Proporción del PIB (2) (%)	Asistencia sanitaria y social (3) (%)	Cuerpos y fuerzas de seguridad (4) (%)
<b>Bélgica (5)</b>	185,9	0,14	0,07	43	54
<b>Hungría</b>	43,5	0,11	0,05	23	77
<b>Países Bajos</b>	2 185,5	0,96	0,43	25	75
<b>Finlandia</b>	272,0	0,36	0,18	76	24
<b>Suecia (2002)</b>	1 200,0	0,80	0,46	60	40
<b>Reino Unido</b>	2 290,0	0,29	0,13	51	49

(1) Gastos totales de las administraciones públicas durante el año (Fuente: Eurostat).

(2) Producto interior bruto del año (Fuente: Eurostat).

(3) Los gastos de asistencia sanitaria y social incluyen el tratamiento, la reducción de daños, la investigación sanitaria y las intervenciones en materia de educación, prevención y asuntos sociales. Para Finlandia, además de la «prevención del abuso de sustancias», el importe indicado incluye los daños a la propiedad, la supervisión y la investigación.

(4) Los gastos destinados a los cuerpos y fuerzas de seguridad incluyen los gastos para policía, ejército, tribunales, centros penitenciarios, aduanas y brigada financiera.

(5) Bélgica también asignó un 3 % del gasto total declarado a «actividades de gestión de políticas».

Fuentes: Puntos focales nacionales y Eurostat.

(6) [http://ec.europa.eu/justice\\_home/doc\\_centre/drugs/strategy/doc/sec\\_2006\\_1803\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf)

(7) [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2006/com2006\\_0316es01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2006/com2006_0316es01.pdf)

(8) COM(2006) 230 final.



### Informes sobre el coste social del consumo de drogas

Solo un número reducido de países recoge en sus informes los datos sobre el coste social del consumo de drogas. En Finlandia (datos de 2004), se calculó que el coste indirecto relacionado con el consumo de drogas, incluido el uso indebido de medicamentos, se sitúa alrededor de 400-800 millones de euros, de los cuales 306-701 millones de euros se atribuyen al coste derivado por la pérdida de la vida debido a una muerte prematura, mientras que las pérdidas de producción alcanzaron los 61-102 millones de euros. El coste social del consumo ilegal de drogas se estimó en 907 millones de euros en Francia en el año 2003 y en 29,7 millones de euros en Luxemburgo en el año 2004.

en el Parlamento Europeo y en el Consejo, con vistas a su adopción bajo el procedimiento de codecisión.

## Nuevas legislaciones nacionales

### Reducción del suministro

Durante el último año, los Estados miembros han llevado a cabo numerosos cambios legislativos en el campo de la reducción de la demanda. En 2006, asimismo se emprendieron medidas en toda una serie de países para mejorar el marco jurídico sobre la lucha contra el tráfico de drogas y temas relacionados con la reducción del suministro.

En Irlanda, los cambios sustanciales realizados incluían la introducción de la Ley de justicia penal de 2006, que determina nuevos delitos relacionados con el suministro de drogas a presos, fija disposiciones para tratar el comportamiento antisocial y hace propuestas para reforzar la imposición de la pena mínima obligatoria de 10 años por tráfico de drogas con un valor en la calle igual o superior a 13 000 euros. La pertenencia a una «organización delictiva» o la colaboración con una organización de este tipo (como se define en la ley) está penalizada, y se ha creado un registro de delinquentes consumidores de drogas: los convictos por tráfico de droga están obligados a informar a la policía sobre su dirección tras su puesta en libertad. Por otra parte, en Hungría se introdujeron cambios en el procedimiento; en este país se pretendía codificar, mediante la Ley de la Jefatura Nacional de Policía, todas las actividades policiales relacionadas con las drogas y los precusores en un único instrumento legislativo exhaustivo que ayudara a combatir la delincuencia relacionada con la droga.

Asimismo se establecieron o mejoraron procedimientos sobre el uso de ciertas herramientas para combatir el tráfico de drogas. En Estonia, la Ley de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y leyes asociadas se enmendó en mayo de 2005 para ampliar el ámbito de supervisión. En Rumanía, una ley instaurada en junio de 2006 introdujo la orden de detención europea, fijó los procedimientos para su aplicación y estableció medidas para mejorar la cooperación judicial, la supervisión, la persecución transfronteriza y la transferencia de procedimientos judiciales. En Bulgaria, el nuevo Código de

Procedimiento Penal introducido en octubre de 2005 regula la entrega controlada, las transacciones confidenciales y las investigaciones encubiertas. Además, se han establecido disposiciones para la protección temporal de testigos en casos relacionados con la droga y, en algunas circunstancias, para proteger la identidad de los testigos, así como reglas especiales para el interrogatorio de dichos testigos y la utilización de agentes infiltrados.

En otros países, los fiscales tienen a su disposición herramientas similares. En la República Checa, las acciones judiciales contra los delitos relacionados con las drogas a menudo invocan las disposiciones de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que posibilita la protección de la identidad de los testigos y la vigilancia de personas. La Ley de protección de testigos también se ha aplicado ampliamente en casos relacionados con las drogas en Chipre.

El reciente aumento del tráfico de cocaína ha centrado la atención en la zona del Caribe. En los Países Bajos, un tribunal especial está funcionando desde principios de 2003 en el aeropuerto de Schiphol, que cuenta además con una prisión. Desde principios de 2005 ha habido un control del 100 % de los vuelos procedentes de países clave de la zona del Caribe. En 2004 se detenía cada mes a una media de 290 contrabandistas de drogas; esa cifra descendió a 80 detenidos al mes a principios de 2006. En Francia, en octubre de 2005 se aprobó una ley que tiene por objeto reforzar la cooperación con la región del Caribe y, con ello, interceptar el tráfico ilícito de drogas por mar y aire.

### Normativas sobre los análisis de detección de consumo de drogas

Varios países han informado sobre la introducción de legislación que permite, define o regula la realización de análisis de detección de consumo de drogas en conductores, detenidos, presos o empleados en diferentes situaciones.

Los controles aleatorios en carretera para los conductores, utilizando *in situ* aparatos de análisis rápido, están ahora permitidos en Lituania, de acuerdo con la resolución por la que se aprueba el Programa Nacional para la Seguridad del Tráfico Rodado 2005-2010, y en Luxemburgo, en virtud de un proyecto de ley de 2004 que enmienda la legislación sobre el control del tráfico. En Letonia, una modificación del Derecho penal permite sancionar ahora a los conductores sospechosos de conducir en estado de intoxicación que no accedan a realizar la prueba, con la opción de imponer una pena de prisión en caso de negativa reiterada en menos de un año. También en Letonia, la legislación enmendada «sobre la policía» estipula ahora que una persona podrá ser derivada a un centro médico para determinar si ha consumido alcohol o estupefacientes, sustancias psicotrópicas o tóxicas. El procedimiento correspondiente se recoge en los reglamentos del gabinete. Los procedimientos relacionados con la realización de análisis de detección de consumo de drogas en conductores se describen con más detalle en la cuestión particular sobre drogas y conducción de 2007.

En Escocia, que adopta la misma posición que Inglaterra y Gales, determinados grupos de detenidos pueden ser sometidos ahora a pruebas de detección de consumo de drogas. Un nuevo proyecto de normativa de prisiones publicado por el Ministerio de Justicia, Igualdad y Reforma Legislativa en Irlanda en junio de 2005 introduce la posibilidad de realizar análisis obligatorios de detección de consumo de drogas a los presos. Se afirma que se aplica dicha medida en aras del orden, la seguridad, la salud y la protección, y se indica que el análisis se realizaría a partir de muestras de orina, fluidos orales o cabellos.

En Noruega se ha modificado la antigua norma que prohibía realizar análisis de detección de consumo de drogas en el puesto de trabajo sin el consentimiento del empleado o el candidato a un puesto de trabajo. Desde que entró en vigor la sección 9-4 de la Ley del entorno laboral de 2005, un empleador solo puede exigir a un empleado o candidato a un puesto de trabajo que se someta a análisis de drogas en las circunstancias estipuladas en leyes y reglamentos, o si el hecho de realizar el trabajo en estado de intoxicación implica riesgos especialmente elevados, o si el empleador considera necesario realizar dichas pruebas de detección para proteger la vida y la salud de los empleados o de terceras partes. El nuevo decreto del Gobierno finlandés sobre análisis de detección de consumo de drogas en el puesto de trabajo establece una lista exhaustiva de disposiciones relacionadas con el consentimiento, así como los requisitos de calidad de los laboratorios de análisis, las muestras y los resultados de los análisis.

En la República Checa, la normativa que cubre la realización de análisis de detección de consumo de drogas por parte de la policía, el personal de prisiones o los empleadores queda ahora definida por la Ley 379/2005 sobre «Medidas de protección contra daños causados por los productos del tabaco, el alcohol y otras sustancias adictivas». Es obligatorio realizar un examen profesional cuando resulta razonable suponer que debido al consumo de sustancias la persona podría sufrir daños o dañar a otras personas. La ley especifica asimismo los casos en los que la policía, el personal de prisiones o los empleadores tienen derecho a realizar pruebas de aliento o tomar una muestra de saliva. Los controles médicos mediante pruebas de aliento y muestras de material biológico pueden llevarse a cabo solo en instalaciones de atención sanitaria dotadas de la suficiente competencia profesional y operativa.

## Delitos relacionados con la droga

La necesidad de prevenir los delitos relacionados con las drogas ocupa un lugar prioritario en la agenda política europea, como ilustra el hecho de que la actual estrategia comunitaria en materia de drogas identifique este objetivo como un ámbito de actuación clave para garantizar un elevado nivel de seguridad para el público en general.

Entre las tareas planeadas para 2007 en el plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2005-2008 se encuentra la adopción de una definición común del término «delincuencia relacionada con la droga» que, partiendo de una propuesta de la Comisión Europea, deberá elaborarse sobre la base de estudios presentados por el OEDT. Lo que se entiende por «delincuencia relacionada con la droga» varía según las distintas disciplinas y profesionales, pero se considera que, por regla general, incluye cuatro amplias categorías: *delitos psicofarmacológicos* (los cometidos bajo los efectos de una sustancia psicoactiva), *delitos compulsivos con fines económicos* (los cometidos para obtener dinero/bienes/drogas con el fin de financiar la adicción a las drogas), *delitos sistemáticos* (los cometidos en el marco del funcionamiento de los mercados de drogas ilegales) y *delitos contra la legislación en materia de drogas* (incluyendo el consumo, la posesión, la venta, el tráfico, etc.) (véase también OEDT, 2007a).

A veces resulta difícil aplicar en la práctica las definiciones de las tres primeras categorías de la delincuencia relacionada con la droga, y la información es escasa e incompleta. Los datos sobre «notificaciones»<sup>(8)</sup> de delitos contra las leyes antidroga están disponibles de forma rutinaria en todos los países europeos analizados en este informe. Sin embargo, dichas notificaciones reflejan diferencias entre las legislaciones nacionales y las distintas formas de aplicarlas y hacerlas cumplir, así como entre las prioridades y recursos que los organismos judiciales asignan para delitos concretos. Además, los sistemas de información sobre las infracciones a la legislación antidroga presentan diferencias según los países, sobre todo en lo que se refiere a los procedimientos de notificación y registro, es decir, qué se registra, cuándo y cómo. En consecuencia, puede ser difícil establecer comparaciones entre países, por lo que resulta más apropiado comparar tendencias que cifras absolutas; también conviene tener en cuenta los tamaños de las poblaciones nacionales a la hora de analizar las tendencias medias europeas. En general, a escala comunitaria, el número de «notificaciones» de delitos contra las leyes antidroga aumentó de media en un 47 % entre los años 2000 y 2005 (gráfico 1). Los datos revelan tendencias crecientes en todos los países que facilitaron datos, excepto Letonia, Portugal y Eslovenia, que anunciaron un descenso general durante el quinquenio<sup>(9)</sup>.

La relación entre los delitos asociados con el consumo y los asociados con el tráfico varía; la mayoría de los países europeos informa de que la mayoría los delitos tiene como objeto el consumo o la posesión para el consumo, y el porcentaje de casos atribuibles a esta categoría para el año 2005 alcanza hasta un 91 % en el caso de España<sup>(10)</sup>. Sin embargo, en la República Checa, Luxemburgo, los Países Bajos, Turquía y Noruega predominan los delitos contra la legislación antidroga relacionados con la venta y el tráfico,

<sup>(8)</sup> El término «notificación» de infracciones a la legislación antidroga figura entrecorillado porque abarca distintos conceptos que varían según los países (informes policiales de presuntos delincuentes relacionados con la droga, cargos por violaciones de la legislación en materia de drogas, etc.). Para conocer la definición exacta que aplica cada país, véanse las notas metodológicas sobre definiciones de las «notificaciones» de las infracciones a la legislación en materia de drogas del boletín estadístico de 2007.

<sup>(9)</sup> Véase el cuadro DLO-1 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(10)</sup> Véase el cuadro DLO-2 del boletín estadístico de 2007.

constituyendo estas infracciones hasta el 92 % (República Checa) del total de casos declarados en 2005.

En la mayoría de los países europeos, el cannabis continúa siendo la droga ilegal que más aparece mencionada en las infracciones a la legislación antidroga <sup>(1)</sup>. En los países en que este es el caso, los delitos relacionados con el cannabis cometidos en 2005 representaron entre el 42 % y el 74 % de todas las infracciones a la legislación antidroga. En la República Checa predominaron los delitos relacionados con la metanfetamina, que correspondieron al 53 % de todas las infracciones a las leyes antidroga; en cambio, en Luxemburgo la mayoría de los delitos en materia de drogas (el 35 %) tenían a la cocaína como protagonista.

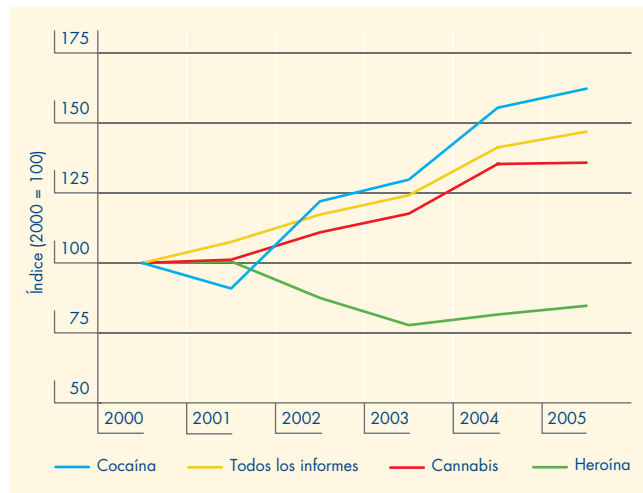
Durante el quinquenio 2000-2005, el número de «notificaciones» de infracciones a la legislación antidroga relacionadas con el cannabis se mantuvo estable o aumentó en la mayoría de los países que han proporcionado datos, lo cual resultó en un aumento medio total del 36 % en el ámbito de la UE (gráfico 1). En cambio, la República Checa (2002-2005) y Eslovenia (2001-2005) informaron de tendencias a la baja.

En todos los países que han aportado información excepto Luxemburgo y los Países Bajos, el cannabis es la droga más comúnmente utilizada en delitos de consumo o posesión de drogas para su consumo. No obstante, la proporción de delitos relativos al consumo de cannabis ha ido descendiendo desde 2000 en varios países (Grecia, Italia, Chipre, Austria, Eslovenia y Turquía) y, durante el último año para el que se dispone de información (2004-2005), también en la mayoría de los países que han proporcionado datos. Esto podría indicar que los cuerpos y fuerzas de seguridad de estos países persiguen con menos vehemencia el cannabis que otras drogas <sup>(2)</sup>.

El número de delitos relacionados con la cocaína se ha incrementado durante el período 2000-2005 en todos los países europeos, a excepción de Alemania, donde se ha mantenido relativamente estables. Esta cifra aumentó un 62 % por término medio en la UE durante ese mismo lapso de tiempo (gráfico 1).

Las «notificaciones» de delitos contra la legislación antidroga en los que interviene la heroína entre los años 2000 y 2005 muestran una panorámica diferente a la de las infracciones relacionadas con el cannabis o la cocaína, con un descenso general de un 15 % de media en la Unión Europea, principalmente entre los años 2001 y 2003. Sin embargo, los distintos países no han registrado a lo largo del período una tendencia uniforme en cuanto a infracciones por heroína, dado que una tercera parte de los países ha afirmado experimentar tendencias alcistas en este ámbito <sup>(3)</sup>.

**Gráfico 1:** Tendencias indexadas en informes de violaciones de la legislación en materia de estupefacientes en Estados miembros de la UE, 2000-2005



N.B.: Las tendencias recogen la información disponible sobre el número nacional de informes sobre violaciones de la legislación en materia de estupefacientes (delitos y actos no criminales) comunicada por todos los cuerpos y fuerzas de seguridad en los Estados miembros de la UE. Todas las series se han indexado a una base de 100 correspondiente al año 2000 y se ponderan de acuerdo con el tamaño de población del país para establecer una tendencia general de la UE. Dado que las definiciones y las unidades de estudio difieren ampliamente entre los países, se utiliza el término general «notificaciones de delitos contra las leyes antidroga»; para más información, véase «Drug law offences: methods and definitions» [Infracciones a la legislación antidroga: métodos y definiciones] del boletín estadístico de 2007. Los países que carecen de datos para dos o más años consecutivos no se incluyen en los cálculos de tendencias: la tendencia general se basa en 24 países, mientras que la tendencia correspondiente a la heroína se basa en 14 países, la de la cocaína en 14 y la del cannabis en 15. Para más información, véase el gráfico DLO-6 del boletín estadístico. Fuentes: Puntos focales nacionales Reitox y, para datos sobre población, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

## Investigación sobre el problema de las drogas

### Financiación

Según los informes de los puntos focales nacionales la investigación sobre las drogas en Europa se financia a través de fondos públicos nacionales y europeos. Varios Estados miembros informan de que la investigación sobre drogas se financia a través de fondos generales nacionales de investigación (Alemania, Países Bajos, Finlandia y Reino Unido), fondos de investigación del Ministerio de Sanidad (Italia) o mediante fondos controlados por el organismo nacional de coordinación en materia de drogas (Francia, Suecia). En Rumanía, la investigación se financia a través de organizaciones internacionales, como por ejemplo Global Fund.

<sup>(1)</sup> Véase el cuadro DLO-3 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(2)</sup> En algunos de los países en los que la proporción de delitos relativos al consumo de cannabis ha ido descendiendo cabe notar que las cifras absolutas de infracciones relacionadas con el consumo de cannabis presentan una tendencia ascendente.

<sup>(3)</sup> El hecho de que la media europea no refleje el incremento del número de infracciones relacionadas con la heroína detectado en la mitad de los países que facilitaron información se debe básicamente a que los países que no aportaron datos para dos años consecutivos no se incluyen en la media europea, pero también a que en el cálculo de la media europea se tienen en cuenta los tamaños de las poblaciones nacionales (sobreponderando, así pues, las cifras de algunos países con respecto a las de otros).

## Trabajo de investigación

Tomando las publicaciones científicas revisadas por expertos como un indicador de actividad científica, un análisis de dichas publicaciones durante 2005 y 2006 así como de las citadas en los informes nacionales revela pautas de prioridades temáticas de investigación que varían en los distintos países.

El tratamiento de la adicción parece ser un tema de investigación importante, pues la mayoría de los estudios examina distintos aspectos del tratamiento de sustitución. La investigación sobre prevención representa una proporción mucho menor de la literatura científica citada en los informes nacionales. De los cinco indicadores clave del OEDT, las publicaciones sobre enfermedades infecciosas son las más numerosas, seguidas por publicaciones sobre la prevalencia del consumo de drogas entre los jóvenes.

Las publicaciones científicas citadas en los informes nacionales varían de un país al otro. La investigación sobre el tratamiento, particularmente en relación con drogodependientes que padecen la hepatitis C, se cita con especial frecuencia en el informe alemán, mientras que el informe neerlandés se centra en nuevos métodos de tratamiento. Los estudios de investigación citados por el Reino Unido tratan principalmente temas como el consumo problemático de drogas, la delincuencia y cuestiones del mercado. Las escasas referencias que se hacen a la investigación neurocientífica provienen sobre todo de los Países Bajos; sin embargo, la MILDT francesa («*Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie*», Misión Interministerial de Lucha contra la Droga y la Toxicomanía) también ha financiado toda una serie de proyectos de investigación en este campo.

Los programas de investigación recientemente iniciados dan fe de prioridades de investigación similares entre los Estados miembros. La financiación nacional para la investigación en Alemania se destina a optimizar los servicios de tratamiento para satisfacer la demanda en este ámbito. Asimismo se llevan a cabo proyectos de investigación básica. En 2006,

los Países Bajos lanzaron el programa de investigación «Comportamiento de riesgo y dependencia». En el Reino Unido se han iniciado recientemente estudios sobre la calidad de los sistemas de tratamiento y sobre consumidores problemáticos de drogas muy jóvenes. Los nuevos Estados miembros se están concentrando principalmente en desarrollar la base científica para sus sistemas de seguimiento, por ejemplo a través de encuestas entre la juventud.

## Investigación comunitaria

La financiación de la UE para la investigación sobre drogas se aporta mediante programas marco de investigación, el más reciente de los cuales, el Séptimo Programa Marco (2007-2013), se lanzó a finales de 2006. Los proyectos de investigación cuyos resultados se presentaron en 2005-2006 se llevaron a cabo en torno al tema «calidad de vida» en el marco del Quinto Programa Marco de Investigación de la UE (1998-2002). Entre ellos cabe citar «tratamiento casi obligatorio para delincuentes toxicómanos en Europa» (QCT), «necesidades de ayuda para consumidores de cocaína y crack en Europa» (Cocineu) y «servicios integrados dirigidos al diagnóstico dual y a una desintoxicación óptima» (Isadora).

### Drogas y conducción, en las cuestiones particulares del Informe anual del OEDT 2007

Las sustancias psicoactivas pueden afectar a la capacidad de una persona para conducir un automóvil hasta el punto de incrementar el riesgo de sufrir accidentes y lesiones. Una cuestión particular sobre drogas y conducción brinda una visión general sobre los resultados de diferentes tipos de estudios sobre este tema y se centra en el consumo de cannabis y benzodiazepinas, así como en los enfoques preventivos y legales sobre este comportamiento problemático.

Esta cuestión particular está disponible en versión impresa y en línea, pero únicamente en inglés (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



## Capítulo 2

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

El plan de acción de la Unión Europea (UE) en materia de lucha contra la droga 2005-2008 llama expresamente a los Estados miembros a incrementar la oferta de métodos efectivos, diversificados y fácilmente accesibles de prevención, tratamiento y reducción de daños, así como reinserción social. Estas facetas de la problemática de las drogas en Europa se debatirá con mayor detalle en el presente capítulo.

Las estrategias de prevención pueden dirigirse a diferentes grupos, que van de la población general a grupos específicos de riesgo, y los métodos aplicados varían en consecuencia. Además, las medidas de tratamiento y reducción de daños están disponibles para consumidores de drogas y drogodependientes, y su efectividad se ha analizado en un número considerable de países a través de estudios de resultado. Las medidas de reducción de daños tienen por objeto prevenir las muertes relacionadas con las drogas y minimizar los daños para la salud, por ejemplo las infecciones con los virus del VIH o la hepatitis C. La dependencia de heroína normalmente se trata con terapias de sustitución, y se han desarrollado programas especiales para las dependencias del cannabis, las anfetaminas y la cocaína. Si el tratamiento tiene éxito, el paso siguiente es la reinserción social. Como se describe a continuación, las condiciones de vida de muchos consumidores de droga son malas, y las estrategias de reinserción social a menudo tienen que superar problemas considerables.

Para cada tipo de intervención se dan ejemplos para distintos países y se debaten resultados de investigación que respaldan la efectividad o la inefectividad del mismo.

### Prevención

Por regla general, los efectos de las estrategias individuales de prevención no pueden medirse a través de los cambios en las tasas de prevalencia de consumo de drogas en la población. Sin embargo, cualquier estrategia de prevención puede cotejarse con el corpus de pruebas acumulado para determinar si constituye, o no, una intervención basada en datos científicos. Ello requiere unos conocimientos exhaustivos sobre el contenido, la cobertura y el número de medidas de prevención.

#### Mejora de la información disponible: supervisión, control de calidad y evaluación

Los Estados miembros supervisan cada vez más las intervenciones preventivas y, como resultado, suministran

datos sobre el contenido y la disponibilidad de intervenciones. Alemania, los Países Bajos y Noruega han ampliado la cobertura informativa. En Grecia, Chipre, Lituania e Italia se supervisa la prevención en las escuelas; en Grecia, Polonia, Suecia y Finlandia se someten a análisis los servicios de prevención activos basados en la comunidad. Por su parte, Francia ha puesto en práctica un sistema centralizado para supervisar la prevención en materia de drogas. Algunos países (la República Checa, la Comunidad Autónoma de Galicia en España, Hungría y Noruega) ya se centran en el conjunto de datos a la hora de solicitar financiación para intervenciones y están estudiando la posibilidad de introducir sistemas de acreditación. Portugal, Finlandia y Rumanía cuentan con criterios mínimos de calidad para los programas de prevención.

La información procedente de Hungría y los Países Bajos sugiere que la existencia de sistemas de seguimiento de la prevención y criterios de calidad tienen como resultado una mejora en los informes sobre los proyectos y las evaluaciones, así como una mayor calidad de las intervenciones.

La mayoría de los programas de prevención no se evalúa. Los programas que sí se evalúan normalmente se examinan más bien en términos de «ámbito de aplicación y grado de aceptación de la intervención» que en relación con «hasta qué punto se han alcanzado los objetivos» (informe nacional griego).

Durante los últimos años se han llevado a cabo estudios sobre la efectividad de la prevención en Alemania (Bühler y Kröger, 2006) y el Reino Unido (Canning *et al.*, 2004; Jones *et al.*, 2006), además de en la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Hawks *et al.*, 2002). Dichos estudios son útiles para definir buenas prácticas en materia de estrategias de prevención. El estudio más reciente y exhaustivo (Bühler y Kröger, 2006) evaluaba 49 panorámicas generales de alta calidad, tales como revisiones y metaanálisis, sobre la prevención del abuso de sustancias y extraía conclusiones en relación con estrategias eficaces de prevención del consumo de drogas. En los apartados siguientes se debatirá la efectividad de distintos tipos de estrategias de prevención sobre la base de los resultados de este y otros estudios.

#### Campañas en los medios de comunicación

Hawks *et al.* (2002), en consonancia con la HDA (2004), concluye que «el uso de medios de comunicación de masas por sí solo, particularmente en presencia de otras influencias

### Prácticas basadas en datos científicos

Las prácticas basadas en datos científicos son intervenciones (por ejemplo, tratamiento de la drogodependencia) para las que se ha demostrado de manera coherente sobre la base de investigaciones científicas (por ejemplo, estudios de investigación) que ofrecen los resultados deseados por el cliente (por ejemplo, reducción del consumo de drogas). Los criterios usados habitualmente para determinar si una intervención se puede considerar una práctica basada en datos científicos son la eficacia y la efectividad (Brown *et al.*, 2000; Flay *et al.*, 2005).

La eficacia mide el buen funcionamiento de una intervención bajo condiciones de investigación ideales. La eficacia se determina en condiciones ideales mediante un ensayo controlado, durante el cual algunos participantes reciben la intervención que se pretende examinar, mientras que un grupo de control recibe otra intervención o ninguna intervención, o, aún mejor, dentro de un ensayo controlado y randomizado, en el cual los participantes se distribuyen de manera aleatoria para recibir una de las dos intervenciones (Cochrane Collaboration, 2007). Por lo general se cree que solo los ensayos controlados y randomizados o los ensayos controlados, preferentemente combinados con evaluación de procesos, pueden establecer la eficacia de una intervención y de esta manera proporcionar una base para futuras prácticas y políticas.

Lamentablemente, sin embargo, la distribución aleatoria de los participantes en un grupo de intervención o de control no siempre es factible.

La efectividad mide el buen funcionamiento de una intervención en circunstancias normales. Con frecuencia, las intervenciones que han dado resultados prometedores en ensayos controlados se aplican en la comunidad para estudiar en qué medida

funcionan en condiciones rutinarias. Los estudios de efectividad —por ejemplo los estudios nacionales sobre resultados de tratamiento— abordan fundamentalmente el impacto de la intervención sobre la salud u otros resultados relevantes para determinar la efectividad de una medida.

No obstante, el proceso de establecer la evidencia resulta complejo dado que existen puntos de vista divergentes sobre cómo juzgar la calidad de los estudios que investigan la eficacia o efectividad y sobre cuál es el tipo de método de investigación (por ejemplo, cuantitativo o cualitativo) más apropiado para establecer si una intervención funciona o no. En consecuencia, pueden darse conclusiones diferentes sobre la adecuación de una intervención. Queda por superar el reto de determinar cómo evaluar y ponderar las diferentes fuentes de datos científicos en el proceso de decisión. Esto será incluso más difícil en el caso de las intervenciones para las cuales aún no se ha establecido una base factual exhaustiva pero que, según la experiencia, podrían ser efectivas.

A pesar de todas estas dificultades, se sigue suponiendo en principio que los datos factuales pueden mejorar las prácticas y las políticas en materia de salud y que aún queda pendiente promover un debate sobre las prácticas basadas en datos científicos, acompañado por criterios diáfanos para evaluar los datos factuales.

Con el fin de contribuir a este intercambio y fomentar la divulgación de prácticas basadas en datos científicos, el OEDT está desarrollando un portal en línea que ofrecerá una visión general de los últimos datos científicos disponibles sobre la efectividad de diferentes intervenciones, así como herramientas disponibles para mejorar la calidad de las intervenciones y ejemplos concretos de mejores prácticas que se hayan aplicado en los Estados miembros de la UE. Cochrane Collaboration será una fuente importante de información para el portal.

opuestas, no se considera una vía eficaz para reducir los diferentes tipos de consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, se ha constatado que incrementa los niveles de información y sirve de apoyo a las iniciativas políticas». No obstante, otros estudios indican que las campañas en los medios de comunicación pueden tener efectos positivos si se utilizan como medida de acompañamiento para reforzar otras estrategias (Bühler y Kröger, 2006).

En una evaluación de la campaña escocesa para prevenir el consumo de cocaína, «*Know the score*», Binnie *et al.* (2006) se descubrió que el 30 % de los consumidores tenía menos probabilidades de consumir cocaína después de haber visto los anuncios, aunque un 56 % afirmó que la campaña no había alterado sus intenciones de consumirla y en un 11 % de los casos, los encuestados afirmaron que la campaña había hecho aumentar la probabilidad de que consumieran dicha sustancia. Además, la reciente reevaluación de la campaña gubernamental de los Estados Unidos para la prevención del consumo de cannabis confirmó las conclusiones anteriores, que indicaban que, aunque la campaña (a pesar de la buena tasa de memorización y diferenciación por parte de los grupos objetivo) no tenía efecto sobre las actitudes de los jóvenes no consumidores hacia el cannabis, se asociaba con efectos desfavorables sobre cómo los jóvenes percibían el consumo de marihuana por parte de otras personas (GAO, 2006).

En algunos pocos casos aislados, no obstante, ya no se hace hincapié en la ampliación del conocimiento (el objetivo de la mayoría de campañas en los medios de comunicación), sino en el suministro de información socioemocional (se intenta cambiar la percepción, por ejemplo, del consumo de cannabis). Así pues, por ejemplo en los Países Bajos una campaña transmitió el siguiente mensaje: «Que no fumes cannabis no significa que estés loco, pues el 80 % de los jóvenes tampoco lo hace»<sup>(14)</sup>. Además, ciertas medidas de la campaña nacional de prevención del consumo de drogas en Irlanda intentan disipar algunos de los mitos que rodean al cannabis, como por ejemplo la afirmación de que se trata de una sustancia «orgánica» y «natural».

### Estrategias dirigidas a entornos específicos en relación con sustancias legales

Se ha demostrado que elevar el precio de una sustancia y/o la edad legal para su consumo tiene efectos positivos a la hora de reducir el consumo, aunque solamente puede aplicarse en el caso de sustancias legales como el alcohol o el tabaco (Bühler y Kröger, 2006). Estas estrategias dirigidas a entornos específicos han sido hasta el momento un fenómeno más bien nórdico o estadounidense, se han centrado principalmente en el alcohol y han obtenido prometedores resultados (Lohrmann *et al.*, 2006; Stafström *et al.*, 2006).

<sup>(14)</sup> Véase <http://www.drugsinfo.nl>

Sin embargo, emergen cada vez más enfoques exhaustivos basados en la comunidad que tratan el alcohol y el tabaco de forma parecida a las sustancias ilegales. Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Lituania, Luxemburgo, los Países Bajos, Polonia, Eslovaquia y Noruega informan de la existencia de debates o estrategias basadas en la comunidad sobre impuestos adicionales o leyes que regulen la disponibilidad del alcohol y del tabaco. Dichas estrategias tienen como objetivo reducir el consumo entre los jóvenes mediante la creación de zonas libres de alcohol o el incremento de la seguridad en los locales nocturnos. En cuanto a las escuelas, estudios recientes de Europa (Kuntsche y Jordan, 2006) y otras regiones (Aveyard *et al.*, 2004) confirman que el marco normativo y las redes informales tienen una gran influencia sobre el comportamiento en materia de consumo de drogas legales y cannabis. La introducción de normas escolares se está estudiando ahora más a fondo en Alemania, Irlanda e Italia <sup>(15)</sup>.

### Prevención universal

Los programas interactivos basados en el modelo de influencia social o las habilidades de vida han demostrado ser válidos en las escuelas, pero las medidas aplicadas de forma aislada (por ejemplo, únicamente comunicación de información, educación afectiva u otras medidas no interactivas) se han evaluado de forma negativa (Bühler y Kröger, 2006). Por razones organizativas, la prevención escolar generalmente es responsabilidad de las autoridades locales, especialmente en los países nórdicos, Francia y Polonia.

Algunos comentaristas han sugerido que los programas complementarios para mejorar la competencia en materia de salud general o las habilidades de vida producen un cambio mayor que los programas educativos basados únicamente en las habilidades, lo cual hace pensar que es mejor integrar las intervenciones en programas de salud bien fundamentados (Hawks *et al.*, 2002). Esto parece haberse conseguido en casi todos los Estados miembros. Además, varios Estados miembros (por ejemplo Italia, Lituania, Países Bajos, Eslovaquia y Reino Unido) tratan el tema de la prevención del consumo de drogas junto con aspectos sanitarios o sociales tales como la violencia, los problemas de salud mental, la exclusión social, el fracaso académico y el consumo de tabaco y alcohol bajo el paraguas de la prevención sanitaria pública, que pone mayor énfasis en satisfacer de forma específica las necesidades de los grupos vulnerables.

Una razón que se aduce a menudo para no aplicar los programas modelo es que estos no serían adaptables a las condiciones locales y no responderían a las necesidades concretas de comunidades específicas (Ives, 2006). Sin embargo, un contraargumento es que las ventajas de los programas de prevención estandarizados consisten en que los protocolos proporcionan pautas claras que permiten crear infraestructuras de suministro estables y sistemas de formación para el profesorado, lo cual facilita la definición de normas

comunes de ejecución, incluso cuando las condiciones en las escuelas y en la comunidad son muy dispares.

En muchos Estados miembros (Bulgaria, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Austria, Rumanía) el contenido de los programas de prevención se centra en la sensibilización, el suministro de información y la organización de eventos aislados (como visitas de expertos) <sup>(16)</sup>, a pesar de los datos que demuestran que otros métodos podrían ser más eficaces.

Los programas de influencia social en las escuelas están ampliamente extendidos, particularmente en el Reino Unido y en países que ofrecen programas estandarizados, como por ejemplo Alemania, Irlanda, Grecia, España, Noruega y, en breve, Dinamarca.

En lo referente a la prevención universal basada en la comunidad, doce Estados miembros declaran que en la mayoría o en todos los municipios existen planes antidroga, y en diez países estos constituyen una prioridad política. Estos programas principalmente adoptan la forma de eventos de información y, en menor medida, de suministro de actividades de ocio alternativas. La prevención universal basada en la familia consiste básicamente en la realización de reuniones de padres o la adopción de enfoques informativos; resulta menos frecuente la organización de cursos de formación intensiva para los padres.

### Prevención selectiva

Los Estados miembros dedican cada vez más atención a las estrategias de prevención dirigidas a comunidades vulnerables en su conjunto <sup>(17)</sup>. Esto significa que dichas comunidades tienen que identificarse, por ejemplo utilizando herramientas de evaluación estandarizadas, como por ejemplo el *index of multiple deprivation* [Índice de Privación Múltiple] del Reino Unido, o a través de indicadores socioeconómicos, como son los estándares de alojamiento o educación (número de alumnos rezagados en su escolarización o número de alumnos que reciben subsidios estatales).

Una vez identificadas las comunidades objetivo (por ejemplo, Francia identifica «zonas urbanas sensibles» o, en el caso de las escuelas, «zonas prioritarias en materia educativa»), se pueden destinar fondos adicionales a estos colectivos desfavorecidos. En Irlanda, Chipre y el Reino Unido ya se realizan proyectos de prevención selectiva en la mayoría de estos ámbitos, y Portugal se está aplicando una estrategia de este tipo. Las ofertas van desde servicios de asesoramiento en Estonia, Grecia, Francia y Eslovaquia hasta proyectos de proximidad en Luxemburgo y Austria, a veces dirigidos específicamente a grupos étnicos. Además, algunos nuevos Estados miembros (Bulgaria, Hungría, Lituania, Polonia y Rumanía) informan sobre un nutrido número de intervenciones dirigidas a familias vulnerables. La mayoría de Estados miembros se centra en el consumo de sustancias dentro de la familia, aunque algunos países (Grecia, Lituania, Hungría y Reino Unido) han adoptado un

<sup>(15)</sup> Véase asimismo <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>

<sup>(16)</sup> Información de SQ 22 y 25.

<sup>(17)</sup> Para más información sobre prevención selectiva, especialmente sobre grupos y factores de riesgo, consulte informes anuales anteriores y la cuestión particular de 2007 sobre consumo de drogas entre los menores.



enfoque más amplio dirigido a todas las familias socialmente desfavorecidas.

Aunque también se emplean en la prevención universal, los planteamientos basados en grupos afines se utilizan cada vez más para llevar a cabo medidas de prevención selectiva (Irlanda, Países Bajos, Austria, Polonia y Noruega). En su revisión de planteamientos basados en grupos afines, Parkin y McKeganey (2000) concluyeron que este tipo de programas repercute más bien en los propios multiplicadores (*peer educators*) que en el grupo objetivo. Parece ser que estos enfoques pueden ser más efectivos a la hora de transmitir conocimientos y provocar cambios en la actitud que de cara a modificar comportamientos. Este tipo de proyectos raramente se evalúa, pero cuando esta evaluación se realiza (por ejemplo, en el caso de Free Style en Noruega), normalmente se examina únicamente el éxito a la hora de reclutar a jóvenes líderes en escuelas y mejorar los conocimientos o las actitudes de dichos líderes.

Aunque la prevención selectiva adquiere cada vez más popularidad, se requiere precaución, especialmente cuando gente joven en riesgo participa en programas basados en grupos afines (Cho *et al.*, 2005; Dishion y Dodge, 2005), pues se pueden dar «efectos de contagio» negativos entre grupos vulnerables. Estos efectos no intencionados causados por la propia intervención pueden llevar a un incremento en el consumo de sustancias o a un comportamiento de riesgo. Sin embargo, estos resultados indeseados no son exclusivos de la prevención selectiva, sino que también se observan en el caso del suministro de información a través de los medios de comunicación y en determinados eventos de prevención (véase más arriba).

## Medidas de tratamiento y reducción de daños

### Evoluciones recientes en los sistemas de tratamiento

La mayoría de los tratamientos de drogodependientes se realiza en régimen ambulatorio, incluidos los centros de medicina general. La ampliación de las redes de tratamiento ambulatorio ha continuado a lo largo de los últimos años. Asimismo en varios países —incluyendo Bulgaria, Estonia, Grecia, Lituania, Rumanía y Finlandia— ha aumentado la cobertura geográfica. Por el contrario, el número de instalaciones en régimen de ingreso se ha mantenido estable en la mayoría de países.

Entre los países en los que la cobertura geográfica nacional de instalaciones especializadas en el tratamiento de la drogodependencia está muy fragmentada se cuentan Letonia, Hungría, Eslovaquia y Rumanía. A pesar de las recientes expansiones de la red de proveedores de servicios, siguen existiendo listas de espera para tratamientos de sustitución en Grecia, Hungría y Polonia.

El tratamiento en régimen de ingreso, que anteriormente era el enfoque predominante para el tratamiento del consumo de heroína en muchos países europeos, está menos extendido

en la actualidad, y la mayoría de consumidores de opiáceos reciben tratamiento en centros ambulatorios. En cualquier caso, los servicios en régimen de ingreso adquieren cada vez más importancia de cara al cuidado de ancianos y consumidores de drogas a largo plazo con necesidades de tratamiento complejas debido a la coexistencia de una comorbilidad somática y psicológica grave. La filosofía de las instalaciones en régimen ambulatorio y la forma en la que estas trabajan han cambiado considerablemente a lo largo de los años como respuesta al cambio de necesidades. El tratamiento y la atención médica, incluyendo los tratamientos psiquiátricos, la terapia antirretroviral altamente activa y el tratamiento de enfermedades hepáticas se llevan a cabo cada vez más en la misma instalación, y también se ha extendido el tratamiento de mantenimiento con droga para estabilizar a los pacientes.

### Características de los drogodependientes que reciben tratamiento en régimen ambulatorio

La información del indicador de demanda de tratamiento puede utilizarse para caracterizar el estatus socioeconómico de los pacientes que acuden a los centros de tratamiento y, hasta cierto punto, de todos los consumidores de droga <sup>(18)</sup>. Como el acceso al tratamiento ambulatorio es más sencillo y menos selectivo en la mayoría de países, resulta apropiado hacer la extrapolación de este grupo de pacientes a los consumidores de droga en su conjunto.

En 2005, 20 de 29 países europeos facilitaron datos sobre 315 000 pacientes drogodependientes que acudían a centros de tratamiento ambulatorios. Los datos procedían de más de 4 000 instalaciones de tratamiento. Aproximadamente la mitad de los pacientes en centros ambulatorios (53 %) declara los opiáceos como droga principal y la otra mitad señala otras drogas, concretamente cannabis (22 %) y cocaína (16 %), como droga principal. La droga que constituye más habitualmente la principal droga de consumo cambia en función de los países.

Alrededor del 80 % de los pacientes en régimen ambulatorio son varones, con una media de edad de aproximadamente 30 años (28 años entre los que reciben tratamiento por primera vez) y condiciones de vida generalmente pobres en comparación con la población general de la misma franja de edad. Un 60 % de los pacientes en centros ambulatorios no ha alcanzado un nivel de educación más allá de primaria, y uno de cada diez de ellos ni siquiera ha finalizado la educación primaria. Alrededor de la mitad de los pacientes tenía empleo regular antes de comenzar el tratamiento ambulatorio y la otra mitad eran personas desempleadas. La mayoría de pacientes en régimen ambulatorio tiene alojamiento estable (85 %), de los cuales un 40 % vive con sus padres y un 19 % vive por su cuenta. Una minoría significativa de pacientes en tratamiento ambulatorio (15 %) convive con niños, ya sea solos o con sus parejas, lo cual constituye un elemento que complica la vida de los drogodependientes y supone un factor de riesgo para los niños.

La información sobre la situación socioeconómica de los pacientes consumidores de droga que están en tratamiento se complementa con la información nacional de algunos

<sup>(18)</sup> Véanse los cuadros y los gráficos TDI del boletín estadístico de 2007 para más información sobre las cifras citadas en este apartado.

países desglosada por principal sustancia consumida. Por ejemplo, en Alemania, el 67 % de los consumidores de heroína está en paro o económicamente inactivo, mientras que en el caso de los pacientes consumidores de cocaína, este porcentaje es del 53 %, y el de los pacientes que consumen cannabis, un 35 %; el 74 % de los pacientes consumidores de opiáceos tiene una educación escolar limitada, y la cifra para los pacientes consumidores de cocaína es del 63 % (Sonntag *et al.*, 2006).

### Evoluciones recientes

Recientemente se han establecido en varios países instalaciones especializadas dirigidas a grupos específicos de consumidores de droga, por ejemplo mujeres drogodependientes, consumidores de drogas por vía parenteral sin techo, trabajadores/as del sexo o consumidores de droga jóvenes o muy jóvenes (véase la cuestión particular de 2007 sobre consumo de drogas entre los menores). En otros países se han ampliado las opciones de tratamiento farmacológico para satisfacer las necesidades de determinados grupos de consumidores con objeto de ampliar la cobertura del tratamiento. Por ejemplo, ahora está autorizado en Malta el tratamiento de mantenimiento con buprenorfina <sup>(19)</sup>.

### Tratamiento de grupos diferentes de consumidores de droga

Los Estados miembros reconocen cada vez más la importancia de proporcionar servicios de tratamiento adecuados para consumidores problemáticos de cannabis y cocaína. En el caso del cannabis, los programas de tratamiento, asesoramiento y prevención en Europa a menudo están interrelacionados para llegar al mayor número posible de consumidores. Se están aplicando nuevas estrategias de comunicación, como por ejemplo la utilización de Internet para llegar a los consumidores de cannabis cuyo consumo de la sustancia se sitúa entre lo experimental y lo problemático. Los servicios y los programas específicos de tratamiento para el cannabis, que hasta la fecha no se han ofrecido ampliamente en Europa, se están desarrollando en estos momentos (véase el capítulo 3).

Además, los Estados miembros que se enfrentan a una elevada demanda de tratamientos de la adicción a la cocaína están empezando a encargar investigaciones en este campo, aunque el tema se complica por el hecho de que los consumidores de cocaína en polvo y *crack* proceden por regla general de grupos sociales bien diferenciados (véase el capítulo 5). En la actualidad, no obstante, a raíz de la actual falta de servicios específicos, la gran mayoría de consumidores de psicoestimulantes, incluidos los consumidores de anfetaminas, recibe tratamiento en servicios tradicionales orientados hacia los opiáceos, existiendo una necesidad de formación evidente para el personal médico y de tratamiento en toda Europa.

### Tratamiento de la dependencia de heroína

Después de que se le diera el visto bueno a la política como respuesta al consumo de heroína en la segunda mitad de los años ochenta, el tratamiento de sustitución llegó a convertirse

### Marcos jurídicos del tratamiento de sustitución

En 2006 se llevó a cabo una encuesta entre la red especializada de correspondientes jurídicos con el fin de obtener más información sobre la legislación y las disposiciones reglamentarias oficiales relativas a los criterios de admisión en un tratamiento de sustitución, así como relativos a las prácticas de prescripción y distribución. Se obtuvieron resultados de 17 países, que venían a complementar un informe de 2003 de la Base de Datos Jurídica Europea Sobre Drogas <sup>(1)</sup>.

El ámbito de aplicación del marco jurídico varía considerablemente entre los diferentes Estados miembros. En algunos países, como por ejemplo en Bélgica, el tratamiento de sustitución está reglamentado por una ley parlamentaria específica, mientras en otros, como Chipre, su aplicación es objeto de interpretación de las leyes sobre sustancias controladas. La severidad y la flexibilidad del marco jurídico están estrechamente interrelacionadas.

Por regla general, las disposiciones legales establecen qué sustancias pueden utilizarse en el tratamiento de sustitución. En la mayoría de los casos solo se pueden prescribir metadona y buprenorfina o solo metadona, si bien en un número reducido de países se permiten otras drogas, como la morfina o la codeína. Asimismo, en casi todos los países los criterios nacionales de admisión se basan o bien en leyes o bien en decretos o directrices ministeriales. Los criterios más comunes son el diagnóstico de adicción y edad mínima, aunque a veces también se exige haber participado previamente, en vano, en un tratamiento de desintoxicación. En algunos países, la legislación nacional prevé sanciones por violar las normas del tratamiento, mientras que, en otros, el asunto se deja a la discrecionalidad de cada uno de los centros de tratamiento.

Con frecuencia, la legislación también define a las personas autorizadas para prescribir los medicamentos, que son principalmente los médicos de los centros de tratamiento, aunque en algunos países pueden realizar las prescripciones cualquier médico o ciertos médicos formados o acreditados. En la práctica, rara vez los médicos que no ejercen en centros de tratamiento inician un tratamiento de sustitución <sup>(2)</sup>. Solo en contadas ocasiones se define el límite máximo de dosis en la legislación pertinente. Con el fin de prevenir prescripciones dobles, en la mayoría de los países se utilizan formularios de prescripción especiales, si bien en algunos países existe un registro central y en un número reducido de países se hace uso de carnés de tratamiento especiales. La legislación también suele especificar los dispensarios autorizados, en su mayoría farmacias o centros de tratamiento, estando facultados en algunos países también los médicos para dispensar las drogas de sustitución. Por último, en la mayoría de los países se permite en virtud de la ley, de directrices o simplemente se tolera que las dosis se lleven a los hogares. No obstante, en ocasiones este tipo de prescripciones se prohíbe específicamente.

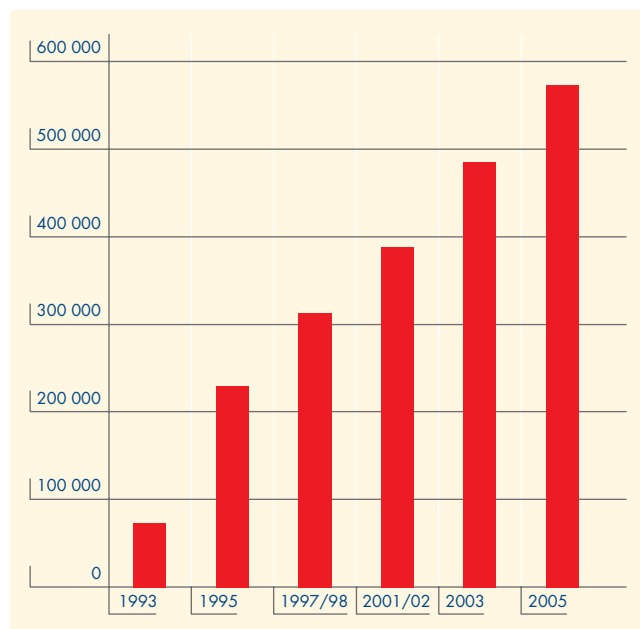
<sup>(1)</sup> Para más información consulte el sitio web: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

<sup>(2)</sup> Véase la tabla HSR-6 en el boletín estadístico de 2007.

en la opción predominante para tratar la dependencia de opiáceos en la mayoría de países (gráfico 2).

<sup>(19)</sup> Véase «Práctica prescriptiva para el tratamiento de sustitución en Europa», p. 66.

**Gráfico 2:** Estimación de oferta de tratamientos de sustitución a base de opiáceos en los Estados miembros de la Europa de los Quince, 1993-2005



N.B.: Para más información, véanse los cuadros HSR-7 y HSR-8, así como los gráficos HSR-1 y HSR-5 del boletín estadístico de 2007.

Fuentes: Puntos focales nacionales e informes; para una lista detallada de las fuentes, véase el cuadro HSR-5 del boletín estadístico de 2007.

Las principales drogas de sustitución son la metadona y la buprenorfina. Idealmente, el tratamiento farmacológico debería combinarse con asesoramiento psicológico y asistencia social. El tratamiento de sustitución normalmente se ofrece en régimen ambulatorio en unidades especializadas en el tratamiento de la drogodependencia. En algunos países, por ejemplo en Alemania, Francia y el Reino Unido, los médicos de cabecera están muy implicados en el tratamiento de consumidores de drogas. En otros, el nivel de participación de los médicos de cabecera todavía es limitado, ya sea por razones legales o por una falta de interés en el tratamiento de la adicción<sup>(20)</sup>. El tema del control de calidad también se ha tratado en varios países y ha tenido como consecuencia un endurecimiento de la normativa, un aumento de los requisitos de formación, y la introducción de mayores niveles de supervisión y control<sup>(21)</sup>. El tratamiento de la adicción a los opiáceos se explora con más detalle en el capítulo 6.

### Medidas para la reducción de los daños

La prevención de enfermedades infecciosas y la reducción de las muertes relacionadas con la droga constituyen objetivos centrales de la estrategia de la UE en materia de drogas, y el plan de acción actual fija el objetivo de incrementar la oferta y la accesibilidad de los servicios y las instalaciones para prevenir y reducir los daños para la salud.

En abril de 2007, la Comisión Europea presentó un informe 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<sup>(22)</sup>. Este informe documenta que la reducción de daños constituye en todos los Estados miembros un objetivo claramente definido de la salud pública a escala nacional. El documento de base encargado para respaldar el informe de la Comisión ofrece una panorámica exhaustiva de las políticas y las intervenciones de reducción de daños en Europa. Se fundamenta en información suministrada principalmente por responsables políticos, expertos de la red Reitox y organizaciones de base. Este documento de base incluye amplios inventarios de la situación en los distintos países<sup>(23)</sup>.

La Recomendación del Consejo ha llevado a la mayoría de países a coordinar sus políticas nacionales con la estrategia europea, haciendo especial hincapié en la expansión de la oferta de servicios de reducción de daños. Parece que la Recomendación ha repercutido especialmente entre los países que se incorporaron a la UE en 2004.

### Reinserción social

El alojamiento precario, el empleo irregular y un historial de encarcelamiento constituyen indicadores de exclusión social que caracterizan la vida de un gran número de consumidores de droga. En muchos países europeos, el número de consumidores problemáticos de droga al que se llega, al que se mantiene en tratamiento y al que se somete a tratamientos de sustitución es más elevado que nunca. En consecuencia, ha aumentado de manera significativa la demanda de alojamiento, educación, empleo y asistencia jurídica. Por ese motivo, los sistemas de asistencia sanitaria y social se enfrentan al reto de encontrar respuestas novedosas para nuevos perfiles de pacientes, a menudo caracterizados por tener múltiples necesidades. La reinserción social se establece ahora como un determinante importante del éxito del tratamiento a largo plazo.

En algunos países, el ámbito de la reinserción está recibiendo cada vez más atención política e inversión, y varios países tienen previsto brindar asistencia social y servicios de reinserción a los pacientes en el marco del tratamiento de mantenimiento con droga. Por ejemplo, la revisión a medio plazo de la estrategia antidroga irlandesa recomendaba la inclusión de la rehabilitación como quinto pilar de la estrategia, mientras que en Dinamarca los Ministerios de Empleo y de Asuntos Sociales lanzaron nuevos programas para grupos vulnerables («responsabilidad compartida»). Otro ejemplo es la estrategia del Gobierno noruego para prevenir y atajar el problema de las personas sin techo, que fija objetivos mensurables, como son la reducción de los desahucios y el aumento del acceso a un alojamiento estable para que el alojamiento temporal se convierta en la excepción. También en Noruega, un plan de acción para combatir la pobreza

<sup>(20)</sup> Véase «Marcos jurídicos del tratamiento de sustitución» (p. 32) y <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

<sup>(21)</sup> Véase también p. 67.

<sup>(22)</sup> 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 [DO L 165 de 3.7.2003, p. 12].

<sup>(23)</sup> Ambos documentos están disponibles en: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/drug\\_rec\\_en.htm#1](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1)

incluye un plan de subvenciones que durante el año 2006 distribuyó 6,5 millones de euros para el suministro de servicios de seguimiento residenciales para personas sin techo y consumidores de droga y alcohol. Además, Grecia, Francia, Italia, Lituania, Austria, Portugal y Eslovaquia participan en la iniciativa EQUAL de la Comisión en el ámbito del empleo y la inclusión social <sup>(24)</sup>.

La UE también ha fomentado la creación de un marco denominado «Método Abierto de Coordinación» (MAC), en el que los Estados miembros coordinan sus políticas para combatir la pobreza y la exclusión social a través de un proceso de intercambios de políticas y aprendizaje mutuo.

Las medidas de reinserción reflejan distintas realidades socioculturales y económicas nacionales en Europa, pero también muestran cierta diversidad en relación con los objetivos, los grupos objetivo y las condiciones. Por ejemplo, Bulgaria y Rumanía son los únicos países que mencionan proyectos específicos de reinserción social para niños de la calle.

Los programas y las acciones en muchos países no están dirigidos específicamente a los consumidores de droga, sino a los grupos sociales vulnerables en general y normalmente se aplican a escala local o regional. Así pues, los «planes

de prevención de proximidad» (PPP) establecidos por el Gobierno de Valonia en 2003 tratan la pobreza y la adicción a escala local como dos temas interrelacionados, mientras que en Dinamarca, la Ley de servicios sociales obliga a los municipios a ofrecer un plan de acción social a todos los consumidores de droga. Asimismo, los gobiernos locales de Polonia están legalmente obligados a reinserir en la sociedad a los consumidores de droga, y en los Países Bajos son los municipios los que inician la mayoría de nuevos servicios de reinserción social. Finalmente, en Alemania, el alojamiento temporal, la escolarización y la vivienda son gestionados por los Estados federados o los municipios y además se ponen a disposición programas federales para personas con discapacidades para promover la integración de los consumidores de droga en el mercado laboral.

La asistencia en materia de alojamiento va desde centros diurnos de acogida de emergencia, hostales e instalaciones residenciales a corto plazo hasta hogares de transición (*half-way houses*), alojamiento tutelado y subsidios para alquiler. Para evitar «atraer» a los pacientes hacia una dependencia del servicio a largo plazo se están explorando enfoques innovadores en el ámbito de los alojamientos asistidos o la gestión financiera. Por ejemplo, en Dinamarca, a los pacientes que residen en estos hogares de reinserción se les

### Estudios nacionales sobre resultados de tratamiento

En tres Estados miembros (Irlanda, Italia, Reino Unido) se han llevado a cabo estudios nacionales sobre resultados de tratamiento. La finalidad de estos estudios era examinar los resultados del tratamiento mediante la observación a largo plazo de una cohorte de consumidores de droga problemáticos sometidos a diferentes modalidades de tratamiento en distintas instalaciones de tratamiento. Una característica importante de los estudios de este tipo radica en que investigan los resultados de tratamiento en los centros existentes y en las circunstancias clínicas del día a día. Entre las modalidades de tratamiento que se someten principalmente a examen se incluyen el tratamiento de mantenimiento o de reducción con metadona, la desintoxicación y los tratamientos sin drogas como las comunidades y el asesoramiento terapéuticos. Las principales variables de resultados son el consumo de droga, la salud física y psicológica, la retención en tratamiento y el comportamiento delictivo.

En Italia, mediante el estudio Vedette (1998-2001) se evaluó la efectividad del tratamiento ofrecido en los centros de tratamiento públicos de todo el país. Las principales variables de resultados fueron la retención en tratamiento y la mortalidad entre los consumidores de heroína. Hasta la fecha, en el Reino Unido se han llevado a cabo tres estudios sobre los resultados de tratamiento. El primero de estos estudios fue el National Treatment Outcome Research Study (NTORS), realizado por el National Addiction Centre in England and Wales entre 1995 y 2000. Dicho estudio tenía por objeto investigar los resultados de programas de tratamiento en régimen ambulatorio y de ingreso. El estudio arrojó algunos resultados positivos, como el incremento en las tasas de abstinencia en el consumo de drogas ilegales, una reducción de la frecuencia del consumo de drogas, una menor tasa de delincuencia y una mejora del estado de salud. Sin embargo, en un período de cinco años, algunos resultados

a largo plazo fueron menos satisfactorios. Por ejemplo, en el consumo de *crack*, tras una reducción inicial del consumo se observó un nuevo incremento al cabo de cuatro o cinco años, y muchos consumidores de droga continuaban mostrando un consumo excesivo de alcohol (Gossop *et al.*, 2001).

El Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS) facilitará una actualización del estudio NTORS, que será llevado a cabo por la Universidad de Manchester. El estudio se inició en 2006 y hará un seguimiento de los consumidores de droga en toda Inglaterra durante un período inicial de 12 meses. Dicho estudio tiene por objeto evaluar el impacto del tratamiento de la drogodependencia sobre una serie de variables de resultado, centrándose en el análisis de los tipos de vías de tratamiento que producen los mejores resultados en determinados subgrupos de consumidores de drogas. En Escocia, el Drug Outcome Research Study (DORIS), que lleva a cabo la Universidad de Glasgow, se inició en 2001. Este estudio examina el impacto y la efectividad de los servicios de tratamiento ofrecidos en organismos dedicados al tratamiento de drogodependencias, incluidos los servicios ofrecidos en prisiones. Se hizo un seguimiento de los consumidores de drogas durante un período de 33 meses como máximo.

En Irlanda, desde 2003 la Universidad Nacional de Irlanda, Maynooth, lleva a cabo en el marco del Research Outcome Study (ROSIE) una evaluación de la efectividad de los tratamientos de la drogodependencia. Para ello se realiza un seguimiento de los consumidores de opiáceos que inician un tratamiento durante un período máximo de tres años, y se documentan los cambios observados (Cox *et al.*, 2006). Tras un año de seguimiento, a raíz del estudio se observó una considerable reducción del consumo de drogas y de la actividad delictiva, una baja tasa de mortalidad y algunos resultados positivos con respecto a las quejas de los participantes por su estado de salud física y mental.

<sup>(24)</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/equal/index\\_en.cfm](http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm)

ofrece cursos de formación en los que aprenden a solucionar posibles problemas futuros relacionados con la gestión del propio piso. En el Reino Unido los pacientes reciben asesoramiento sobre cómo comprar, cocinar y gestionar el presupuesto doméstico.

Mientras que en muchos países se indica que la creación de nuevas oportunidades de formación y acceso a la educación es algo habitual, el trabajo remunerado resulta más difícil de obtener para estos colectivos. Sin embargo, esta medida es particularmente importante para el grupo objetivo, puesto que le proporciona no solo estabilidad económica, sino también autoestima, estatus social y un ritmo de vida regular. Nuevas formas de lograr que los pacientes tengan acceso al trabajo remunerado incluyen las iniciativas de cooperación con empresas privadas, los programas de tutoría y los incentivos tales como subvencionar los salarios de los aprendices o conceder préstamos para la creación de empresas. En varios países, las instalaciones de tratamiento de la drogodependencia han constituido sus propias empresas socioeconómicas, ofreciendo un empleo remunerado a sus pacientes. Otras iniciativas se centran en mejorar la situación del empleo conjugando mejor los perfiles, las expectativas y las habilidades con la realidad de la vida laboral. Por ejemplo, la Bolsa de trabajo de Viena actúa como intermediario entre pacientes, agencias especializadas en materia de drogas y los servicios públicos de empleo, y realiza tareas específicas de asesoramiento para mejorar los índices de éxito en el trabajo. También ayuda a identificar soluciones para los pacientes para quienes la reinserción laboral ya no constituye una opción.

Plantea un reto particular la reinserción de consumidores de heroína marginados, de edad avanzada y con importantes trastornos somáticos y mentales. En Bélgica, los consumidores de drogas con problemas psiquiátricos pueden recibir atención en unidades especializadas en la toxicomanía de hospitales psiquiátricos o generales, o en otros centros de atención psiquiátrica. En Dinamarca los consumidores de drogas con problemas psiquiátricos reciben cuidados en instalaciones psiquiátricas, y existen centros de atención alternativos que acogen a consumidores de droga de edad avanzada que no pueden desenvolverse solos a causa de la adicción, su estado de demencia o un comportamiento problemático. En los Países Bajos se aprobó en 2007 una nueva Ley de ayuda social según la cual la drogodependencia se regula en la misma normativa que (otros) problemas psiquiátricos crónicos. Sin embargo, se presentaron objeciones en el ámbito local al establecimiento de unas instalaciones residenciales centralizadas con capacidad para 120 consumidores de droga sin techo y con problemas psiquiátricos. Para las personas con problemas de salud mental, se considera que la ayuda profesional para reestablecer una red de ayuda y personas de contacto constituye un elemento importante del proceso de reinserción social.

En algunos países (por ejemplo Bulgaria, República Checa, Grecia y Eslovenia), se ofrecen programas de reinserción estructurados solo como medida de seguimiento de tratamientos de la dependencia de la droga basados en la abstinencia completados con éxito, y actualmente no existen medidas específicas de reinserción para pacientes en tratamientos de mantenimiento.



## Capítulo 3

# Cannabis

### Introducción: la evolución de las pautas de consumo de cannabis en Europa

El cannabis es la droga ilegal más consumida del mundo. Desde los años sesenta, cuando su consumo se convirtió virtualmente en sinónimo de un creciente movimiento cultural alternativo entre los jóvenes, esta sustancia ha estado en el centro del debate sobre las drogas en Europa. A pesar de que este hecho es hartamente conocido, entender las pautas del consumo de cannabis en Europa constituye una tarea compleja. Un elemento importante dentro de esta panorámica son los diferentes productos del cannabis disponibles actualmente en el mercado europeo. Históricamente, han sido habituales en Europa tres formas principales de cannabis: la resina de cannabis, la hierba de cannabis y, con mucha menos frecuencia, el aceite de cannabis. Para muchos consumidores en Europa, fumar resina de cannabis mezclada con tabaco sigue siendo la principal vía de administración de la droga, aunque en el resto del mundo esta pauta de consumo resulta relativamente poco común. Si bien Europa sigue siendo el principal mercado global para la resina de cannabis, los productos elaborados a partir de hierba de cannabis parecen ser cada vez más habituales e incluso predominan en algunos mercados. En los últimos años, la situación se ha ido complicando aún más debido a la disponibilidad de cannabis producido dentro de Europa, parte del cual se cultiva en condiciones controladas y pueden tener una potencia relativamente elevada. En muchos países, este tipo de cannabis se ha convertido en un producto independiente que dificulta la evaluación del impacto del cambio en las pautas de consumo sobre la salud pública.

### Oferta y disponibilidad

#### Producción y tráfico

Dado que el cannabis puede cultivarse en toda una serie de entornos distintos, e incluso crece de forma salvaje en muchas partes del mundo, resulta extremadamente difícil elaborar estimaciones convincentes sobre la producción mundial. Después de haber registrado una tendencia al alza a lo largo de varios años, teniendo en cuenta la información sobre la diversificación de la producción de cannabis, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) ha reducido sus estimaciones globales de producción de hierba de cannabis de 45 000 toneladas en 2004 a 42 000 toneladas en 2005. Ello se debe principalmente a un descenso de las estimaciones de producción procedentes de

Norteamérica a raíz de una intensificación de los esfuerzos de erradicación del cannabis. Actualmente se estima que alrededor de la mitad de todo el cannabis se cultiva en el continente americano (46 %), seguido por África (26 %) y Asia (22 %) (ONUDD, 2007).

Marruecos continúa siendo el principal productor mundial de resina de cannabis y, aunque los estudios recientes sugieren que la superficie destinada al cultivo de cannabis ha disminuido alrededor del 40 % entre 2004 y 2005, se sigue estimando que el país produce un 70 % de la resina de cannabis consumida en Europa. Sobre la base de estimaciones del área total cultivada, la producción potencial de Marruecos en 2005 ascendía a 1 066 toneladas, estando la mayor parte del cannabis marroquí destinada a los mercados europeo y norteafricano (CND, 2007; ONUDD y Gobierno de Marruecos, 2007). La resina de cannabis se introduce ilegalmente en Europa a través de la Península Ibérica. Aunque Marruecos es con diferencia el mayor productor de resina para el mercado europeo, también se informa sobre la disponibilidad de resina de otros países (Moldova e India), especialmente en países centroeuropeos.

Si bien la resina en Europa tiende a ser un producto relativamente uniforme, no puede decirse lo mismo de la hierba de cannabis. Entre los países de origen de las incautaciones declaradas en 2005 se incluyen Albania, los Países Bajos, los países de la antigua Yugoslavia, Angola y Sudáfrica. Aunque resulta difícil supervisar sistemáticamente la producción de hierba de cannabis en los distintos países, esta práctica se observó en la mitad de los países que facilitaron información en 2005. Parte del cannabis producido en Europa se cultiva en espacios exteriores y es prácticamente imposible distinguirlo de la hierba de cannabis importada. No obstante, el cannabis de potencia relativamente elevada cultivado de manera intensiva parece representar una parte importante y posiblemente creciente dentro del mercado en muchos países; los equipos que permiten a los consumidores producir cannabis en espacios interiores pueden adquirirse sin problemas en Internet o, en algunos países, a través de proveedores especializados. El hecho de que esta forma de droga se cultive en espacios interiores y a menudo muy cerca del mercado final puede significar que resulta más raramente incautada y, por ello, menos visible en los datos disponibles.

#### Incautaciones

En 2005, se incautaron un total de 1 302 toneladas de resina de cannabis y 4 644 toneladas de hierba de

### Interpretación de las incautaciones y otros datos de mercado

El número de incautaciones de drogas en un país suele considerarse un indicador indirecto de la oferta y disponibilidad de estas sustancias, aunque también refleja los recursos, prioridades y estrategias de las fuerzas de seguridad, así como la vulnerabilidad de los traficantes ante las actividades nacionales e internacionales destinadas a reducir la oferta y las prácticas de elaboración de informes. Las cantidades incautadas pueden variar en gran medida de un año a otro, por ejemplo si un año algunas incautaciones son especialmente grandes. Por esta razón, en ocasiones el número de incautaciones es un mejor indicador de las tendencias. En todos los países, la cifra total de incautaciones incluye un porcentaje muy elevado de pequeñas incautaciones en el ámbito minorista (a pie de calle). Cuando se conocen, el origen y el destino de las drogas incautadas pueden ser indicadores de rutas de tráfico y áreas de producción. La mayoría de Estados miembros comunica el precio y la pureza/potencia de las drogas vendidas en el ámbito minorista. No obstante, los datos proceden de una gran variedad de fuentes que no siempre son comparables, lo que hace difícil establecer una comparación exacta entre países.

Con el fin de observar las incautaciones de drogas efectuadas en Europa en un contexto más amplio, en este informe se presenta información de síntesis sobre la situación global. Las estimaciones sobre la situación mundial aquí incluidas se basan principalmente en los datos recogidos en el informe anual sobre la situación de la problemática de la droga a escala internacional que elabora la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. El lector deberá tener en cuenta que resulta complicado recopilar información de este tipo y que, en un nutrido número de países apenas se han desarrollado los sistemas de información. Por tanto, los datos deben considerarse las mejores aproximaciones posibles de las fuentes de información actualmente disponibles.

cannabis en todo el mundo; ambos totales eran inferiores a las cifras de 2004. La mayor parte de las incautaciones de resina de cannabis siguió produciéndose en Europa Central y Occidental (70 %), mientras que las incautaciones de hierba de cannabis se concentraron en América del Norte (64 %) (ONUDD, 2007).

En 2005, se incautaron un total de 909 toneladas de resina de cannabis en las 303 000 operaciones que se estima se llevaron a cabo en Europa <sup>(25)</sup>, representando España aproximadamente la mitad de las incautaciones y tres cuartas partes de la cantidad total incautada <sup>(26)</sup>. Con un ligero incremento del número de incautaciones de resina declaradas en 2005 se mantuvo la tendencia al alza observada desde el año 2000. Sin embargo esto no se

corresponde con la realidad si se tiene en cuenta la cantidad de resina aprehendida, la cual descendió en 2005 después de haber ido en aumento durante el período 2000-2004.

La relación entre la resina y la hierba de cannabis puede apreciarse por el hecho de que, en 2005, se produjeron solo alrededor de la mitad de incautaciones de hierba de cannabis (152 000) y menos de una décima parte del volumen aprehendido (66 toneladas) en comparación con las incautaciones de resina. Las cifras de incautaciones de hierba de cannabis en Europa han ido creciendo constantemente durante los últimos cinco años, aunque la evolución de las cantidades incautadas parece menos clara: después de que las cantidades descendieran entre 2001 y 2004, en 2005 se registró posiblemente un incremento. Las conclusiones en este punto son obligatoriamente preliminares, puesto que el Reino Unido, país responsable de la mayoría de incautaciones de hierba de cannabis tanto en número como en cantidades, aún no ha proporcionado información para 2005.

En 2005, un total estimado de 13 500 operaciones en Europa resultó en la interceptación de alrededor de 24 millones de plantas de cannabis (la mayoría en Turquía) y 13,6 toneladas de plantas de cannabis (la mayoría en España). En general, el número de incautaciones de plantas de cannabis en Europa muestra una continua tendencia al alza desde el año 2000. En cuanto a los Estados miembros de la UE, el número de plantas de cannabis incautadas alcanzó su nivel máximo en 2001 y volvió a crecer a partir de 2003, mientras que en Turquía, después de un aumento durante el período 2001-2003, el número de plantas de cannabis aprehendidas disminuyó en 2004 para volver a crecer en 2005.

### Precio y potencia

En 2005, el precio medio o típico de venta al por menor de la resina y la hierba de cannabis fluctuó tanto entre los distintos países como dentro de ellos. Según los datos facilitados, en la mayoría de los países los precios de los productos de cannabis oscilaban entre los 5 euros y los 10 euros por gramo <sup>(27)</sup>. Sin embargo, los precios medios o típicos declarados para ambos tipos de cannabis oscilaban entre los 2 euros y más de 15 euros por gramo. El precio medio de la resina de cannabis, una vez corregidos los efectos de la inflación, experimentó un descenso durante el período 2000-2005 en todos los países que han facilitado datos, excepto en Polonia, donde los precios permanecieron estables. El precio medio de la hierba de cannabis, descontando la inflación, también descendió o se mantuvo estable durante el mismo período en todos los países que aportaron información, a excepción de Eslovenia <sup>(28)</sup>.

La potencia de los productos del cannabis viene determinada por su contenido de  $\Delta^9$ -tetrahidrocannabinol (THC), la

<sup>(25)</sup> La información sobre incautaciones de droga europeas en la que se basa este apartado puede encontrarse en los cuadros SZR-1, SZR-2, SZR-3 y SZR-4 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(26)</sup> Estos datos deberán cotejarse con la información correspondiente a 2005, cuando se disponga de ella. Con fines estimativos, los datos no disponibles para 2005 fueron reemplazados por los datos correspondientes a 2004.

<sup>(27)</sup> Véase el cuadro PPP-1 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(28)</sup> Se analizó la información sobre el precio de la resina de cannabis y la hierba de cannabis para 19 países (en los que se disponía de datos de el menos tres años consecutivos).



principal sustancia psicoactiva (OEDT, 2004). En 2005, a tenor de los datos facilitados, el contenido medio o típico de THC de la resina de cannabis vendida al por menor oscilaba entre menos del 1 % y el 17 %; resulta difícil explicar tal margen de variación, dado que la mayoría de la resina europea proviene de la misma fuente. Según los informes, la potencia de la hierba de cannabis variaba entre menos del 1 % y poco más del 15 %. Los datos disponibles no permiten identificar la potencia de la hierba de cannabis producida en los distintos países y la importada; sin embargo, los Países Bajos pudieron elaborar una estimación de un 17,7 % de hierba de cannabis producida localmente <sup>(29)</sup>.

## Prevalencia y pautas de consumo de cannabis

### Entre la población general

Los datos de encuesta más recientes confirman que el cannabis es la sustancia ilegal consumida con mayor frecuencia en Europa. Durante los años noventa, el consumo

de esta droga, especialmente entre los jóvenes, aumentó en prácticamente todos los países. No obstante, algunos de los datos más recientes sugieren que la tendencia al alza se está estabilizando, aunque a niveles máximos históricos. Una cuestión secundaria importante pasa por explorar las tendencias entre los que consumen la droga de forma intensiva y durante largos períodos de tiempo. A este respecto, los datos disponibles son escasos, pero se teme que cada vez más jóvenes estén consumiendo cannabis de este modo y que ello se refleje en el crecimiento de la demanda de tratamiento por consumo de cannabis observado en algunos países.

Según estimaciones conservadoras han consumido cannabis al menos una vez (prevalencia a lo largo de la vida) más de 70 millones de europeos adultos, lo cual supone de media casi una cuarta parte (22 %) de las personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años <sup>(30)</sup>. Las cifras por países presentan grandes variaciones (entre el 2 % y el 37 %), registrándose en Bulgaria, Malta y Rumanía las cifras más bajas, y las más altas en Dinamarca (36,5 %), Francia (30,6 %), el Reino Unido (29,8 %) e Italia (29,3 %) <sup>(31)</sup>. A pesar de este margen general tan amplio, 12 países

### Cannabis para consumo personal: la situación jurídica

A pesar de que en los Estados miembros existen diferentes enfoques jurídicos con respecto al cannabis <sup>(1)</sup>, en Europa se puede observar una tendencia general hacia el desarrollo de medidas alternativas a una condena penal en casos de consumo y posesión de pequeñas cantidades de cannabis para consumo personal si no existen circunstancias agravantes. Actualmente, el cannabis se suele distinguir de otras sustancias ilegales, ya sea en la legislación, en directivas de instrucción o en la práctica judicial. En la mayoría de los países europeos, se tiende a evitar las sentencias con penas privativas de libertad en favor de multas, amonestaciones, libertad vigilada, exención de la pena y orientación. En una serie de medidas recientes se pueden encontrar ejemplos de esta tendencia, incluida la abolición de penas privativas de la libertad en Luxemburgo en 2001 y Bélgica en 2003, y la reducción de las penas privativas de libertad en Grecia en 2003 y en el Reino Unido en 2004. En Bélgica (2003 y 2005), Francia (2005) y el Reino Unido (2004 y 2006) se aprobaron las directrices que debían seguir la policía o los fiscales. En 2006, la República Checa llegó casi a establecer diferentes clases de drogas para uso no médico, no obstante el proyecto del Código Penal fue rechazado por motivos desconocidos. A pesar de ello, en virtud de la información facilitada, el número de delitos declarados relacionados con el cannabis continúa aumentando en Europa (véase el capítulo 1).

El debate en torno al cannabis sigue siendo fuente de polémica y sigue reinando un gran desacuerdo sobre los costes relativos y los beneficios de las diferentes medidas en el ámbito de la salud

pública y la justicia penal. Esto queda reflejado en el hecho de que no todas las medidas han avanzado en la dirección de suavizar las penas y de que en algunos países incluso se han adoptado penas más severas o la situación actual es objeto de una revisión crítica. En 2004, se aprobó en Dinamarca una directriz para los fiscales, en virtud de la cual se imponían multas en lugar de hacer amonestaciones, y en Italia, en 2006, se abolió la distinción jurídica entre drogas de uso no médico, rechazando la clasificación de drogas «blandas» y drogas «duras». Otros países han estado revisando sus enfoques actuales con respecto al cannabis; por ejemplo, en los Países Bajos se publicó en 2005 una estrategia específica para el cannabis y en Alemania se llevó a cabo una evaluación de la aplicación de las penas por simple posesión de cannabis.

La política relativa al cannabis sigue siendo una cuestión fuente de debate y desacuerdos entre la opinión pública, como ilustran los resultados de la reciente encuesta del Eurobarómetro (2006), que preguntaba a los ciudadanos europeos si estaban de acuerdo con que se legalizase el consumo personal de cannabis en toda Europa. Más de dos terceras partes (68 %) de los encuestados se mostraron en desacuerdo, mientras que alrededor de una cuarta parte (26 %) estaba de acuerdo. En todos los países, si bien variaba el porcentaje de encuestados que apoyaban la continuidad de la prohibición, esta opción fue siempre respaldada por la mayoría.

(1) Para ampliar esta información consulte este tema en la lista de la ELDD en la dirección <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

<sup>(29)</sup> Puede encontrarse información sobre la potencia del cannabis en los cuadros PPP-2 y PPP-5 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(30)</sup> Para calcular el porcentaje medio se han ponderado las tasas de prevalencia nacionales en función de la población del grupo de edad relevante en cada país. Las cifras totales se han calculado multiplicando las tasas de prevalencia por el número de personas del grupo de edad correspondiente en cada país; en los países en los que no se disponía de información se ha estimado la prevalencia media. Probablemente las cifras aquí indicadas corresponden al mínimo, ya que es posible que no se haya informado de todos los casos.

<sup>(31)</sup> En este texto, las cifras del Reino Unido se basan en el British Crime Survey de 2006 [Estudio sobre la delincuencia británica] (Inglaterra y Gales), por razones prácticas. Se dispone, además, de cálculos estimativos sobre Escocia, Irlanda del Norte y un cálculo estimativo combinado sobre el Reino Unido (presentado en el boletín estadístico de 2007).

### Encuestas: 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 evalúa mediante encuestas que permiten estimar la proporción de personas que declaran haber consumido drogas durante determinados períodos de tiempo: a lo largo de su vida, durante el último año o el último mes.

El OEDT, en colaboración con expertos nacionales, ha desarrollado una serie de temas básicos comunes («modelo de cuestionario europeo», EMQ) que se utilizan en las encuestas a adultos en la mayoría de los Estados miembros de la UE. En el *Handbook for surveys about drug use among the general population* (Manual de encuestas sobre el consumo de drogas entre la población general) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>) se incluyen más detalles sobre este modelo. Sin embargo, todavía existen diferencias entre los países en cuanto a la metodología y el año de recopilación de datos. Por lo tanto, incluso las pequeñas disparidades que existen entre los países deben interpretarse con prudencia (1).

Dado que el coste de la realización de encuestas es elevado son pocos los países que recopilan información anualmente. En este informe se presentan los datos obtenidos de las últimas encuestas disponibles, realizadas en la mayoría de los casos entre 2003 y 2006.

Las encuestas recogen los datos relativos al consumo de drogas, que se clasifica en tres índices según el período de consumo medido. El consumo o la prevalencia a lo largo de la vida es el índice más extendido. Este índice se utiliza, por lo general, en los informes sobre grupos de personas muy jóvenes, por ejemplo, escolares, pero tiene un valor limitado a la hora de reflejar la situación actual entre los adultos, aunque puede servir para hacerse una idea de las pautas de consumo y de la incidencia. El presente informe se centra en el consumo durante los últimos 12 meses y durante el último mes, dado que estos dos índices reflejan mejor la situación actual, sirviendo la última categoría por regla general como indicador de sustitución para el consumo regular. Es importante identificar de manera unívoca a las personas que consumen drogas regularmente o que viven una situación problemática a raíz del consumo de drogas y, a este respecto, ha habido avances gracias al desarrollo de escalas para evaluar formas de consumo más intensivas; dichas escalas, en la medida en que están disponibles, se incluyen en el presente informe (véase el recuadro sobre el desarrollo de escalas psicométricas, p. 43).

(1) Márgenes estándar de edad del OEDT: todos los adultos (de 15 a 64 años) y adultos jóvenes (de 15 a 34 años). Los datos de algunos países cubren márgenes de edad ligeramente diferentes (por ejemplo, 16-64 años, 18-64 años, 16-59 años). Para más información sobre la metodología de las encuestas de población y la metodología empleada en cada una de las encuestas nacionales, véase el boletín estadístico de 2007.

Europeos de los 26 de los que se dispone información declararon tasas de prevalencia de vida de entre el 10 % y el 25 % (32).

Si se observa el consumo en el último año en vez de el consumo a lo largo de toda la vida, se declaran niveles de consumo más bajos, aunque siguen estando a un nivel considerable. Se estima que más de 23 millones de europeos adultos consumieron cannabis durante el último año, lo que equivale a alrededor del 7 % de las personas de edades entre los 15 y los 64 años. Por países, las cifras fluctúan entre el 1 % y el 11,2 %, registrándose en Bulgaria, Grecia y Malta las cifras más bajas, y las más altas en Italia (11,2 %), España (11,2 %), la República Checa (9,3 %) y el Reino Unido (8,7 %). Nuevamente, a pesar del amplio margen general, 13 de los 25 países que aportaron información declararon estimaciones de prevalencia en el último año entre el 4 % y el 9 % (gráfico 3).

Las estimaciones de la prevalencia en el último mes incluyen a las personas que consumen cannabis más regularmente, aunque no necesariamente de forma intensiva. Se estima que 13,4 millones de europeos adultos han consumido esta droga en el último mes, lo que corresponde a una media del 4 % de las personas con una edad comprendida entre los 15 y los 64 años. Las cifras por país oscilan entre el 0,5 % y el 8,7 %. Las cifras más bajas corresponden a Bulgaria, Malta, Lituania y Suecia, y las más altas a España (8,7 %), Italia (5,8 %), el Reino Unido (5,2 %) y Francia (4,8 %). De los 26 países que aportaron información, los porcentajes de 13 países se hallan entre el 2 % y el 6 % (33).

### Consumo de cannabis entre adultos jóvenes

El consumo de cannabis es desproporcionadamente elevado entre los jóvenes; en función del país analizado, entre el 3 % y el 49,5 % de los jóvenes adultos europeos (15-34 años) reconoce haber probado cannabis alguna vez, entre el 3 % y el 20 % afirma haberlo consumido en el último año y entre el 1,5 % y el 15,5 % declara haberlo hecho durante el último mes. Los índices de prevalencia de vida más altos provienen de Dinamarca, Francia, el Reino Unido y España, y las tasas de prevalencia en el último año más altas las comunican España, la República Checa, Francia e Italia. De media, un 30 % de los adultos jóvenes declara haber consumido la sustancia al menos una vez, un 13 % durante el último año y más de un 7 % declaran haberla consumido durante el último mes. A modo de comparación, las estimaciones para el último año y el último mes para adultos entre 35 y 64 años se sitúan en el 3 % y el 1,6 %, respectivamente (34).

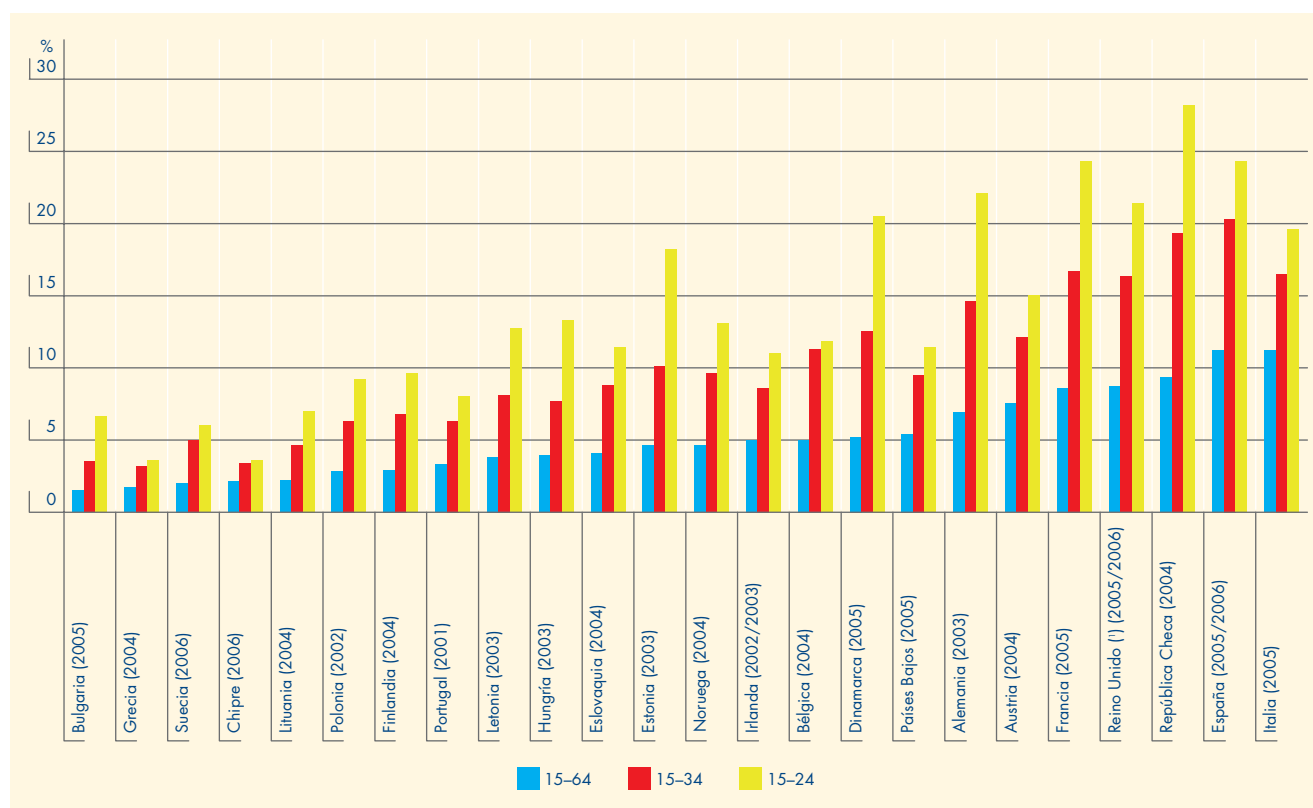
Si se consideran exclusivamente los jóvenes en la franja de edad de entre 15 y 24 años, las estimaciones de prevalencia de vida oscilan entre el 3 % y el 44 % (la mayoría de países indica cifras situadas en la franja de entre un 20 % y un 40 %). Las tasas de prevalencia del último año van del 4 % al 28 % (en la mayoría de países se sitúan entre el 10 % y el 25 %); y las del último mes oscilan entre el 1 % y el 19 % (en la mayoría de países, entre el 5 % y el 12 %). Las

(32) Véase el cuadro GPS-8 del boletín estadístico de 2007.

(33) Véase el cuadro GPS-12 del boletín estadístico de 2007.

(34) Véanse los cuadros GPS-9, GPS-11 y GPS-13 del boletín estadístico 2007.

**Gráfico 3:** Prevalencia del consumo de cannabis en el último año entre la población adulta (entre 15 y 64 años) y entre la población adulta joven (entre 15 y 34 años o entre 15 y 24 años, respectivamente)



(\*) Inglaterra y Gales.

N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales disponibles más recientes en cada país en el momento de realización del informe. Los países están ordenados de acuerdo con la prevalencia total (todos los adultos). Para más información, véanse los cuadros GPS-10, GPS-11 y GPS-18 del boletín estadístico de 2007.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2006), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

estimaciones de prevalencia siguen siendo más altas entre los varones de este grupo de edad. Entre el 11 % y el 51 % de los varones jóvenes reconocía haber consumido cannabis alguna vez en su vida (25 %-45 % en la mayoría de países), del 5 % al 35 % afirmaba haber consumido la sustancia en el último año (15 %-30 % en la mayoría de países), y del 1,7 al 23,7 % declaraba haberlo hecho durante el último mes (6 %-20 % en la mayoría de países) <sup>(35)</sup>.

### Pautas de consumo de cannabis

Como se indica más arriba, el consumo de cannabis, al igual que el de la mayoría de las demás drogas ilegales, es sensiblemente más elevado entre los jóvenes, aunque también aquí pueden encontrarse variaciones considerables de un país al otro. El consumo es notablemente superior entre hombres que entre mujeres, si bien esta diferencia tiende a ser menos acentuada dentro del colectivo joven. En general, la ratio entre hombres y mujeres ha crecido en mediciones del consumo más recientes, y también aquí pueden apreciarse variaciones considerables en función del país. Así pues, por ejemplo, las ratios entre hombres y mujeres en cuanto al consumo de cannabis en el último mes oscilan entre el 1,5 en Italia y el 1,14 en Lituania (véase la cuestión

particular sobre una perspectiva de género sobre el consumo de drogas del Informe anual de 2006).

En muchos casos la gente deja de consumir cannabis después de un breve período experimental, y los índices de consumo generalmente disminuyen a medida que los individuos van envejeciendo. En cualquier caso, a partir de los datos disponibles resulta difícil hacer un seguimiento de las trayectorias de los consumidores de cannabis e identificar los cambios en las pautas de consumo a lo largo del tiempo. Comparar las declaraciones de consumo a lo largo de la vida con las mediciones de consumo más recientes puede permitir hacerse una idea sobre este tema. De media, este análisis sugiere que el 32 % de todos los adultos (entre 15 y 64 años) que han consumido cannabis alguna vez lo ha hecho durante el último año, y un 18 % durante el último mes. Estas proporciones, conocidas como «tasas de continuación», varían de país a país y están influenciadas por toda una serie de factores, incluyendo el desarrollo histórico del consumo de cannabis dentro del país y el número de nuevos casos. No obstante, determinar la proporción de consumidores de cannabis que adopta pautas de consumo regulares y a largo plazo puede ser importante para entender el posible impacto que el consumo de la sustancia puede tener sobre la salud pública. A pesar de que se teme que podría existir

<sup>(35)</sup> Véanse los cuadros GPS-17, GPS-18 y GPS-19 y los gráficos GPS-2, GPS-3, GPS-6, GPS-7 y GPS-12 del boletín estadístico de 2007.

un incremento en el número de personas que consumen la droga regularmente o de forma intensiva <sup>(36)</sup>, actualmente hay poca información disponible que permita estudiar la cuestión con mayor profundidad. En la actualidad, el OEDT está colaborando estrechamente con toda una serie de Estados miembros para desarrollar un mejor enfoque metodológico en relación con este tema. Una estimación aproximada realizada por el OEDT en 2004 sobre la base de información limitada indicaba que alrededor del 1 % de los europeos adultos, aproximadamente unos 3 millones de personas, podría consumir cannabis «a diario o casi a diario». Está previsto actualizar esta estimación en un futuro próximo. Varios países han informado de un crecimiento en el consumo de cannabis regular o intensivo, pero solo España ha transmitido información comparable sobre «consumo diario» <sup>(37)</sup>, el cual creció del 0,7 % en 1997 al 2 % en 2006.

Otra necesidad de información importante en esta área radica en comprender mejor los factores asociados al hecho de dejar de consumir la sustancia. Como ya se ha dicho anteriormente, la mayoría de las personas que empiezan a consumir cannabis dejará de hacerlo al cabo de un tiempo. Comprender los factores asociados al abandono de esta práctica resulta claramente importante de cara a diseñar las intervenciones en este ámbito. Entretanto se dispone de cierta información sobre este tema. Por ejemplo, la encuesta de población francesa de 2005 indicaba que, entre las personas que habían consumido cannabis en algún momento de su vida pero no lo habían hecho durante el último año, la razón principal que había llevado a la mayoría (80 %) a no consumir la sustancia era simplemente que ninguna droga les interesaba; eso, a pesar de que la mayoría de adultos (casi el 60 %) consideraba que podía obtener cannabis fácilmente si lo deseaba.

### Tendencias en el consumo de cannabis entre adultos

El seguimiento de las tendencias de consumo de drogas en Europa se ve dificultado por la falta de datos de series temporales fiables en muchos países. No obstante, va en aumento el número de países que han realizado encuestas desde los años noventa, las cuales ya ofrecen una valiosa visión de las tendencias a lo largo del tiempo.

Las series temporales proporcionadas por las encuestas pueden arrojar luz sobre la evolución del consumo de cannabis en Europa. Una conclusión es que hay diferencias temporales importantes entre países y oleadas de difusión que pueden identificarse en el consumo de la droga desde que empezó a hacerse popular en los años sesenta <sup>(38)</sup>. Ofrecen un ejemplo de ello los datos de Suecia (informe nacional

de la red Reitox de 2005), en los que se indica un grado relativamente alto de experimentación entre los reclutas y los escolares durante la década de los años setenta, seguido de un descenso importante en la década de los ochenta y un nuevo aumento durante los años noventa hasta niveles parecidos a los de la década de los años setenta, para luego volver a descender durante los últimos años. En los datos finlandeses se aprecia un fenómeno similar de grandes oleadas en el consumo de drogas, primero en los años sesenta y nuevamente en la década de los noventa.

A partir de los resultados de las encuestas puede concluirse que el consumo de cannabis aumentó notablemente durante los años noventa en casi todos los países de la UE. Hasta fechas recientes se ha seguido produciendo un incremento en numerosos países, aunque hay signos de estabilización en algunos de ellos, especialmente entre el colectivo que presenta las mayores tasas de prevalencia. Un ejemplo de ello es el Reino Unido, que en términos generales a menudo parece «ir en cabeza» en cuanto a tendencias de consumo de drogas. A principios de los años noventa, el Reino Unido destacaba como país de alta prevalencia, y presentaba las mayores tasas de prevalencia de Europa para la mayoría de parámetros de medición. Sin embargo, los índices de prevalencia en el último año entre jóvenes adultos (entre 16 y 34 años) se estabilizaron a partir de 1998 y han disminuido entre 2003 y 2006 (del 20,0 % al 16,3 %). Resulta interesante que en el grupo de edad más joven (entre 16 y 24 años) se ha observado un descenso constante desde 1998, lo cual sugiere que el cannabis ha perdido popularidad entre los jóvenes <sup>(39)</sup>.

Después de un período de aumentos constantes, los niveles de consumo de cannabis en Francia, España e Italia han empezado a acercarse en los últimos años (2002, 2003 y 2005, respectivamente) a las tasas de prevalencia del Reino Unido. También en este caso se perfilan algunos indicios de estabilización de la situación: Francia informó de una reducción del consumo en 2005, y aunque España ha indicado un ligero aumento hasta 2006, en términos generales existen indicios de que la tendencia podría estar estabilizándose de acuerdo con los datos más recientes. En la República Checa, un país con altos índices de prevalencia, resulta difícil evaluar las tendencias a partir de la información disponible, aunque los datos relativos a los adultos jóvenes podrían indicar un ligero descenso de las tasas de prevalencia.

Entre los países con tasas de prevalencia en el último año medias y bajas entre adultos jóvenes (entre 15 y 34 años), los últimos datos de Dinamarca y los Países Bajos muestran un ligero descenso, mientras que los niveles parecen seguir

<sup>(36)</sup> Aún no hay una definición universalmente aceptada de «consumo intensivo de cannabis». No obstante, se trata de un término general que designa un consumo de cannabis que sobrepasa cierto umbral de frecuencia. No implica necesariamente la existencia de «dependencia/abuso» u otros problemas, pero se considera que aumenta el riesgo de sufrir consecuencias negativas, incluida la dependencia. En este capítulo, las cifras corresponden al «consumo diario o casi diario» (definido como consumo durante 20 o más días en el último mes). Este patrón de referencia se ha usado con frecuencia en estudios y se puede obtener del Modelo de cuestionario europeo. Estudios metodológicos en curso (nacionales y del OEDT) permitirán entender mejor la relación entre el consumo intensivo/frecuente y la aparición de problemas (véase el recuadro sobre desarrollo de escalas psicométricas, p. 43).

<sup>(37)</sup> 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %), 2005-2006 (2 %). Este parámetro de medición (30 días de consumo durante los últimos 30 días) difiere del anteriormente utilizado «a diario o casi a diario» (20 días de consumo durante los últimos 30 días), que origina una estimación más elevada. En Francia, un «consumidor regular» se define como alguien que haya consumido la droga «10 o más veces durante los últimos 30 días» (4,3 % de los varones adultos, 1,3 % de las mujeres adultas). En el Reino Unido, se considera «consumo frecuente» el hecho de «consumir más de una vez al mes durante el último año», y no es comparable con las mediciones utilizadas en este apartado.

<sup>(38)</sup> Véase también el gráfico 4 del Informe anual de 2004.

<sup>(39)</sup> Véase el gráfico GPS-10 del boletín estadístico de 2007.

en aumento en Estonia, Alemania, Hungría, Eslovaquia y Noruega <sup>(40)</sup>. Sin embargo, dichos incrementos resultan en su mayoría reducidos y, en general, son menos pronunciados en las estimaciones más recientes.

Finlandia y Suecia permanecen entre los países con menores índices de consumo de cannabis y, aunque las estimaciones de prevalencia han aumentado, no hay indicios de convergencia con países de mayor prevalencia. El aumento observado en Suecia entre los años 2000 y 2004 en términos de prevalencia en el último año entre adultos jóvenes (del 1,3 % al 5,3 %), aunque es importante, resulta difícil de interpretar debido a los cambios metodológicos relativos al procedimiento de realización de la encuesta; las estimaciones de prevalencia de las encuestas para los años 2004, 2005 y 2006 indican una situación estable.

### Consumo de cannabis entre los escolares

Los datos de las encuestas escolares ofrecen otra herramienta útil para conocer las pautas y las tendencias de consumo de cannabis; dichas encuestas muestran un incremento en el consumo de esta sustancia en un nutrido número de países de la UE durante finales de los años noventa y principios del nuevo milenio.

En términos globales, la imagen general que se desprende de los datos de las encuestas escolares constituye un reflejo de lo constatado en las encuestas entre los adultos. La mayor tasa de prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida entre escolares de 15 a 16 años en Europa se da en Bélgica, la República Checa, Irlanda, España, Francia y el Reino Unido (44 % y 41 %, respectivamente); todos ellos informan de índices situados entre el 30 y el 44 %, mientras que los índices de Alemania, Italia, los Países Bajos, Eslovenia y Eslovaquia superan el 25 %. En cambio, Grecia, Chipre, Rumanía, Suecia, Turquía y Noruega informan de estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida inferiores al 10 %.

Un análisis de los datos de las tres primeras rondas de esta encuesta ESPAD (European Schools Project on alcohol and other drugs) (1996-2003) mostraba pronunciadas diferencias geográficas en las tendencias en la prevalencia a lo largo de la vida en el consumo de cannabis entre escolares de 15 a 16 años de edad. Los países pueden clasificarse en tres grupos geográficos. En Irlanda y el Reino Unido, que tienen una larga historia de consumo de cannabis, la prevalencia a lo largo de la vida es alta, pero se ha mantenido estable durante el último decenio. En los Estados miembros de Europa Central y del Este, junto con Dinamarca, España, Francia, Italia y Portugal, la prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida aumentó sustancialmente entre 1995 y 2003. En el tercer grupo de Estados miembros (Finlandia y Suecia en el norte, y Grecia, Chipre y Malta en el sur), así como en Noruega, las estimaciones de prevalencia del consumo a lo largo de la vida entre la población de escolares permanecen a niveles relativamente bajos (del orden del 10 % o menos). Los datos de la ronda siguiente del estudio ESPAD se esperan para el año que viene.

### El desarrollo de escalas psicométricas para identificar el consumo intensivo, dependiente y problemático de cannabis a partir de los datos de las encuestas

La información sobre consumo de drogas recogida en las encuestas se basa en la descripción del propio consumidor de su comportamiento durante diferentes intervalos temporales. Antiguamente, el consumo diario no se supervisaba de forma sistemática, en parte debido a que en la mayoría de los países la prevalencia de consumo de cannabis era baja. Además, limitarse a observar el consumo durante el último mes no permite estimar con precisión el número de consumidores intensivos. No obstante, dado que el consumo de cannabis se ha incrementado en toda Europa, a la par que ha aumentado la preocupación en torno a los problemas derivados del cannabis, ha sido necesario reconsiderar este enfoque. De hecho, actualmente en casi todos los países de la UE se recopila información sobre el número de días que se ha consumido esta droga durante el mes anterior a la entrevista. Sobre la base de esta información, se estima que alrededor de 3 millones de personas pueden estar consumiendo cannabis diariamente o casi diariamente.

El OEDT está colaborando con expertos nacionales para mejorar la información recogida en las encuestas de población sobre este tipo de consumo intensivo. Sin embargo, incluso esta herramienta apenas sirve para identificar a aquellos consumidores que se ven envueltos en problemas o sufren dependencia a raíz del consumo de cannabis. Esta información es crucial para entender el impacto del consumo de cannabis en la salud pública y actualmente es un asunto clave para el grupo del OEDT de expertos en encuestas.

Actualmente se trabaja en el desarrollo del marco metodológico y conceptual necesario para observar «las formas intensivas de consumo de drogas» que se pueda utilizar en las encuestas de población para identificar mejor estos problemas. En algunos países se está empezando ahora a medir la «dependencia» o el «consumo problemático» de cannabis entre la población general. Proyectos pioneros de este tipo se están llevando a cabo en Francia, Alemania, los Países Bajos, Polonia, Portugal, el Reino Unido, y más recientemente, en España.

La importancia de este trabajo queda patente, por ejemplo, en la encuesta francesa de 2005, en la que este índice se calculó de manera experimental mediante la escala CAST (*Cannabis Abuse Screening Test* [prueba de detección para el abuso del cannabis]). Un análisis preliminar sugirió que nada menos que un 16 % de las personas que habían consumido cannabis durante los últimos 12 meses y el 58 % de los consumidores diarios podían correr el riesgo de caer en un consumo problemático.

Solo cuatro países (Italia, Polonia, Suecia, Reino Unido) proporcionaron en 2005 nuevos datos de las encuestas escolares nacionales, y Bélgica informó sobre una encuesta realizada en la región de Flandes. En Suecia la situación parecía estable, y se registraron ligeros descensos en las otras cuatro encuestas.

<sup>(40)</sup> Véanse los cuadros GPS-4 del boletín estadístico de 2007.

## Cannabis: datos relativos a la demanda de tratamiento <sup>(41)</sup>

### Pautas generales de la demanda de tratamiento

En aproximadamente el 20 % de las 326 000 demandas de tratamiento declaradas en el año 2005 (datos disponibles de 21 países), se menciona el cannabis como la principal razón para iniciar un tratamiento, lo que lo sitúa en segundo lugar por detrás de la heroína. La mayor demanda de tratamiento por consumo de cannabis como sustancia principal se da habitualmente en entornos ambulatorios <sup>(42)</sup>.

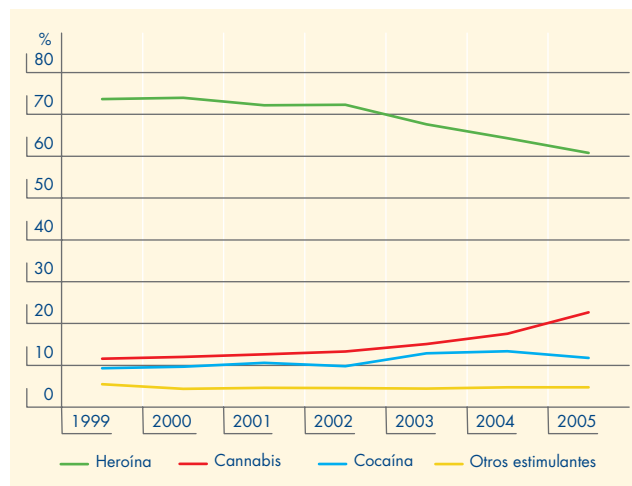
A menudo se informa en relación con los pacientes de las clínicas para el tratamiento de la drogodependencia de un consumo problemático de otras drogas, además de la droga primaria para la que solicitan tratamiento. En el caso de los consumidores de cannabis, esta situación se da con menor frecuencia, puesto que, según los informes disponibles, este grupo de pacientes consume con mayor frecuencia únicamente una sustancia (cannabis). Algunos, sin embargo, consumen cannabis en combinación con otras drogas, sobre todo alcohol (37 %) y anfetaminas o éxtasis (28 %). Después del alcohol (38 %), el cannabis constituye la segunda sustancia secundaria más frecuentemente mencionada por las personas que reciben tratamiento <sup>(43)</sup>.

### Aumento de las solicitudes de tratamiento

Entre las aproximadamente 130 000 nuevas solicitudes de tratamiento de la drogodependencia, los pacientes de cannabis representan el 29 % del total de nuevos pacientes, ligeramente por detrás de la proporción de nuevas solicitudes de tratamiento de la adicción a la heroína (35 %; datos disponibles de 22 países) <sup>(44)</sup>. Aunque debido a los problemas de disponibilidad de datos apenas es posible hacer afirmaciones precisas sobre las tendencias, se pueden identificar unas pautas generales en cuanto a las solicitudes de tratamiento de consumidores de cannabis. Entre 1999 y 2005, la cifra total declarada de solicitudes de tratamiento de consumidores del cannabis, tanto nuevas como de todas las notificadas, se ha casi triplicado. No obstante, la tendencia al alza parece estar estabilizándose en los datos más recientes. En todos los países (excepto Lituania), la proporción de nuevos pacientes que, según los datos, busca tratamiento para el consumo de cannabis como sustancia principal es mayor que la proporción correspondiente del total de pacientes <sup>(45)</sup>.

Durante el período 1999-2005, el porcentaje de nuevos pacientes que solicitaban tratamiento para el consumo de cannabis como sustancia principal se vio incrementado en todos los países que facilitaron datos (gráfico 4). No obstante, se pueden observar interesantes variaciones entre países; menos del 5 % de todos los pacientes que inician el tratamiento menciona el cannabis en Bulgaria,

**Gráfico 4:** Tendencias en las pautas de consumo de los servicios de tratamiento (1999-2005). Droga principal para la que los pacientes solicitan tratamiento, como porcentaje de todas las solicitudes



N.B.: Basado en los datos de 21 Estados miembros de la UE: Bulgaria, República Checa, Dinamarca, Alemania, Irlanda, Grecia, España, Francia, Italia, Chipre, Lituania, Luxemburgo, Hungría, Malta, Países Bajos, Rumanía, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia, Suecia y Reino Unido. Los datos no disponibles se interpolaron para cada país manteniendo la tendencia media de la UE de los datos disponibles para cada año. Para más información y notas detalladas, véase el gráfico TDI-3 del boletín estadístico de 2007.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

Lituania, Polonia y Rumanía, y más del 30 % lo hace en Hungría y Francia. Para el resto de países, en doce de ellos el porcentaje de pacientes de cannabis oscila entre el 5 % y el 20 %, y en otros siete dicha proporción se sitúa entre el 21 % y el 29 %. De forma similar, hay considerables variaciones entre los países en el apartado de las nuevas solicitudes de tratamiento; menos del 10 % de los pacientes que inician el tratamiento menciona el cannabis en Bulgaria, Lituania, Luxemburgo, Polonia y Rumanía, y más del 50 % lo hace en Dinamarca, Alemania, Francia y Hungría <sup>(46)</sup>.

El incremento de la demanda de tratamiento para el cannabis no parece tener una explicación simple. No queda claro hasta qué punto dicho aumento de la demanda de tratamiento se debe a los incrementos en la prevalencia del consumo intensivo de cannabis y los problemas que ello conlleva para la población, así como a una mayor percepción de los riesgos. Asimismo, podrían haber contribuido a ello otros factores. Cabe citar, entre otros, una mejor cobertura de datos por parte de las instalaciones de tratamiento ambulatorio que atienden a pacientes de cannabis, que habitualmente constituyen los centros donde se presentan las solicitudes de tratamiento de consumidores de cannabis, y posiblemente el hecho de que el consumo problemático de cannabis se diagnostica y se declara con mayor frecuencia. También deberían

<sup>(41)</sup> El análisis de la distribución general y las tendencias se basa en el análisis de los datos de pacientes que solicitan tratamiento en todos los centros de tratamiento; el análisis del perfil de los pacientes y sus pautas de consumo se basa principalmente en los datos de los centros de tratamiento ambulatorio.

<sup>(42)</sup> Véase el gráfico TDI-2 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(43)</sup> Véanse los cuadros TDI-22 y TDI-23 (parte i) y (parte iv) del boletín estadístico de 2007.

<sup>(44)</sup> Véase el gráfico TDI-2 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(45)</sup> Véanse los cuadros TDI-3 (parte iii) y TDI-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2007.

<sup>(46)</sup> Véanse los cuadros TDI-5 (parte i) y TDI-4 (parte ii) del boletín estadístico de 2007.

considerarse las aportaciones de otras dos posibles causas: la diversificación de la oferta de tratamiento, por ejemplo la apertura de centros de tratamiento de consumidores de cannabis en Francia a finales de 2004, y el incremento en el número de derivaciones desde el sistema de justicia penal. En el primer caso, como respuesta al crecimiento de la demanda de tratamiento de la adicción al cannabis, varios países han aplicado programas específicos para jóvenes y adolescentes que prevén una oferta de tratamiento más selectiva y orientada hacia los consumidores de cannabis; en este punto, el aumento de la demanda ha provocado un incremento de la oferta que, a su vez, podría haber reforzado la demanda. En el segundo caso, las derivaciones desde el sistema de justicia penal a menudo están relacionadas con delitos asociados al consumo de cannabis. Las investigaciones muestran que la mayoría de las personas derivadas a tratamiento desde el sistema de justicia penal consume cannabis como droga principal; en este contexto, un aumento de la cifra de derivaciones habrá contribuido al aumento de la demanda de tratamiento de la adicción al cannabis.

### Perfiles de los pacientes

Sean cuales sean los factores explicativos que hayan conducido al aumento de la demanda de tratamiento de la adicción al cannabis, las características de las personas que buscan tratamiento resultan interesantes, aunque no puede afirmarse que este minúsculo porcentaje de la población consumidora de cannabis sea representativo. Si analizamos el perfil de las personas que inician un tratamiento ambulatorio del consumo de cannabis como droga principal, vemos que las principales características comunes son ser joven y hombre, estar aún en fase de educación (a diferencia de empleado o desempleado), y vivir con sus padres (en lugar de tener su propio alojamiento) <sup>(47)</sup>. En comparación con los demás pacientes drogodependientes, las personas que empiezan un tratamiento de la adicción al cannabis como sustancia principal presentan la mayor proporción de hombres y la media de edad más temprana (24,5 años). Aquellos que se someten a tratamiento por primera vez son incluso más jóvenes que el conjunto de consumidores de cannabis (media de edad: 23,8 años); en consecuencia, el 67 % de los jóvenes de 15 a 19 años y el 80 % de los más jóvenes de 15 años constituyen nuevos pacientes de cannabis. Sin embargo, durante los últimos tres años los informes contenían indicios que apuntan a un aumento de la edad de los nuevos pacientes de cannabis <sup>(48)</sup>. En general, los pacientes consumidores de cannabis se pueden dividir en tres grupos: aquellos que lo consumen de forma ocasional (34 %), los que lo consumen una o varias veces por semana (27 %) y los que lo consumen diariamente (39 %).

Probablemente estas diferencias en el consumo declarado de droga entre los pacientes de cannabis se deban a las diferentes vías de derivación al tratamiento, y se podría especular que el aumento de derivaciones desde el sistema de justicia penal podría estar asociado a algunos de los pacientes que, según los informes, inician un tratamiento a la vez que presentan bajos niveles de consumo. Existen diferencias entre países en

lo que respecta a la frecuencia de consumo de cannabis; la mitad de los países indica que más del 30 % de sus pacientes son consumidores diarios, y la otra mitad afirma que ese colectivo se encuentra por debajo del 30 %. En los Países Bajos, Dinamarca y España se registra el mayor porcentaje de consumidores regulares en tratamiento con respecto al total de pacientes, mientras que Hungría, Alemania e Italia informan del mayor porcentaje de consumidores ocasionales <sup>(49)</sup>. Además, como se debate más adelante, las medidas para combatir el consumo intensivo de cannabis pueden centrarse más bien en la prevención que en el tratamiento, y tales diferencias en las prácticas nacionales pueden influir en los niveles generales de presentación de informes; en parte, esto podría explicar por qué algunos países con altos índices de prevalencia aportan cifras relativamente bajas de tratamiento de la adicción al cannabis.

### Respuesta a los problemas relacionados con el cannabis

La información sobre el tratamiento de la adicción al cannabis tiene que encuadrarse dentro del contexto de lo que constituye tratamiento de la adicción al cannabis en Europa, que actualmente cubre un amplio abanico de medidas que van desde breves intervenciones a tratamientos en régimen de ingreso. Algunos de los programas se centran tanto en la prevención y la reducción de los daños como en el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de droga.

Identificar a los individuos en riesgo e intervenir de manera precoz se considera un componente importante dentro de los programas antidroga; los profesores pueden ser unos de los primeros en identificar a los consumidores de cannabis entre sus alumnos. Alemania, Italia y Polonia han desarrollado programas para el profesorado para ayudarle a responder ante el consumo de cannabis y, en caso necesario, recurrir a la ayuda de especialistas.

No existe una base fiable de datos científicos que sirva de referencia para las prácticas de tratamiento de la adicción al cannabis, y los estudios de investigación en este ámbito son limitados y se basan principalmente en experiencias estadounidenses y australianas. En Europa, los enfoques que se utilizan más habitualmente para hacer frente a los problemas relacionados con el cannabis incluyen servicios ambulatorios a corto plazo, asesoramiento, programas escolares y actividades de proximidad en materia de prevención. Por regla general, las intervenciones parecen basarse en enfoques de intervención breve que utilizan una combinación de entrevistas de motivación y elementos de comportamiento cognitivo. Aunque no existe un amplio consenso sobre lo que constituyen prácticas efectivas, algunos estudios sugieren que este tipo de enfoque puede resultar útil. Una iniciativa europea en este ámbito es el proyecto INCANT, en el que Bélgica, Francia, Alemania, los Países Bajos y Suiza han cooperado para estudiar el valor de la terapia familiar multidimensional (TFMD) entre los consumidores de cannabis. Después de recibir una evaluación positiva de la fase piloto (Rigter, 2005), este proyecto se ha ampliado hasta convertirse en un estudio controlado aleatorio multicéntrico que

<sup>(47)</sup> Véanse los cuadros TDI-13, TDI-14 y TDI-21 (parte i) y (parte ii) del boletín estadístico de 2007.

<sup>(48)</sup> Véase el cuadro TDI-10 (parte i) (parte ii) y (parte ix) de los boletines estadísticos de 2007, 2006 y 2005.

<sup>(49)</sup> Véase el cuadro TDI-18 (parte iii) y (parte iv) del boletín estadístico de 2007.

compara la TFMD con los tratamientos estándar de trastornos relacionados con el consumo de cannabis.

Solo trece Estados miembros indican que existen instalaciones de tratamiento especializadas para consumidores problemáticos de cannabis, lo cual sugiere que, por lo general, la mayoría de consumidores de esta sustancia recibe atención en programas generales antidroga, servicios generales de salud o para la juventud. Se ha expresado la preocupación de que podría no ser apropiado tratar a los consumidores jóvenes de cannabis en servicios generales activos en el ámbito de la droga, si debido a ello los pacientes se mezclan con consumidores problemáticos de otras drogas y de mayor edad. Aunque no queda claro hasta qué punto eso constituye un problema, sigue siendo una cuestión importante de cara a la planificación de servicios en este ámbito.

Francia viene ofreciendo un servicio especializado para los consumidores de cannabis desde la creación de 250 centros de consulta sobre el cannabis en el año 2005. Dichos centros están atendiendo en la actualidad a una cifra estimada de 2 900 pacientes al mes; alrededor de una tercera parte de ellos (31 %) van por propia iniciativa o son derivados por una tercera persona (31 %), mientras que algo más de una tercera parte acude al centro por decisión judicial (38 %). Otros ejemplos de programas de tratamiento específico para consumidores de cannabis tienen como protagonista al Centro de Juventud Maria Ungdom en Suecia, que ofrece a los consumidores problemáticos de cannabis jóvenes un programa de asesoramiento acompañado de sesiones de ayuda. Por otro lado, en Alemania se ha desarrollado una terapia modular para tratar los trastornos relacionados con el consumo de cannabis entre los adolescentes (Candis) que ha estado funcionando desde enero de 2006 en el Centro Ambulatorio de Investigación de Dresde.

### Intervenciones casi obligatorias

A pesar de una tendencia generalizada a derivar a los consumidores de cannabis que entran en contacto con el sistema de justicia penal a servicios de tratamiento y asesoramiento en vez de imponer sanciones penales, la oferta y estructura de dichos mecanismos difieren

sustancialmente en los distintos países de Europa, y solo unos pocos (Alemania, Francia, Luxemburgo, Austria, Suecia) declaran ofrecer programas o servicios estructurados.

Para los consumidores de cannabis derivados desde los tribunales, las intervenciones de tratamiento no constituyen el único tipo de respuesta observado. En algunos países se ofrece a los consumidores ocasionales cursos intensivos; por ejemplo Alemania, Austria y Luxemburgo afirman tener cursos destinados a cambiar la actitud y las pautas de consumo de los consumidores de cannabis <sup>(50)</sup>.

### Nuevas estrategias de comunicación para llegar a los consumidores de cannabis

En Europa, se intenta mediante una serie de innovadores programas hacer uso de nuevas herramientas comunicativas para llegar a los consumidores de cannabis. En algunos países (Alemania y Reino Unido) se han desarrollado intervenciones breves basadas en Internet que permiten a los consumidores de cannabis evaluar su consumo actual e identificar problemas por sí mismos. Un ejemplo de este enfoque es el proyecto alemán «Quit the Shit» («Deja la maría») <sup>(51)</sup>, que ofrece apoyo a los drogodependientes que desean dejar de consumir cannabis. Un estudio de evaluación constató que las personas que utilizaban este servicio indicaban haber reducido el consumo de cannabis tanto en términos de cantidad como en el número de días en los que consumían.

En Dinamarca, SMASH es un proyecto anónimo de ayuda y asesoramiento para jóvenes consumidores de cannabis que pretende reducir los efectos perniciosos del consumo, ofrecer información y prestar ayuda para ayudar a la gente a dejar de fumar cannabis <sup>(52)</sup>. El proyecto se basa en la suscripción a dos paquetes de SMS. El primero de ellos («hashfacts») proporciona información factual sobre el consumo de cannabis y el segundo ofrece apoyo y motivación a las personas que están intentando dejar de tomar drogas. La gente joven también puede recibir tutela personalizada a través de mensajes de texto para ayudarles a dejar o reducir el consumo de cannabis. En Irlanda existe un servicio similar, aunque allí el énfasis se pone en la divulgación de información.

### El consumo de drogas en menores, en las cuestiones particulares del Informe anual del OEDT 2007

La cuestión particular sobre el consumo de drogas por parte de europeos muy jóvenes (menores de 15 años) considera que la prevalencia del consumo de drogas en este grupo de edad es baja y que principalmente se trata de un consumo experimental. El consumo regular raramente se da entre la población muy joven y con frecuencia afecta a un sector de la población altamente problemático.

La principal respuesta para atajar el consumo de drogas entre los menores de 15 años se centra en gran medida en estrategias de prevención o intervención precoz. No obstante, la cuestión

particular estima que en Europa reciben tratamiento de la drogodependencia alrededor de 4 000 personas muy jóvenes. Los tratamientos de la drogodependencia a medida de las necesidades de los jóvenes existen solo en casos excepcionales, pero en la mayoría de los países europeos se ha identificado la necesidad de crear este tipo de programas.

La cuestión particular también analiza en qué medida se han trasladado a las políticas de salud pública europeas los conocimientos de la relación existente entre el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales a una edad temprana y la dependencia de sustancias posteriormente a lo largo de la vida.

Esta cuestión particular está disponible en versión impresa y en línea, pero únicamente en inglés (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

<sup>(50)</sup> [http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte\\_KS1/FreD/FreD-Basics/](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/)

<sup>(51)</sup> <http://www.drugcom.de>

<sup>(52)</sup> <http://www.smash.name>





## Capítulo 4

### Anfetaminas, éxtasis y LSD

En muchos países europeos, la segunda sustancia ilegal más consumida corresponde a algún tipo de droga sintética, aunque cabe decir que actualmente hay más consumidores de cocaína a escala europea. Los índices generales de consumo de estas sustancias en el conjunto de la población suelen ser reducidos, pero los índices de prevalencia entre los más jóvenes son significativamente más elevados, y el consumo de estas drogas puede ser especialmente importante en algunos entornos sociales o grupos culturales. En todo el mundo, las anfetaminas (anfetamina y metanfetamina) y el éxtasis se cuentan entre las drogas sintéticas ilegales de mayor prevalencia.

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 éxtasis hace referencia a sustancias sintéticas químicamente relacionadas con las anfetaminas, pero cuyos efectos son algo diferentes. La sustancia más conocida de la familia del éxtasis es la 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), aunque también pueden encontrarse otras sustancias análogas en las pastillas de éxtasis (MDA y MDEA). La prevalencia del consumo de éxtasis en la UE ha ido en aumento desde los años noventa.

Históricamente, la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) ha sido, con diferencia, la droga alucinógena más conocida, pero los niveles de consumo general han sido bajos y de algún modo estables durante un período de tiempo considerable. Sin embargo, recientemente han aparecido indicios de que se ha producido un incremento en la disponibilidad y el consumo de sustancias alucinógenas naturales, en particular de hongos alucinógenos.

### Oferta y disponibilidad <sup>(53)</sup>

#### Anfetaminas

Para el año 2005 se estimó una producción mundial de anfetamina de 88 toneladas (ONUDD, 2007). Aunque

la producción ilegal se ha extendido a otras partes del mundo, sigue concentrándose en Europa Occidental y Central. Durante el año 2005 se dismantelaron laboratorios que fabricaban anfetamina ilegal en Bélgica, Bulgaria, Alemania, Estonia, Lituania, los Países Bajos y Polonia. Según los informes, la anfetamina incautada en Europa procede principalmente de Bélgica, los Países Bajos y Polonia, y en menor medida de Estonia y Lituania.

En el año 2005 se incautaron en todo el mundo 12,9 toneladas de anfetamina, la mayoría de ella en dos regiones: Europa Occidental y Central y el este y sureste asiático.

En 2005, se incautaron 6,6 toneladas de anfetamina a raíz de las 40 300 operaciones que se estima se llevaron a cabo en Europa. Hasta 2004, el Reino Unido ha sido de manera continuada el país con mayor número de incautaciones y las mayores cantidades de anfetamina aprehendidas en Europa. A pesar de algunas fluctuaciones, en el ámbito europeo, el número total de incautaciones de anfetamina y de cantidades aprehendidas se ha incrementado desde el año 2000 <sup>(54)</sup>. En 2005, no obstante, la mayoría de los países que ha facilitado información registró una tendencia a la baja en el número de incautaciones de anfetamina realizadas. Esta panorámica debería confirmarse a partir de la información del Reino Unido correspondiente a 2005, cuando se disponga de ella.

En 2005, el precio medio o típico de venta al por menor de la anfetamina fluctuaba entre los 7 euros y los 37,5 euros por gramo, y la mayoría de países europeos indicaba precios entre los 10 y los 20 euros por gramo <sup>(55)</sup>. Durante el período 2000-2005, los precios medios de la anfetamina, una vez corregidos los efectos de la inflación, disminuyeron en la mayoría de los 17 países que aportaron datos suficientes.

El nivel medio o típico de pureza de la anfetamina en la venta al por menor en 2005 variaba considerablemente, si bien la mayoría de los países europeos indicaba grados de pureza de entre el 15 % y el 50 % <sup>(56)</sup>.

#### Metanfetamina

La producción mundial de metanfetamina en el año 2005 se estimó en 278 toneladas. Se fabrica principalmente en el este

<sup>(53)</sup> Para más información sobre la interpretación de las incautaciones y otros datos de mercado, véase la p. 38. Los datos relativos al número de incautaciones y las cantidades aprehendidas de anfetamina, éxtasis y LSD no están disponibles para todos los países para el año 2005; para más información, véanse los cuadros de incautaciones del boletín estadístico de 2007.

<sup>(54)</sup> Véanse los cuadros SZR-11 y SZR-12 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(55)</sup> Véase el cuadro PPP-4 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(56)</sup> Véase el cuadro PPP-8 del boletín estadístico de 2007. Obsérvese que los niveles medios de pureza de la anfetamina declarados pueden albergar grandes variaciones con respecto a la pureza de las muestras analizadas.

### Anfetamina y metanfetamina: diferencias y similitudes

En el mercado de drogas ilegales, se comercia principalmente con dos tipos de anfetaminas: la anfetamina y la metanfetamina (y sus sales), dos sustancias sintéticas estrechamente emparentadas, pertenecientes a la familia de la fenetilamina. Ambas sustancias son estimulantes del sistema nervioso central y comparten el mismo mecanismo de acción, efectos sobre el comportamiento, tolerancia, síndrome de abstinencia y efectos (crónicos) por consumo prolongado. La anfetamina es menos potente que la metanfetamina, pero en situaciones incontroladas los efectos son prácticamente idénticos.

Los productos a base de anfetamina y metanfetamina se distribuyen principalmente en forma de polvo, pero también se consume el «hielo», la sal de hidrocloreto pura y cristalina de la metanfetamina. Las pastillas de anfetamina o metanfetamina pueden ir decoradas con logotipos similares a los de las pastillas de MDMA y otras pastillas de éxtasis.

Dadas las formas físicas en que están disponibles, la anfetamina y la metanfetamina se pueden ingerir, esnifar, inhalar y, menos frecuentemente, inyectar. A diferencia de la sal de sulfato de anfetamina, el hidrocloreto de anfetamina, en particular la forma cristalina (hielo), es lo suficientemente volátil para ser fumado.

Fuente: Perfiles sobre drogas del OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

y sureste asiático, así como en América del Norte. En Europa, la fabricación ilegal de metanfetamina se limita principalmente a la República Checa (bajo el nombre local de «pervifin»), aunque se informa de que también se produce en Lituania, Moldova y Eslovaquia (INCB, 2007a; ONUDD, 2007).

En 2005, las incautaciones mundiales de metanfetamina ascendieron a una cifra estimada de 17,1 toneladas, más de la mitad en el este y sureste asiático (China y Tailandia), y una tercera parte en América del Norte (Estados Unidos). Durante el mismo año se informó sobre un total estimado de 2 200 incautaciones en 15 países europeos que permitieron interceptar 104 kg de metanfetamina<sup>(57)</sup>. En Noruega y Suecia se registraron el mayor número de incautaciones y las mayores cantidades aprehendidas de metanfetamina.

El precio medio o típico de venta al por menor de la metanfetamina (indicado únicamente por unos pocos países) variaba en 2005 entre los 5 euros y los 35 euros por gramo. La mayoría de los países indicó niveles medios o típicos de pureza de la metanfetamina del orden del 30 % al 65 %<sup>(58)</sup>.

### Éxtasis

Para el año 2005 se estimó una fabricación mundial de éxtasis de 113 toneladas (ONUDD, 2007). Europa sigue siendo el principal centro productor de éxtasis, si bien parece

haber perdido importancia relativa, a medida que se ha extendido la producción a otras partes del mundo, sobre todo a América del Norte, el este y sureste asiático y Oceanía (CND, 2006; ONUDD, 2006). En Europa la fabricación de éxtasis tiene lugar principalmente en los Países Bajos (aunque los datos de este país parecen indicar un descenso de la producción), seguidos por Bélgica. El éxtasis incautado en Europa en 2005 procedía principalmente de estos dos países y, en menor medida, de Polonia y el Reino Unido.

De la cantidad estimada de 5,3 toneladas de éxtasis aprehendidas en todo el mundo durante el año 2005, una proporción importante siguió incautándose en Europa Occidental y Central (38 %), seguida de Oceanía (27 %) y América del Norte (20 %).

En 2005 se realizaron en la UE aproximadamente 26 500 incautaciones, fruto de las cuales se confiscaron alrededor de 16,3 millones de pastillas de éxtasis<sup>(59)</sup>. Las mayores cantidades de éxtasis siguieron incautándose en el Reino Unido, Bélgica, los Países Bajos y Alemania. Después de alcanzar su apogeo en 2001, las incautaciones de éxtasis en Europa han vuelto a presentar una tendencia al alza desde el año 2003. La cantidad total de éxtasis interceptado ha estado oscilando alrededor de los 20 millones de pastillas al año entre los años 2000 y 2004. Sin embargo, los datos disponibles para 2005 muestran un descenso en las cantidades de éxtasis incautadas en la mayoría de países. Esta panorámica debería confirmarse a partir de la información del Reino Unido correspondiente a 2005, cuando se disponga de ella.

En 2005, el precio medio o típico de venta al por menor de las pastillas de éxtasis oscilaba entre menos de 3 euros y 15 euros por cada pastilla<sup>(60)</sup>. Durante el período 2000-2005, los precios medios de venta al por menor del éxtasis, una vez descontados los efectos de la inflación, descendieron en la mayoría de los 21 países que aportaron datos suficientes.

En 2005, la mayoría de las pastillas vendidas como éxtasis en Europa seguía conteniendo MDMA u otras sustancias similares al éxtasis (MDEA, MDA), con frecuencia la única sustancia psicoactiva presente. En diez Estados miembros, más del 80 % del número total de pastillas analizadas correspondió a este tipo de pastillas. Sin embargo, en algunos países se registraron resultados divergentes. En Eslovenia, las sustancias MDMA/MDEA/MDA se encuentran más frecuentemente en combinación con anfetamina y/o metanfetamina, mientras que en Polonia la anfetamina y/o la metanfetamina se encuentran con mayor frecuencia como única sustancia psicoactiva presente en las pastillas analizadas. El contenido de MDMA de las pastillas de éxtasis varía considerablemente según las partidas (incluso entre las que llevan el mismo logotipo), tanto dentro como fuera de un mismo país. En 2005, el contenido medio o típico de MDMA por pastilla de éxtasis oscilaba entre 2 y 130 mg en los países que aportaron información, aunque en la mayoría de países la media de MDMA se situaba entre 30 y 80 mg.

<sup>(57)</sup> Dada la ausencia de datos relativos al 2005, para el Reino Unido se utilizaron datos del 2004 con fines estimativos. Véanse los cuadros SZR-17 y SZR-18 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(58)</sup> Véanse los cuadros PPP-4 y PPP-8 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(59)</sup> Véanse los cuadros SZR-13 y SZR-14 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(60)</sup> Véase el cuadro PPP-4 del boletín estadístico de 2007.

## LSD

Después de un descenso constante durante varios años, tanto el número de incautaciones como las cantidades de LSD aprehendidas han ido en aumento desde el año 2003 <sup>(61)</sup>. Si bien la producción y el tráfico de LSD alcanzan cifras mucho menores que los de otras drogas sintéticas, se estima que en 2005 se llevaron a cabo en Europa 800 incautaciones que permitieron aprehender 850 000 unidades de LSD, siendo los Países Bajos los responsables de casi el 75 % de la cantidad total incautada. El coste medio o típico de una pastilla de LSD para los consumidores oscilaba entre los 4 euros y los 30 euros <sup>(62)</sup>.

## Prevalencia y pautas entre la población general y la juventud

En términos de mediciones de consumo reciente, en la actualidad el éxtasis es la droga sintética más consumida en 17 países europeos, y la anfetamina, en nueve <sup>(63)</sup>. La prevalencia de vida del consumo de anfetaminas tiende a ser más alta, dado que el éxtasis apareció en el mercado europeo de drogas ilegales más tarde. Los datos de las encuestas escolares sugieren que el consumo de éxtasis, anfetaminas y sustancias psicotrópicas distintas al cannabis por parte de los alumnos se concentra en un número reducido de personas. Por ejemplo, los alumnos escolares que han probado el éxtasis también declaran índices de prevalencia del consumo de cocaína y drogas alucinógenas 20 veces superiores a los registrados entre la población escolar general <sup>(64)</sup> y alrededor de cinco veces superiores a los de las personas que han consumido cannabis alguna vez.

Entre los Estados miembros de la UE, el consumo de anfetaminas o de éxtasis parece ser relativamente alto en solo unos pocos países, concretamente en la República Checa, Estonia y el Reino Unido y, en menor medida, en Letonia y los Países Bajos.

## Anfetaminas

Las encuestas recientes realizadas entre la población adulta (15-64 años) revelan que la prevalencia del consumo de anfetamina a lo largo de la vida en Europa oscila entre el 0,1 % y el 3,6 %, excepto en Dinamarca (6,9 %) y el Reino Unido (Inglaterra y Gales), donde alcanza el 11,5 % (lo cual refleja un consumo más elevado en el pasado, mientras que el consumo actual se halla más en consonancia con los valores de otros países). Después de éstos, los países donde se registran las cifras de consumo más altas son Noruega (3,6 %), Alemania y España (3,4 %). Por término medio, casi el 3,5 % de los europeos adultos ha consumido anfetaminas al menos una vez <sup>(65)</sup>. El consumo en el último año es muy inferior: un 0,7 % de media (del 0 % al 1,3 %). Los datos

## Medidas internacionales contra la fabricación y el desvío de precursores de drogas

Se han puesto en marcha varias iniciativas internacionales para prevenir el desvío de precursores químicos utilizados en la fabricación de drogas ilegales: El proyecto Cohesion se centra en el permanganato potásico (utilizado para fabricar cocaína) y anhídrido acético (utilizado para fabricar heroína), mientras que el proyecto Prisma tiene por objeto los precursores de drogas sintéticas <sup>(1)</sup>. Todos los datos que se ofrecen a continuación se han extraído del informe JIFE sobre precursores (JIFE, 2007b).

En 2005, se informó a la JIFE del mayor volumen de permanganato potásico jamás incautado a escala global, habiéndose interceptado 183 toneladas en 16 países, en su mayoría fuera de Europa.

De los 22 400 litros de anhídrido acético incautados en todo el mundo en 2005, Europa contribuyó de nuevo con un pequeño porcentaje.

En 2005, se informó a la JIFE de la incautación de 41 toneladas de efedrina y pseudoefedrina, precursores clave de la metanfetamina, la mayoría de las cuales fueron aprehendidas en China, mientras que los Estados miembros de la UE (principalmente Grecia, Bulgaria, Rumanía y la República Checa) junto con Rusia interceptaron 1,7 toneladas.

Las incautaciones a escala global de 1-fenil-2-propanona (P-2-P), utilizada en la fabricación ilegal de metanfetamina y anfetamina, alcanzaron un volumen de 2 900 litros en 2005, siendo la contribución de los países europeos de 1 700 litros (principalmente en Alemania y los Países Bajos).

La cuota europea de incautaciones globales de 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P), utilizada en la fabricación de MDMA, descendió en 2005 al 38 %, equivalente a un volumen de 5 100 litros (siendo la mayor parte de las incautaciones declaradas por Francia y los Países Bajos). El aumento de las incautaciones de 3,4-MDP-2-P en otras regiones parece indicar que la fabricación ilegal de MDMA se está expandiendo más allá de las fronteras europeas.

<sup>(1)</sup> Todas estas sustancias están incluidas en el cuadro I de la Convención de las Naciones Unidas de 1988.

procedentes de las encuestas de población general sugieren que alrededor de 11 millones de personas habrán probado las anfetaminas, y alrededor de 2 millones de europeos habrán consumido la droga durante el último año.

En cuanto a los adultos jóvenes (15-34 años), entre el 0,2 % y el 16,8 % declara haber consumido anfetamina en algún momento de su vida, aunque si se consideran por separado las cifras del Reino Unido (Inglaterra y Gales, 16,8 %) y Dinamarca (12,7 %), el margen se reduce a entre el 0,2 %

<sup>(61)</sup> Véanse los cuadros SZR-15 y SZR-16 del boletín estadístico de 2007.

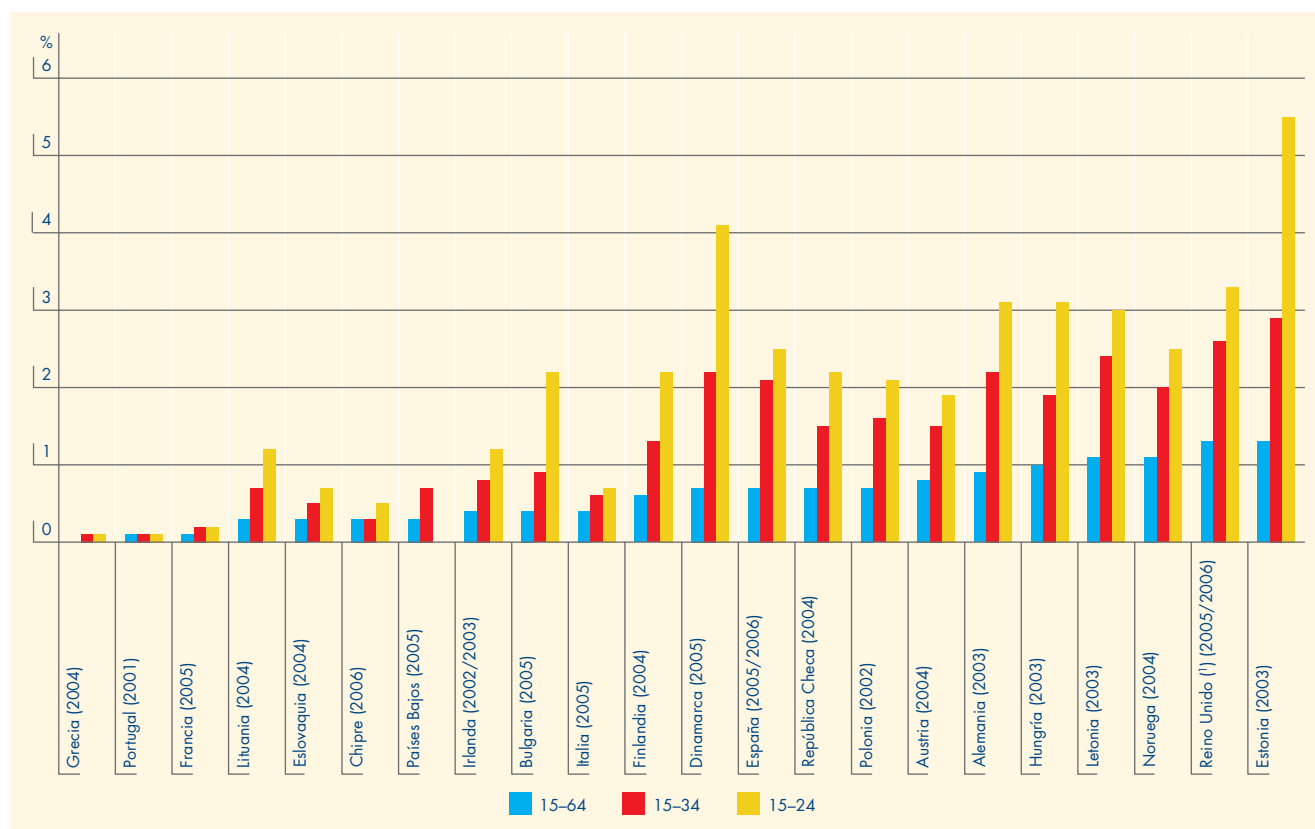
<sup>(62)</sup> Véase el cuadro PPP-4 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(63)</sup> Los datos de encuestas sobre «consumo de anfetaminas» a menudo no distinguen entre las anfetaminas y las metanfetaminas; sin embargo, esto suele estar relacionado con el consumo de anfetaminas (sulfato o dexanfetamina), dado que el consumo de metanfetaminas es poco habitual.

<sup>(64)</sup> Véase el gráfico EYE-1 (parte iv) del boletín estadístico de 2007.

<sup>(65)</sup> Véase la nota a pie de página (30) para más información sobre el método de cálculo.

**Gráfico 5:** Prevalencia del consumo de anfetaminas en el último año entre la población adulta (entre 15 y 64 años) y entre la población adulta joven (entre 15 y 34 años o entre 15 y 24 años, respectivamente)



N.B.: (\*) Inglaterra y Gales.

Los datos proceden de las encuestas nacionales disponibles más recientes en cada país en el momento de realización del informe. Los países están ordenados de acuerdo con la prevalencia total (todos los adultos). Para más información, véanse los cuadros GPS-10, GPS-11 y GPS-18 del boletín estadístico de 2007.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2006), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

y el 5,9 %<sup>(66)</sup>. La mitad de los países que han facilitado datos presenta tasas de prevalencia inferiores al 4 %, siendo Noruega (5,9 %), Alemania (5,4 %) y Letonia (5,3 %) los países donde se registran las mayores tasas después del Reino Unido y Dinamarca. Por término medio, el 5,1 % de los europeos jóvenes ha probado la anfetamina<sup>(67)</sup>. El consumo durante el último año dentro de este grupo de edad fluctúa entre el 0,1 % y el 2,9 %, siendo Estonia (2,9 %), el Reino Unido (2,6 %) y Letonia (2,4 %) los países donde se han registrado los niveles de prevalencia más elevados (gráfico 5). Resulta destacable que, si se tiene en cuenta el consumo en el último año, las cifras del Reino Unido y Dinamarca se acercan más a las de los otros países. Se estima que, de media, un 1,5 % de los adultos jóvenes europeos ha consumido anfetaminas en el último año.

Solo Finlandia puede ofrecer una estimación reciente del consumo problemático de anfetaminas (definido como consumo por vía parenteral, de larga duración o regular): en 2002 la cifra correspondiente se estimaba entre 10 900 y 18 500 consumidores problemáticos de anfetamina (de 3,1 a 5,3 casos por cada 1 000 personas entre 15 y 64 años), una cifra tres veces superior al número de consumidores problemáticos de opiáceos.

### Metanfetamina

Los niveles de consumo de metanfetamina en Europa parecen limitados, a diferencia de la panorámica internacional, que ha experimentado un crecimiento en el consumo de esta droga durante los últimos años. Sin embargo, los países europeos están preocupados por el potencial de crecimiento en el consumo de esta droga en los Estados miembros, lo cual ha provocado la aplicación de algunas medidas preventivas; por ejemplo, en el Reino Unido se ha tomado la decisión de reclasificar la metanfetamina dentro del grupo de las drogas más dañinas (clase A).

Tradicionalmente, el consumo de metanfetamina en Europa se ha concentrado en la República Checa y, en menor medida, en Eslovaquia. Las estimaciones recientes de consumo problemático de metanfetamina provienen de estos dos países (República Checa y Eslovaquia). En 2005, en la República Checa se calculaba que había entre 18 400 y 24 000 consumidores de metanfetamina (de 2,5 a 3,2 casos por cada 1 000 personas entre 15 y 64 años), casi dos veces el número de consumidores problemáticos de opiáceos; en Eslovaquia, la cifra correspondiente se situaba entre 6 000 y 14 000 (de 1,5 a 3,7 casos por

<sup>(66)</sup> Véase la tabla GPS-9 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(67)</sup> Véase el gráfico GPS-18 (parte ii) del boletín estadístico de 2007.

cada 1 000 personas entre 15 y 64 años), ligeramente por debajo de la cifra estimada de consumidores de opiáceos. La metanfetamina se ha convertido en la droga principal más frecuente entre los consumidores que solicitan tratamiento por primera vez en Eslovaquia, y actualmente se han detectado altos niveles de consumo de metanfetamina en algunas subpoblaciones de Hungría.

En otras partes de Europa no se registra un consumo significativo de metanfetamina. En cualquier caso, cabe hacer dos advertencias importantes: por un lado, la mayoría de encuestas no permite distinguir entre el consumo de metanfetamina y de anfetamina; por otro lado, la metanfetamina se ha detectado ocasionalmente en pastillas vendidas como éxtasis y, por ello, podría haberse consumido sin saberlo <sup>(68)</sup>.

### Éxtasis

En cuanto al éxtasis, entre el 0,3 y el 7,2 % de los adultos europeos reconoce haberlo probado. La mitad de los países presenta tasas de prevalencia de vida del 2,5 % o inferiores, siendo el Reino Unido (7,2 %), la República Checa (7,1 %), España (4,4 %) y los Países Bajos (4,3 %) los países donde se registran las mayores tasas de prevalencia. La prevalencia de consumo de éxtasis en el último año oscila entre el 0,2 % y el 3,5 % de los adultos, siendo la República Checa (3,5 %), Estonia (1,7 %) y el Reino Unido (1,6 %) los países con las cifras más elevadas; sin embargo, la mitad de los países presenta tasas de prevalencia del 0,5 % o inferiores. Se estima que casi 9,5 millones de europeos (un 3 % de media) han probado el éxtasis, y casi 3 millones lo han consumido en el último año.

Entre los adultos jóvenes (15-34 años), la prevalencia de consumo de éxtasis a lo largo de la vida oscila entre el 0,5 % y el 14,6 %, correspondiendo las cifras más altas a la República Checa (14,6 %), el Reino Unido (13,3 %) y los Países Bajos (8,1 %) <sup>(69)</sup>. Por término medio, más del 5 % de los jóvenes adultos europeos ha probado el éxtasis.

En el grupo de 15 a 24 años, las tasas de prevalencia de consumo de éxtasis a lo largo de la vida oscilan entre el 0,4 % y el 18,7 %, siendo la República Checa (18,7 %), el Reino Unido (10,4 %) y Hungría (7,9 %) los países con las cifras más elevadas <sup>(70)</sup>. El consumo en el último año para esta franja de edad fluctúa entre el 0,3 % y el 12 %, siendo la República Checa (12,0 %) y Estonia (6,1 %) los países donde se han registrado las tasas más elevadas (gráfico 6).

Entre los jóvenes adultos de 15 a 24 años se detectan en los hombres (0,3 %-23,2 %) tasas de prevalencia superiores del consumo de éxtasis a las de las mujeres (0,3 %-13,9 %). En encuestas escolares recientes puede apreciarse que los

aumentos de la prevalencia de consumo de éxtasis a lo largo de la vida se producen en gran medida de manera paralela en ambos sexos entre los estudiantes escolares, aunque la brecha entre ambos sexos va creciendo a medida que la edad aumenta. En el caso de los jóvenes, la prevalencia puede experimentar un incremento desproporcionado con respecto al aumento de edad; por ejemplo, la información disponible de 16 países muestra que, en comparación con estudiantes más jóvenes, la prevalencia de consumo de éxtasis a lo largo de la vida entre los alumnos de 17 a 18 años es considerablemente superior en la mayoría de los casos <sup>(71)</sup>.

### LSD

Las tasas de consumo de LSD a lo largo de la vida entre los adultos varían entre el 0,2 % y el 5,5 %, registrándose en dos tercios de los países tasas de prevalencia de entre el 0,4 % y el 1,7 %. En adultos jóvenes (15-24 años), la prevalencia de consumo de LSD a lo largo de la vida oscila entre el 0,3 % y el 7,6 %, mientras que entre los pertenecientes al grupo de edad de 15 a 34 años fluctúa entre el 0 y el 4,2 %. El consumo de esta droga en el último año es bajo, y en el grupo de edad de 15 a 24 años supera el 1 % únicamente en siete países (Bulgaria, República Checa, Estonia, Italia, Letonia, Hungría y Polonia).

### Tendencias

En general, en Europa sigue habiendo indicios que apuntan a una estabilización o incluso una disminución del consumo de anfetamina y éxtasis. El consumo de anfetamina entre la población adulta joven (entre 15 y 34 años) ha descendido sustancialmente en el Reino Unido (Inglaterra y Gales) desde 1996, y en menor medida en Dinamarca y la República Checa, mientras que en otros países los índices de prevalencia parecen ampliamente estables, a pesar de que en algunos de ellos se haya informado de pequeños incrementos <sup>(72)</sup>.

Se percibe una situación más heterogénea en el caso del consumo de éxtasis entre los jóvenes adultos (entre 15 y 34 años) <sup>(73)</sup>. Después de experimentar incrementos generalizados en el consumo durante los años noventa, durante los últimos años varios países, incluyendo dos países con alta prevalencia, como son España y el Reino Unido, informan de cierta estabilización o incluso descensos moderados. En algunos países se observa una disminución de la prevalencia dentro de la franja de edad de 15 a 24 años, pero no en el colectivo de 15 a 34 años <sup>(74)</sup>, lo cual sugiere una pérdida de popularidad de la droga entre los grupos más jóvenes. Una cuestión que surge a partir de la información procedente de varios países (España, Dinamarca, Reino Unido) es si la cocaína está reemplazando a las anfetaminas y al éxtasis como principal droga estimulante <sup>(75)</sup>.

<sup>(68)</sup> Véase «Anfetamina y metanfetamina: diferencias y similitudes», p. 49.

<sup>(69)</sup> Véase la tabla GPS-9 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(70)</sup> Véase la tabla GPS-17 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(71)</sup> Véase el gráfico EYE-1 (parte ii) del boletín estadístico de 2007.

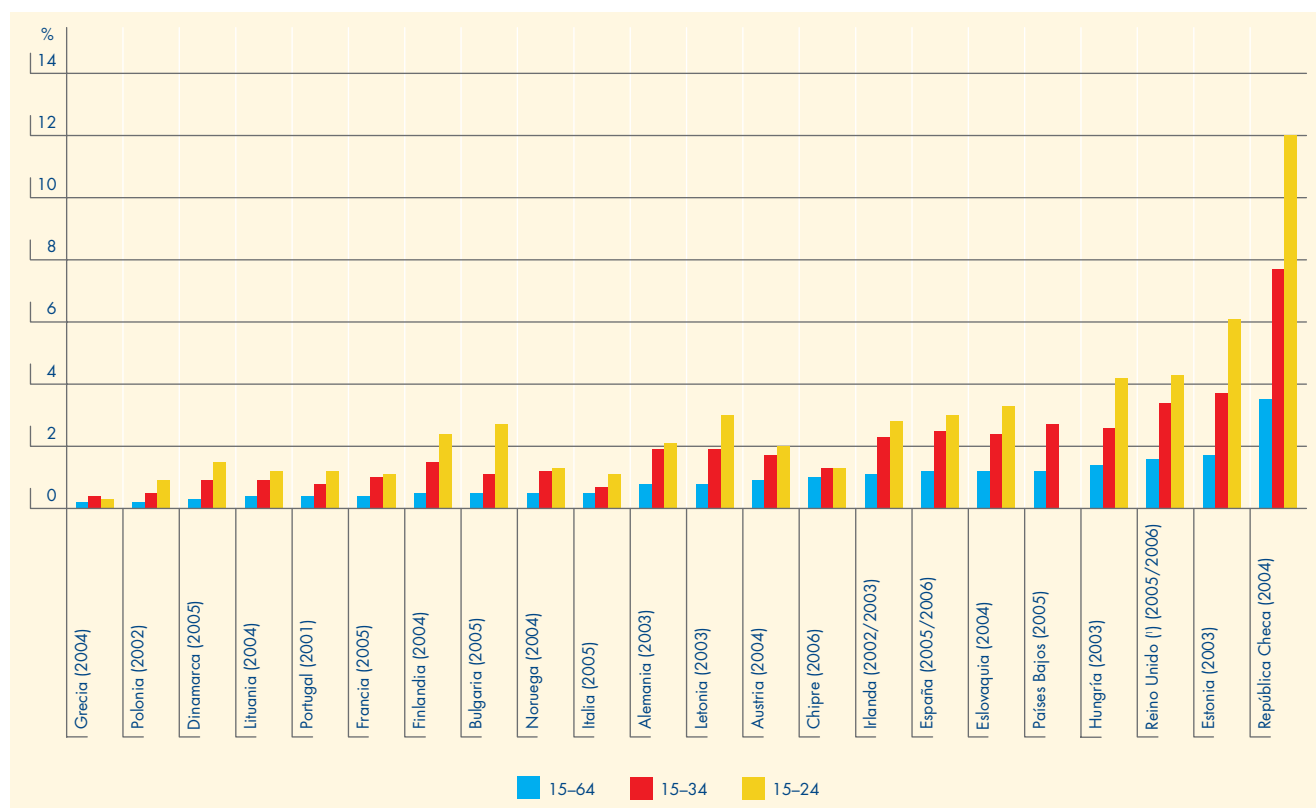
<sup>(72)</sup> Véase el gráfico GPS-8 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(73)</sup> Véase el gráfico GPS-21 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(74)</sup> Véanse las tablas GPS-4 y GPS-15 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(75)</sup> Véase la tabla GPS-20 del boletín estadístico de 2007.

**Gráfico 6:** Prevalencia del consumo de éxtasis en el último año entre la población adulta (entre 15 y 64 años) y entre la población adulta joven (entre 15 y 34 años o entre 15 y 24 años, respectivamente)



(1) Inglaterra y Gales.

N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales disponibles más recientes en cada país en el momento de realización del informe. Los países están ordenados de acuerdo con la prevalencia total (todos los adultos). Para más información, véanse los cuadros GPS-10, GPS-11 y GPS-18 del boletín estadístico de 2007.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2006), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

Según los datos presentados en 2006 en recientes encuestas escolares nacionales o regionales (Italia, Polonia, Suecia y Flandes en Bélgica) se registra una estabilización o incluso una cierta reducción en el consumo de anfetaminas y éxtasis en algún momento de la vida <sup>(76)</sup>.

### Entornos recreativos

Los estudios sobre consumo de drogas en entornos recreativos tales como los eventos de baile pueden resultar de gran utilidad para hacerse una idea del comportamiento de las personas que consumen estimulantes de forma regular e intensiva. Los índices de consumo de drogas en estos entornos normalmente son elevados, pero no pueden extrapolarse a la población en general. A modo de ejemplo, encuestas realizadas en locales de música y baile seleccionados indican niveles elevados de consumo de éxtasis y niveles más bajos, aunque todavía elevados, de consumo de anfetamina <sup>(77)</sup>.

En una encuesta anual a los lectores realizada por la revista musical británica *Mixmag*, cuyo público visita regularmente los clubes de baile, se afirma que la proporción de las personas que se definen como consumidores intensivos de éxtasis (que consumen habitualmente más de cuatro pastillas en cada ocasión) se ha más que duplicado entre 1999 y

2003, pasando del 16 % al 36 % (McCambrige *et al.*, 2005). Aunque el grado de representatividad de esta muestra resulta cuestionable, respalda la preocupación general de que ha habido un crecimiento en el número de pastillas de éxtasis consumidas por algunos grupos de consumidores. También se informa sobre un consumo cada vez más intensivo de éxtasis y un policonsumo de drogas por parte de consumidores de éxtasis experimentados en un estudio por Internet realizado en el Reino Unido (Scholey *et al.*, 2004). Sin embargo, cabe destacar que algunos informes procedentes de Amsterdam sugieren que el consumo de éxtasis durante el último año y el último mes disminuyó un 20 % entre 1998 y 2003, y la cantidad media de éxtasis consumida en cada ocasión también se redujo durante este período (informes nacionales de 2005 de la red Reitox). De acuerdo con una encuesta realizada en 2005 entre clientes regulares de los bares en Amsterdam, solo el 3 % consumía éxtasis cuando salía por la noche.

Aunque los datos disponibles sobre el consumo combinado de drogas y alcohol siguen siendo limitados, el consumo de alcohol en entornos recreativos de música y baile, a menudo en cantidades consideradas peligrosas para la salud y en combinación con estimulantes, está adquiriendo dimensiones cada vez más preocupantes.

<sup>(76)</sup> Véase el gráfico EYE-4 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(77)</sup> Véase la cuestión particular de 2006 sobre consumo de drogas en entornos recreativos.

## Datos relativos a la demanda de tratamiento

El número de solicitudes de tratamiento por consumo de anfetaminas y éxtasis es relativamente bajo. Por lo general, en la mayoría de los 21 países en los que existen datos sobre el tema, el consumo de estas drogas rara vez supone el principal motivo para asistir a un tratamiento por consumo de droga <sup>(78)</sup>. En la mayoría de los casos, este tipo de demandas de tratamiento tiene que ver con el uso de anfetaminas como droga principal, y solo una pequeña proporción con el consumo de éxtasis <sup>(79)</sup>.

Existe un número limitado de países con una proporción significativa de consumidores de anfetaminas y éxtasis entre los pacientes drogodependientes. En principio, pueden clasificarse en tres grupos: la República Checa y Eslovaquia informan sobre una proporción sustancial de solicitudes de tratamiento relacionadas con el consumo de anfetaminas como droga principal (el 58 % y el 24 % de todos los pacientes, respectivamente) que, en la mayoría de los casos, tienen que ver con el consumo de metanfetaminas como droga principal. Suecia, Finlandia y Letonia indican que alrededor de un tercio de todos los pacientes inicia un tratamiento por consumo de anfetaminas como droga principal. Irlanda, los Países Bajos, el Reino Unido y Francia declaran que entre el 1 % y el 5 % de sus pacientes se somete a tratamiento por consumo de éxtasis como droga principal <sup>(80)</sup>.

En todos los países, excepto Grecia y Suecia, la proporción de nuevos pacientes que inician un tratamiento por el consumo de anfetaminas y éxtasis como sustancia principal es mayor que la proporción correspondiente al total de pacientes que reciben tratamiento por el consumo de estas drogas <sup>(81)</sup>. Aunque esto puede tener varias explicaciones, es coherente con la información sobre las tendencias: de 1999 a 2005 el número de solicitudes de primer tratamiento por consumo de anfetaminas y éxtasis como droga principal aumentó en más de 3 000, pasando de 6 500 a un total de 10 000 <sup>(82)</sup>.

Los pacientes que se someten a tratamiento por el consumo de estimulantes distintos a la cocaína tienen una media de aproximadamente 27 años (26 si se someten a tratamiento por primera vez) y han consumido la droga por primera vez cuando tenían de media 19 años <sup>(83)</sup>. Los pacientes de éxtasis son, junto con los consumidores de cannabis, el colectivo más joven que se somete a tratamiento de la adicción. Según los informes, en los Países Bajos la proporción más alta de mujeres en tratamiento se encuentra entre los pacientes de éxtasis. La proporción de mujeres entre los pacientes de anfetaminas es mayor que en el caso de otras drogas, concentrándose la mayor proporción de

pacientes en centros ambulatorios de sexo femenino en la franja de edad más joven <sup>(84)</sup>.

Los pacientes de anfetaminas habitualmente consumen la droga en combinación con otras sustancias, principalmente cannabis y alcohol; en algunos países se menciona a menudo el consumo por vía parenteral <sup>(85)</sup>. En la República Checa se indica una variación geográfica interesante, con un mayor número de consumidores fuera de la capital; contienen observaciones similares los informes procedentes de Estados Unidos, según los cuales las áreas no metropolitanas presentan índices de admisión a tratamiento más elevados de consumidores de metanfetamina y anfetamina (Dasis, 2006).

## Respuestas al consumo de drogas en entornos recreativos

### Actividades de prevención en materia de drogas

En general se ha producido un cambio de enfoques en materia de prevención, reconociéndose cada vez más el papel clave que desempeñan los factores del estilo de vida a la hora de definir las actitudes en relación con el consumo de droga y luchar contra la creencia de que consumir droga constituye un comportamiento normal o aceptable. Este tipo de enfoque resulta particularmente importante para el trabajo de prevención en entornos en los que tradicionalmente se consumen drogas. Debido a las altas tasas de prevalencia del consumo de drogas en algunos entornos recreativos, como por ejemplo clubes, bares y eventos de baile, estos lugares se han identificado como objetivos adecuados para llevar a cabo iniciativas de reducción de la demanda de droga. El plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2005-2008) también menciona la necesidad de desarrollar aún más actividades de prevención en entornos recreativos.

Un enfoque consiste en dejar a disposición en dichas instalaciones material informativo que transmita mensajes sobre prevención y, en algunos casos, sobre reducción de daños. El material normalmente se redacta en un lenguaje de fácil comprensión por parte del usuario, lo cual refleja la cultura joven del grupo objetivo, y a veces se reparte mediante equipos móviles de proximidad. Para llegar a la gente joven, estos grupos de proximidad normalmente adoptan el enfoque de no juzgar a nadie y, aunque afirman que la opción más segura es no consumir drogas en absoluto, también pueden proporcionar asesoramiento en materia de reducción de daños (Bélgica, República Checa, Portugal, Austria).

<sup>(78)</sup> Véase el gráfico TDI-2 (parte ii) y el cuadro TDI-5 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(79)</sup> Véase el cuadro TDI-113 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(80)</sup> Véase el cuadro TDI-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2007.

<sup>(81)</sup> Véanse los cuadros TDI-4 (parte ii) y TDI-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2007.

<sup>(82)</sup> Véase el gráfico TDI-1 (parte ii) del boletín estadístico de 2007.

<sup>(83)</sup> Véanse los cuadros TDI-10, TDI-11 y TDI-102 a TDI-109 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(84)</sup> Véanse los cuadros TDI-21 y TDI-25 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(85)</sup> Véanse los cuadros TDI-4, TDI-5 (parte ii), TDI-24, TDI-116 y TDI-117 del boletín estadístico de 2007.



Además de elaborar respuestas que tienen como objetivo informar y persuadir a los individuos para que no usen drogas, un número cada vez mayor de Estados miembros está también desarrollando enfoques para reglamentar mejor los entornos recreativos. Algunos de estos enfoques, incluyendo la celebración explícita de eventos sin drogas, han intentado cambiar la creencia de algunos de que las drogas facilitan sus actividades de ocio. En cada vez más países (Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Italia, Lituania, Países Bajos, Suecia, Reino Unido, Noruega), parece existir en los municipios un interés por establecer un contacto más estrecho con la industria del ocio y desarrollar enfoques que permitan limitar la disponibilidad de las drogas y reducir los riesgos para la salud en locales de música y baile, etc. Así pues, en toda una serie de países se están preparando directrices, como las elaboradas anteriormente por el Reino Unido <sup>(86)</sup>, para disfrutar de los clubes con seguridad.

Las campañas públicas de información selectivas y, cada vez más, los sitios de Internet se encuentran entre las medidas más frecuentemente aplicadas para combatir el consumo de éxtasis, anfetamina y drogas psicotrópicas. Las estrategias de prevención han hecho uso de Internet para establecer

contactos de bajo umbral con los jóvenes que consumen éxtasis, anfetaminas u otras drogas psicotrópicas o que están considerando la posibilidad de hacerlo. En muchos Estados miembros, existen sitios de Internet que proporcionan información y prevención con la intención de promover una reflexión crítica entre los jóvenes en relación con su propio comportamiento de consumo. Estos sitios ofrecen asesoramiento, por ejemplo sobre cómo salir de marcha «con prudencia», sexo seguro, riesgos del tráfico rodado, dietas saludables, turismo de fiesta y cuestiones legales (Bélgica) <sup>(87)</sup>.

### Tratamiento de la adicción a las drogas

Los servicios de tratamiento para los consumidores de éxtasis, anfetamina y otras drogas psicotrópicas normalmente los proporcionan servicios de tratamiento de la adicción a las drogas que se ocupan de consumidores problemáticos o servicios más especializados para consumidores de cocaína y otros estimulantes. Para más información sobre los servicios de tratamiento de la drogodependencia en la UE, véanse el capítulo 2 y el capítulo 5.

<sup>(86)</sup> Véase la cuestión particular de 2006 sobre el consumo de drogas en entornos recreativos.

<sup>(87)</sup> Se pueden encontrar enlaces hacia algunos de estos sitios en <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>



## Capítulo 5

### Cocaína y crack

Dado que el consumo de cocaína ha aumentado, esta sustancia se ha convertido en un tema principal dentro de la política antidroga europea. En reconocimiento a la importancia cada vez mayor de este tema, la cuestión particular de 2007 sobre cocaína explora en profundidad las pautas de consumo de esta sustancia.

### Oferta y disponibilidad <sup>(88)</sup>

#### Producción y tráfico

La cocaína es la droga de mayor tráfico del mundo después del cannabis. Las incautaciones mundiales de cocaína siguieron aumentando en 2005 hasta alcanzar un total de 756 toneladas, y las mayores cantidades de esta droga se aprehendieron en Sudamérica, seguida de Norteamérica.

Colombia sigue siendo, con diferencia, el principal proveedor de coca ilegal del mundo, seguido de Perú y Bolivia (ONUDD, 2007). La mayor parte de la cocaína incautada en Europa procede de Sudamérica, ya sea directamente o a través de América Central, el Caribe y África Occidental.

El principal punto de entrada en Europa sigue siendo la Península Ibérica, donde Portugal parece estar cobrando un papel cada vez más importante. La cocaína también se importa directamente en otros países; dentro de este apartado, los Países Bajos siguen siendo un punto de entrada clave. Tanto España como los Países Bajos se consideran los principales centros de distribución de esta droga. Toda una serie de países, incluyendo Bélgica, Alemania, Francia y el Reino Unido, informan sobre importaciones de esta sustancia realizadas directamente desde fuera de Europa; y la distribución también puede estar diversificándose, dado que hay indicios que apuntan hacia un incremento de la actividad a través de Europa Central y Oriental, y se menciona como lugares de tránsito secundarios tanto a países de la UE como países vecinos.

#### Incautaciones

Se estima que en 2005 se realizaron 70 000 incautaciones con 107 toneladas de cocaína en Europa. Según los

informes, la mayor parte de la cocaína sigue incautándose en los países de Europa Occidental y, en especial, en España, que representa alrededor de la mitad de las incautaciones y cantidades aprehendidas en Europa <sup>(89)</sup>. Durante el período comprendido entre 2000 y 2005, tanto el número de incautaciones como las cantidades de cocaína aprehendidas crecieron de forma generalizada a escala europea <sup>(90)</sup>. Ello se debió principalmente a incrementos pronunciados en España y Portugal, superando este último a los Países Bajos en 2005 como país responsable del mayor número de interceptaciones de cocaína después de España.

#### Precio y pureza

En 2005, el precio medio o típico de la cocaína en el ámbito minorista presentaba considerables variaciones en los distintos países de Europa, oscilando entre los 45 euros y los 120 euros por gramo, y la mayoría de países indicaba precios situados entre los 50 euros y los 80 euros por gramo <sup>(91)</sup>. Los precios medios de la cocaína, una vez corregidos los efectos de la inflación, mostraban una tendencia generalizada a la baja durante el período 2000-2005 en la mayoría de los 19 países que aportaron datos suficientes.

La pureza media o típica de la cocaína para el consumidor oscilaba en 2005 entre el 20 % y el 78 %, si bien la mayoría de los países informaba sobre niveles de pureza situados entre el 40 % y el 65 % <sup>(92)</sup>. Los datos disponibles para el período 2000-2005 indican un descenso generalizado en el nivel de pureza medio de la cocaína en la mayoría de los 21 países que aportaron información.

### Prevalencia y pautas de consumo de la cocaína

La cocaína constituye en la actualidad, después del cannabis, la droga ilegal más consumida en muchos Estados miembros de la UE y en la Unión Europea en términos globales. Según recientes encuestas de población nacionales realizadas en la UE y en Noruega, se calcula que han consumido cocaína al menos una vez (prevalencia de vida) más de 12 millones de europeos, lo cual corresponde a casi un 4 % de la población adulta <sup>(93)</sup>. Las cifras nacionales

<sup>(88)</sup> Véase «Interpretación de las incautaciones y otros datos de mercado», p. 38.

<sup>(89)</sup> Este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2005, cuando se disponga de ella. Con fines estimativos, los datos no disponibles para 2005 fueron reemplazados por los datos correspondientes a 2004.

<sup>(90)</sup> Véanse los cuadros SZR-9 y SZR-10 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(91)</sup> Véase el cuadro PPP-3 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(92)</sup> Véase el cuadro PPP-7 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(93)</sup> Consúltese el método de cálculo en la nota a pie de la página (30).

sobre consumo a lo largo de la vida varían entre un 0,2 % y un 7,3 %, con tres países que indican valores por encima del 5 % (España, Italia y Reino Unido) <sup>(94)</sup>.

Al menos 4,5 millones de europeos (1,3 % de media) declaran haber consumido cocaína durante el último año. El consumo de cocaína durante el último año oscila entre el 0,1 % en Grecia y el 3,0 % en España, aunque Italia y el Reino Unido también indican tasas de prevalencia por encima del 2 % <sup>(95)</sup>. Las estimaciones de las encuestas sugieren que dos millones de europeos (un 0,6 % de media) han consumido cocaína durante el último mes <sup>(96)</sup>.

Como sucede con otras drogas ilegales, la prevalencia del consumo de cocaína se concentra entre los adultos jóvenes (entre 15 y 34 años). Alrededor de 7,5 millones de jóvenes adultos europeos (una media del 5,3 %) han consumido la sustancia al menos una vez en la vida, y cinco países indican tasas de prevalencia del 5 % o superiores (Alemania, Italia, Dinamarca, España y el Reino Unido) <sup>(97)</sup>. Las estimaciones de consumo de cocaína para períodos de referencia más recientes <sup>(98)</sup> sugieren que, en el pasado año, de los 3,5 millones (2,4 %) de jóvenes adultos que han consumido la droga, 1,5 millones (1 %) lo han hecho durante el pasado mes.

Los índices generales de prevalencia del consumo de cocaína entre alumnos escolares son muy inferiores a los del consumo de cannabis. En la mayoría de países, la tasa de prevalencia de consumo de cocaína en algún momento de la vida entre escolares de 15 a 16 años es del 2 % o inferior, llegando al 6 % únicamente en España y el Reino Unido <sup>(99)</sup>. Los datos disponibles de 16 países para estudiantes de 17 a 18 años muestran estimaciones de prevalencia de consumo de cocaína a lo largo de la vida sensiblemente más elevadas entre este grupo de mayor edad en España, aunque los datos preliminares relativos a este país sugieren que en fecha reciente se ha registrado una disminución <sup>(100)</sup>. En la mayoría de los otros 15 países, la prevalencia es mayor entre los estudiantes de mayor edad, pero las diferencias son menos acentuadas. Sin embargo, cabe destacar que los índices de prevalencia en el último año y en el último mes para el consumo de cocaína son muy inferiores.

El consumo de cocaína no se limita a ciertos grupos sociales, pero el consumo de esta droga por parte de jóvenes adultos socialmente integrados en entornos recreativos puede alcanzar niveles superiores a los indicados en las encuestas de población general. Varios estudios realizados en locales de música y baile en varios países europeos revelan una prevalencia de vida del consumo de cocaína que oscila entre el 10 % y el 75 % <sup>(101)</sup>.

Las pautas de consumo de cocaína varían enormemente entre los distintos grupos de consumidores. Dentro del colectivo de consumidores socialmente integrados, la droga normalmente se esnifa; muchos de ellos también consumen otras sustancias como por ejemplo alcohol, tabaco, cannabis y otros estimulantes distintos a la cocaína <sup>(102)</sup>, y este tipo de policonsumo puede conllevar elevados riesgos para la salud.

En general, el consumo de *crack* en Europa sigue siendo relativamente poco frecuente y se concentra en las subpoblaciones marginadas y excluidas de algunas ciudades. No obstante, lo cierto es que los fumadores de cocaína representan una proporción significativa de las solicitudes de tratamiento, aunque sigan constituyendo una minoría. Entre aquellos que no se inyectan otras drogas, el consumo de cocaína por vía parenteral no parece ser habitual, incluso entre los pacientes que se someten a tratamiento (véase más abajo). Sin embargo, ha crecido el número de casos de consumidores de heroína por vía parenteral que también se inyectan cocaína o mezclas de cocaína y heroína.

Las estimaciones sobre la prevalencia del consumo problemático de cocaína <sup>(103)</sup> solamente están disponibles para tres países (España, Italia y Reino Unido). Dichas estimaciones oscilan entre 3 y 6 consumidores problemáticos de cocaína por cada 1 000 adultos (entre 15 y 64 años) <sup>(104)</sup>.

### Tendencias del consumo de cocaína

Los últimos datos no respaldan los indicios de estabilización en el consumo de cocaína entre los jóvenes adultos a los que se hacía referencia en el Informe anual de 2006. En todos los países que han aportado datos recientes de encuestas se han registrado incrementos en la prevalencia de consumo de cocaína en el último año dentro del grupo de edad de 15 a 34 años, aunque se puede hablar de cierta estabilización en España y el Reino Unido (Inglaterra y Gales), los Estados miembros con los niveles de prevalencia más altos. Italia y Dinamarca también han comunicado aumentos significativos (gráfico 7).

Un análisis de la información para aquellos países que disponen de series temporales más largas e índices de prevalencia apreciables puede permitir la detección de tendencias dentro de los subgrupos de la población. Por regla general, tanto en España como en el Reino Unido el incremento en la prevalencia fue mayor entre los hombres que entre las mujeres. El aumento en la prevalencia del consumo de cocaína durante el último año declarado por España desde 2001 puede atribuirse más bien a mayores niveles de consumo dentro del grupo de edad de 15 a 24 años, que dentro del colectivo de 15 a 34 años en su totalidad.

<sup>(94)</sup> Véase el cuadro GPS-8 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(95)</sup> Véase el cuadro GPS-10 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(96)</sup> Véase el cuadro GPS-12 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(97)</sup> Véase el cuadro GPS-9 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(98)</sup> Véanse los cuadros GPS-11 y GPS-13 del boletín estadístico 2007.

<sup>(99)</sup> Véase el cuadro EYE-3 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(100)</sup> Véase el cuadro EYE-2 del boletín estadístico de 2007.

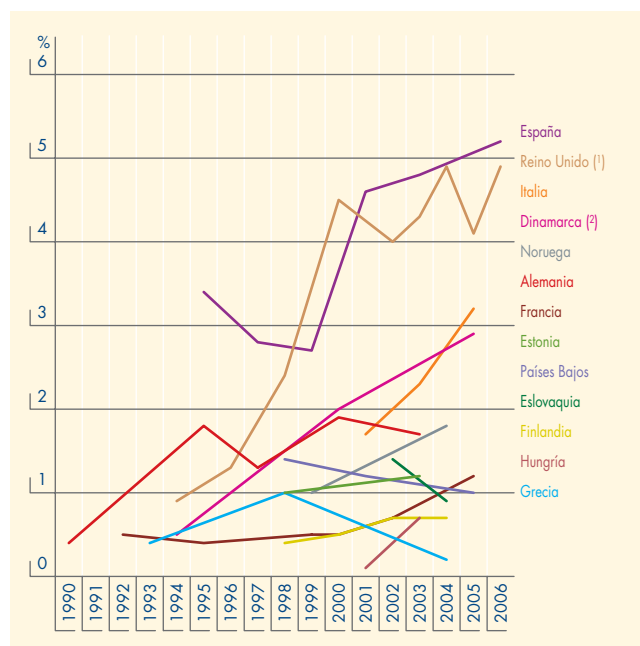
<sup>(101)</sup> Véase la cuestión particular de 2006 sobre consumo de drogas en entornos recreativos.

<sup>(102)</sup> Véase el gráfico 15 del Informe anual de 2006.

<sup>(103)</sup> Definido como consumo de cocaína a largo plazo y/o regular y/o por vía parenteral.

<sup>(104)</sup> Véanse el cuadro PDU-2 del boletín estadístico de 2007 y la cuestión particular de 2007 sobre cocaína.

**Gráfico 7:** Tendencias de la prevalencia del consumo de cocaína en el último año entre la población adulta joven (entre 15 y 34 años)



(1) Inglaterra y Gales.

(2) En Dinamarca, la cifra relativa a 1994 corresponde a drogas duras.

N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales disponibles más recientes en cada país en el momento de realización del informe. Para más información, véase el cuadro GPS-4 del boletín estadístico de 2007.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2006), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

Se ha sugerido que, en algunos países europeos, la cocaína habría podido «sustituir» a otros estimulantes (105). Los datos de las encuestas llevadas a cabo entre jóvenes en clubes de música y baile deben considerarse con cautela debido a la naturaleza altamente específica de la muestra. No obstante, dichos datos permiten poner de relieve el comportamiento de consumidores regulares de droga, y estudios realizados en los Países Bajos indican que, en algunos municipios, la cocaína ha desbancado al éxtasis como estimulante de mayor consumo entre los clientes de los clubes y gana cada vez más aceptación en algunos colectivos.

## Cocaína: datos relativos a la demanda de tratamiento

Tras los opiáceos y el cannabis, la cocaína es la droga que con más frecuencia se declara como razón por la cual se inicia un tratamiento de desintoxicación en Europa. En 2005 se notificaron alrededor de 48 000 solicitudes de tratamiento de la adicción a la cocaína como droga principal, lo cual corresponde a aproximadamente un 13 % de todas las

solicitudes de tratamiento declaradas en la UE (106); además, alrededor del 15 % de los pacientes en centros ambulatorios indican consumir cocaína como droga secundaria (107). Esta cifra general refleja amplias variaciones entre países: la mayoría indica bajos porcentajes de consumidores de cocaína entre los pacientes en tratamiento de desintoxicación, mientras que dichas proporciones son elevadas en los Países Bajos (35 %) y España (42 % en 2004). Entre los que reciben tratamiento por primera vez, la proporción de pacientes de cocaína es mayor, con una cifra total que ronda el 22 % de todas las nuevas solicitudes de tratamiento (33 000 casos partiendo de los datos de 22 países) que, según los datos, están relacionadas con la cocaína.

Se mantiene la tendencia al alza surgida durante los últimos años entre los pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cocaína. De 1999 a 2005, la proporción de nuevos pacientes que solicitaron tratamiento por consumo de cocaína aumentó del 11 % al 24 % del total de nuevos pacientes, y el número de casos declarados pasó de 13 000 a 33 000 (108). En la cuestión particular de 2007 sobre cocaína se presenta un análisis más detallado de las tendencias en cuanto a la demanda de tratamiento para esta droga.

Los datos europeos sobre consumidores de droga sometidos a tratamiento por consumo de cocaína como droga principal están principalmente relacionados con la cocaína en polvo (85 %), y solo un 15 % con el crack; además, casi todos los tratamientos por consumo de cocaína declarados se realizan en centros ambulatorios (94 %) (109). Sin embargo, debería tenerse en cuenta que los datos sobre la demanda de tratamiento de la adicción a la cocaína suministrados en centros hospitalarios son incompletos.

Según los datos proporcionados, los pacientes de cocaína que acuden a centros ambulatorios son, con una media de edad de 31 años, los pacientes de mayor edad después de los consumidores de opiáceos (110). Los pacientes de cocaína son principalmente hombres, siendo en este grupo la ratio entre hombres y mujeres superior que en el caso de los demás pacientes de drogas (casi cinco hombres por cada mujer para el total de pacientes y seis hombres por cada mujer entre los pacientes nuevos) (111). La mayoría de consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio empezó a consumir la droga entre los 15 y los 24 años (112).

## Tratamiento por consumo de cocaína

El suministro de respuestas específicas para consumidores problemáticos de cocaína y crack en Europa sigue siendo limitado y, como se ha mencionado anteriormente, España y los Países Bajos son actualmente responsables de la mayoría de los casos de tratamiento de la adicción a la cocaína.

(105) Véanse el capítulo 4 del presente informe.

(106) Véase el gráfico TDI-2 del boletín estadístico de 2007.

(107) Véase el cuadro TDI-22 (parte i) del boletín estadístico de 2006.

(108) Véase el gráfico TDI-1 del boletín estadístico de 2007.

(109) Véanse los cuadros TDI-24 y TDI-115 del boletín estadístico de 2007.

(110) Véase el cuadro TDI-10 del boletín estadístico de 2007.

(111) Véase el cuadro TDI-21 del boletín estadístico de 2007.

(112) Véase el cuadro TDI-11 (parte i) a (parte iv) del boletín estadístico de 2007.

Sin embargo, entre los países con cifras significativas de consumidores de cocaína parece existir un interés cada vez mayor en proporcionar servicios especializados. No sorprende que, en países con bajos índices de prevalencia, el suministro de servicios específicos de tratamiento de la adicción a la cocaína no se considere una prioridad política. Contrariamente a lo que sucede con el tratamiento por consumo de opiáceos, en el que la población objetivo es relativamente homogénea, el tratamiento de la adicción a la cocaína en Europa se enfrenta al reto de tener que proporcionar intervenciones para un espectro mucho más amplio de consumidores. Según declaraciones de los pacientes en centros ambulatorios que consumen cocaína como droga principal, la mayoría esnifa la sustancia, y un menor número la fuma o la inhala; un número relativamente reducido de pacientes (menos del 10 %) afirma inyectarse la droga. Entre los que reciben tratamiento por primera vez los niveles de administración por vía parenteral son aún más bajos (5 %) <sup>(113)</sup>. Alrededor del 16 % de los pacientes de cocaína declara utilizar esta sustancia en combinación con opiáceos y, en algunos países, muchos pacientes que reciben tratamiento por problemas relacionados con el consumo de opiáceos también toman cocaína, al menos ocasionalmente.

Por ello, los servicios de tratamiento tienen que ofrecer a menudo atención a tres colectivos que, a grandes rasgos, pueden caracterizarse de la siguiente forma: en primer lugar, consumidores de cocaína socialmente más integrados que también pueden tener un historial de policonsumo «recreativo» regular que incluya alcohol; en segundo lugar, consumidores de cocaína que también podrían tener problemas relacionados con el consumo de opiáceos; y, en tercer lugar, consumidores de *crack* problemáticos y altamente marginados.

Es probable que las necesidades de estos tres grupos sean distintas y requieran enfoques diferentes por parte de los proveedores de servicios. Según los informes, la mayoría de los tratamientos de la adicción a la cocaína en Europa tiene lugar en entornos ambulatorios, lo cual en muchos casos hará que se orienten hacia las necesidades de los consumidores de opiáceos. Es cuestionable que este tipo de servicios sea atractivo para los consumidores de cocaína relativamente bien integrados que han desarrollado problemas a través del consumo recreativo de la droga. Además, es probable que una parte de este grupo busque ayuda o bien a través de proveedores de atención sanitaria general, como por ejemplo médicos de cabecera o centros de asesoramiento, o bien, si pueden, a través de clínicas privadas especializadas.

Contrariamente a lo que sucede con el tratamiento por consumo de opiáceos, las opciones farmacológicas para el tratamiento de la adicción a la cocaína son limitadas, aunque la prescripción de medicamentos puede ser útil para paliar síntomas relacionados. En la actualidad no hay ningún agente farmacológico disponible para ayudar a los pacientes a alcanzar o encarar la abstinencia de la cocaína, aunque en el futuro podrían existir algunas opciones en esa línea. En Europa se hace hincapié en el suministro de medidas y tratamientos psicosociales, que principalmente

se basan en enfoques de comportamiento cognitivo. Puede encontrarse un monográfico detallado sobre las opciones de tratamiento de la adicción a la cocaína en la cuestión particular de 2007 sobre cocaína y en una reseña bibliográfica del OEDT sobre el tema (OEDT, 2007b).

La baja prevalencia del *crack* y el hecho de que esta droga se consume en un área geográfica extremadamente restringida dentro de Europa implica que la experiencia a la hora de dar respuesta a las necesidades de este colectivo resulta mucho más limitada. Existe abundante material bibliográfico basado en la experiencia estadounidense en relación con los problemas derivados del consumo de *crack*, pero no queda claro hasta qué punto dicha información puede aplicarse directamente en el contexto europeo. El Reino Unido, que en comparación con otros países europeos presenta un nivel relativamente elevado de consumo problemático de *crack*, ha elaborado directrices para profesionales según las cuales el tratamiento de la adicción al *crack* debería proporcionarse dentro del contexto de un programa estructurado de tratamiento de desintoxicación que incluya abstinencia y medidas de minimización de daños (NTA, 2002). Una reciente evaluación del suministro de servicios en el Reino Unido también da fe de ciertos resultados positivos entre pacientes de *crack* en instalaciones en régimen de ingreso (Weaver, 2007).

## Reducción de riesgos y daños

Los consumidores de cocaína con fines recreativos corren el riesgo no solo de desarrollar una drogodependencia, sino también de que el consumo de cocaína interactúe con otras drogas o con problemas cardiovasculares existentes. La mayoría de países europeos indica que los consumidores de cocaína tienen acceso a información sobre la cocaína y los riesgos asociados al consumo de esta sustancia a través de varias fuentes de información tales como sitios web, líneas de atención telefónica y otros medios. Cabe destacar que la Fundación europea de servicios de ayuda telefónica sobre drogas informa sobre un incremento en el número de llamadas relacionadas con la cocaína durante los años 2005 y 2006 <sup>(114)</sup>.

El consumo de cocaína también puede asociarse a la actividad sexual de alto riesgo o a la participación en la industria del sexo. Los estudios indican que las mujeres que consumen *crack* pueden ser particularmente vulnerables y tener comportamientos sexuales de alto riesgo ya sea por dinero o por drogas; en algunos países los programas de reducción de daños y proximidad se dirigen específicamente a trabajadores/as del sexo con el objetivo de abordar los comportamientos arriesgados tanto en materia de prácticas sexuales como en relación con el consumo de droga.

Aunque su número es reducido, los consumidores de *crack* pueden correr un riesgo particular de experimentar problemas y puede ser difícil proporcionarles tratamiento y otros servicios. En algunas ciudades en las que el *crack* constituye un problema significativo, se han lanzado programas de reducción de daños con objeto de ofrecer

<sup>(113)</sup> Véanse el cuadro TDI-17 (parte ii) y (parte vi) y el cuadro TDI-110 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(114)</sup> <http://www.fesat.org/>

medidas de proximidad, intervenciones de crisis, asistencia para problemas médicos agudos y derivación a servicios estructurados. En Viena, por ejemplo, en los servicios ambulatorios se dispone de habitaciones para proporcionar un espacio seguro a consumidores de cocaína y crack que a menudo sufren ansiedad, y se ofrece atención sanitaria básica y derivación hacia otros servicios. En los países que proporcionan salas de consumo para consumidores de droga por vía parenteral, en algunos casos este servicio se ha hecho extensivo a los consumidores de crack; por ejemplo, en Alemania se ofrecen instalaciones especiales

para fumadores de crack tanto en Fráncfort como en Hamburgo.

Los enfoques de reducción de daños dirigidos a las personas que se inyectan cocaína normalmente no difieren de los ofrecidos a otros consumidores por vía parenteral (véase el capítulo 8), aunque algunos estudios sugieren que los consumidores de estimulantes se inyectan más y, por ello, estarán potencialmente expuestos a un mayor riesgo. Además, hay riesgos específicos relacionados con el consumo de crack por vía parenteral si la droga no ha sido correctamente preparada.

### **Cocaína y crack, un asunto cada vez más preocupante para la salud pública, en las cuestiones particulares del Informe anual del OEDT 2007**

En los últimos años ha habido ciertos indicios de que el consumo de cocaína se está convirtiendo en un problema acuciante en Europa. Esta cuestión particular muestra que, en algunos países europeos, se ha dado un aumento significativo del consumo de cocaína, de solicitudes de tratamiento del consumo de cocaína y de incautaciones de esta droga. Además se ha examinado el potencial de la cocaína para incidir de manera importante en la salud pública. A este respecto, se presta especial atención

a las consecuencias del consumo de cocaína para la salud, a las que a menudo no se les concede la debida importancia en los sistemas de informes existentes. En la cuestión particular se abordan en detalle los retos que es necesario afrontar para ofrecer un tratamiento efectivo de la adicción a la cocaína y el crack, lo que se ha revelado hartamente difícil, dada la variedad de tipos de consumidores de cocaína y sus diferentes necesidades.

Esta cuestión particular está disponible en versión impresa y en línea, pero únicamente en inglés (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).





## Capítulo 6

# Consumo de opiáceos y drogas por vía parenteral

### Oferta y disponibilidad de la heroína <sup>(115)</sup>

Tradicionalmente se han utilizado en Europa 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 de Asia, aunque cabe decir que esta variedad de la droga es cada vez menos frecuente. Asimismo, dentro de la UE se producen algunos opiáceos, aunque la producción se limita principalmente a productos caseros elaborados con adormidera (por ejemplo, paja de adormidera, concentrado de tallos o cabezas de adormidera molidos) en varios países orientales de la UE (Letonia, Lituania y Polonia).

### Producción y tráfico

La heroína que se consume en Europa se produce principalmente en Afganistán, que continúa siendo el líder mundial del suministro de opio ilegal, seguido de Myanmar. Se estima que en 2006 se produjeron alrededor de 6 610 toneladas de opio, un 92 % de las cuales en Afganistán. Esto representa un incremento del 43 % en comparación con las estimaciones de 2005 que se debe a un aumento considerable de las áreas de cultivo. Por otro lado, el potencial de fabricación mundial de heroína en 2006 se estimó en 606 toneladas, en comparación con las 472 en 2005 (ONUDD, 2007). Los datos sobre incautaciones de opiáceos y laboratorios desmantelados parecen indicar que el opio producido en Afganistán se transforma cada vez más en morfina o heroína antes de ser exportado (CND, 2007).

La heroína entra en Europa por dos rutas principales. La ruta de los Balcanes, más corta y de importancia histórica, sigue desempeñando un papel crucial en el contrabando de heroína. Tras atravesar Pakistán, Irán y Turquía, la ruta se divide en dos tramos: al sur por Grecia, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Albania, Italia, Serbia, Montenegro y Bosnia y Herzegovina; y al norte por Bulgaria, Rumanía, Hungría, Austria, Alemania y los Países Bajos, actuando estos últimos como centro de distribución secundario hacia los países de Europa Occidental. Desde mediados de la década de los años noventa, ha aumentado el contrabando de heroína hacia Europa a través de la «ruta de la seda» (aunque en menor grado que a través de las rutas de los Balcanes), por las repúblicas de Asia Central, el Mar Caspio

y Rusia, Belarús o Ucrania hacia Estonia, Letonia, algunos de los países nórdicos, Alemania y Bulgaria. Aunque estas rutas son las más importantes, los países de la península arábiga (Omán, Emiratos Árabes Unidos) se han convertido en lugares de tránsito para los envíos de heroína desde el sureste o el suroeste de Asia (JIFE, 2006), y parte de la droga se introduce ilegalmente a través de África Oriental (Etiopía, Kenia, Mauricio), y en ocasiones también a través de África Occidental (Nigeria), desde donde se envía a los mercados ilegales de Europa y, en menor medida, de Norteamérica (JIFE, 2007a). También se informa sobre contrabando de heroína desde el suroeste asiático hacia Europa a través de países de Asia Oriental y Meridional (India, Bangladesh, Sri Lanka y China).

### Incautaciones

En 2005 se incautaron 342 toneladas de opio, 32 toneladas de morfina y 58 toneladas de heroína en todo el mundo. Asia (China, Afganistán, Irán y Pakistán) continuó siendo el continente del mundo donde se incautaron las mayores cantidades de heroína (54 %), seguido de Europa (38 %) (ONUDD, 2007).

Se estima que se llevaron a cabo 52 000 incautaciones, lo que supuso la aprehensión en 2005 de aproximadamente 16,8 toneladas de heroína en la UE, los países candidatos y Noruega. El Reino Unido (según datos de 2004) continuó siendo el país europeo con mayor número de incautaciones, seguido de España, Alemania y Grecia, mientras que en Turquía se incautaron las mayores cantidades (seguida del Reino Unido, Italia y los Países Bajos), que representan casi la mitad del total interceptado en 2005 <sup>(116)</sup>. Las cifras de incautaciones de heroína muestran un descenso general entre los años 2000 y 2003 y, de acuerdo con los datos disponibles, han ido aumentando desde entonces. Durante el período 2000-2005, las cantidades totales de heroína aprehendidas en los Estados miembros de la UE han ido fluctuando y marcando una ligera tendencia a la baja, mientras que, por su parte, Turquía indica un importante incremento durante el mismo período <sup>(117)</sup>.

### Precio y pureza

La tarea de detectar las tendencias en cuestiones tanto de precios como de calidad se ve dificultada por la falta de datos coherentes, por lo que las estimaciones se basan únicamente

<sup>(115)</sup> Véase «Interpretación de las incautaciones y otros datos de mercado», p. 38.

<sup>(116)</sup> Estos datos deberán cotejarse con la información correspondiente a 2005, cuando se disponga de ella. Con fines estimativos, los datos no disponibles para 2005 fueron reemplazados por los datos correspondientes a 2004.

<sup>(117)</sup> Véanse los cuadros SZR-7 y SZR-8 del boletín estadístico de 2007.

en una serie limitada de países <sup>(118)</sup>. La mayoría de países indicaba precios medios o típicos en la calle para la heroína marrón entre los 35 y los 80 euros por gramo. Entre 2000 y 2005, los precios medios de la heroína, una vez corregidos los efectos de la inflación, parecen haber descendido en la mayoría de los 18 países que aportaron datos comparables. La pureza media o típica de la heroína en la calle variaba considerablemente de acuerdo con los datos disponibles; la mayoría de los países indicaba valores situados entre el 15 % y el 50 %, mientras que las cifras para la heroína blanca, en los casos en los que estaban disponibles, tendían a ser más altas (30-70 %). La pureza media de los productos de heroína ha estado oscilando desde el año 2000 en la mayoría de los 18 países que han facilitado datos.

## 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 estimaciones sobre consumo por vía parenteral y consumo de opiáceos, aunque en algunos países los consumidores de anfetaminas también constituyen un componente importante <sup>(119)</sup>. Resulta difícil estimar el número de consumidores problemáticos de opiáceos y es necesario realizar análisis complejos para obtener las estimaciones de prevalencia a partir de las fuentes de datos disponibles. Además, como la mayoría de estudios se basa en una área geográfica limitada, como una ciudad o un distrito, resulta difícil extrapolar los datos para obtener estimaciones nacionales.

Realizar una estimación también se ve dificultado por el hecho de que las pautas de consumo problemático de droga en Europa parecen ser cada vez más heterogéneas. Por ejemplo, los problemas relacionados con el consumo de varias drogas han ido cobrando mayor importancia en casi todos los países, y en algunos países donde históricamente ha predominado el consumo problemático de opiáceos (problemas relacionados casi exclusivamente con la heroína) se registran actualmente tendencias hacia el consumo de otros tipos de drogas, como por ejemplo la cocaína.

Las estimaciones recientes sobre la prevalencia nacional del consumo problemático de opiáceos oscilan entre uno y seis casos por cada 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años. En comparación, se estima que la prevalencia CPD total se sitúa entre uno y ocho casos por cada 1 000. Algunas de las estimaciones bien documentadas que presentan unos resultados más bajos proceden de los nuevos Estados miembros de la UE, aunque este no es el caso de Malta, que informó de una prevalencia relativamente elevada (entre 5,8 y 6,7 casos por cada 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años) (gráfico 8).

A partir de los limitados datos disponibles se puede determinar una prevalencia del consumo problemático de opiáceos de entre cuatro y cinco casos por cada 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años de edad. Esto se traduce en unos 1,5 millones (1,3-1,7 millones) de consumidores problemáticos de opiáceos en la UE y Noruega. En cualquier caso, estas estimaciones distan mucho de ser fiables, y se requiere información más amplia sobre el tema.

## Tendencias temporales en el consumo problemático de opiáceos

La falta de datos históricos fiables dificulta la evaluación de las tendencias en el consumo problemático de opiáceos a lo largo del tiempo, por lo que dichas tendencias deberían interpretarse con cautela. Los informes de algunos países revelan que, en términos generales, el consumo problemático de opiáceos podría haberse estabilizado durante los últimos años. Únicamente en ocho países se dispone de datos de estimaciones continuas sobre el consumo problemático de opiáceos durante el período comprendido entre los años 2001 y 2005; estos datos ofrecen una panorámica relativamente estable en la que solo un país (Austria) presenta un claro aumento <sup>(120)</sup>.

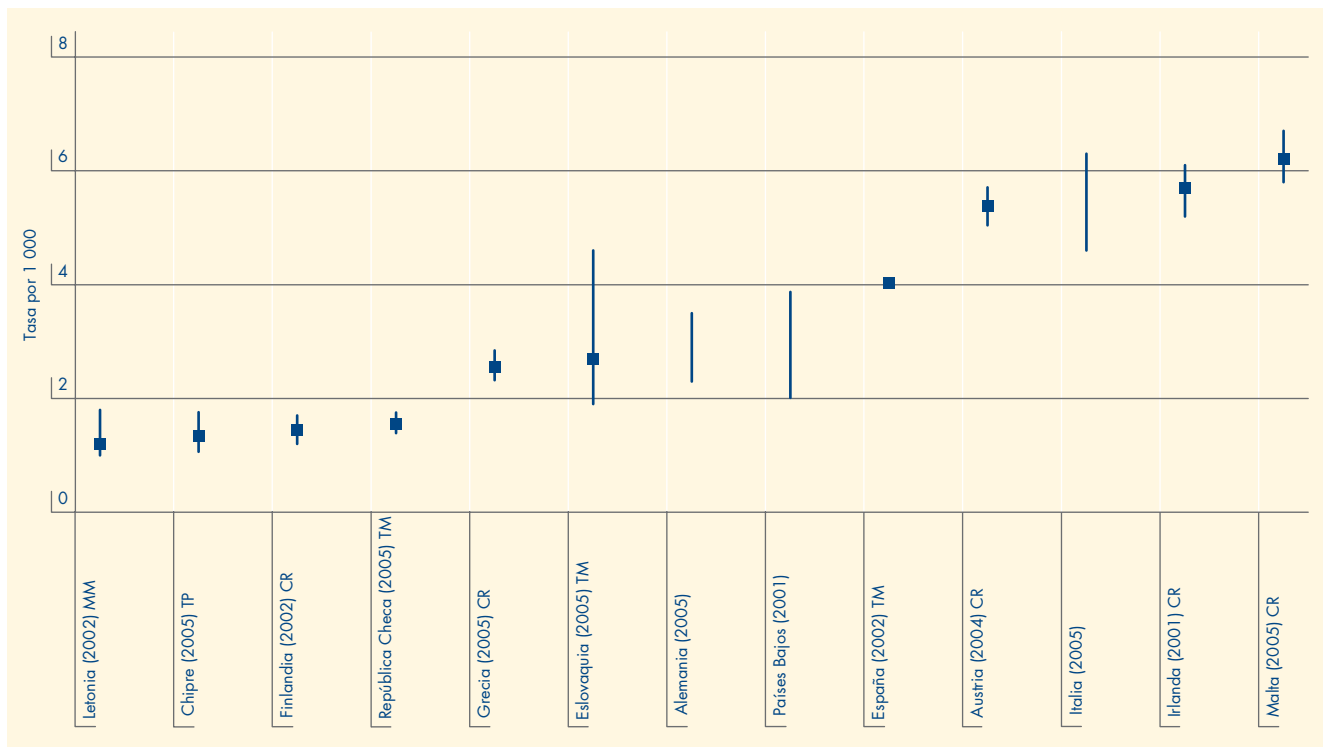
A pesar de que la tendencia global en términos de prevalencia del consumo de opiáceos parece ser relativamente estable, existen indicios que apuntan hacia un aumento de las incautaciones de heroína (véase más arriba) posiblemente relacionado con una creciente disponibilidad de heroína en el mercado europeo; por otro lado, se informa cada vez más sobre casos de consumo de opiáceos que se desvían de sus aplicaciones legales. En Italia, las estimaciones sobre la incidencia del consumo de heroína a partir de la información sobre demanda de tratamiento indican un crecimiento desde 1998, después de un período de declive, y una incidencia anual en 2005 de alrededor de 30 000 nuevos consumidores de heroína. También en Austria la proporción de personas de menos de 25 años ha aumentado entre los nuevos pacientes que se someten a tratamientos de sustitución, lo cual sugiere que se ha incrementado el número de personas jóvenes que experimenta problemas asociados con el desvío y el consumo incontrolado de opiáceos de prescripción médica. Asimismo, después de haberse observado una evolución a la baja en la República Checa, este país informa de un aumento en el consumo por vía parenteral de una sustancia desviada (en este caso, la buprenorfina), y la información disponible para Bélgica sugiere que se ha producido un incremento en el consumo ilegal de metadona. Un reciente ejercicio de supervisión de servicios de bajo umbral en Francia despierta inquietud sobre el consumo ilícito de buprenorfina, incluido su consumo por vía parenteral y el consumo entre los jóvenes que han iniciado su consumo problemático con buprenorfina y no con heroína; también se ha expresado preocupación sobre nuevos subgrupos de consumidores por vía parenteral jóvenes y marginados. En Finlandia, la buprenorfina también parece

<sup>(118)</sup> Véanse los cuadros PPP-2 y PPP-6 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(119)</sup> Aunque la definición técnica utilizada por el OEDT para CPD es «consumo por vía parenteral o consumo habitual o de larga duración de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas», las estimaciones de consumo problemático han hecho referencia principalmente al consumo de heroína. En los pocos países en los que hay información sobre el consumo problemático de anfetaminas se cuenta con estimaciones bien documentadas. Las estimaciones sobre consumo problemático de cocaína son escasas y, excepto en unos pocos países con altos niveles de prevalencia, el indicador CPD podría ser menos fiable en el caso de esta droga.

<sup>(120)</sup> Véase el gráfico PDU-4 (parte ii) del boletín estadístico de 2007.

**Gráfico 8:** Estimaciones sobre la prevalencia del consumo problemático de opiáceos (tasa por 1 000 habitantes entre 15 y 64 años), 2001-2005



N.B.: El símbolo indica un cálculo puntual, y una barra indica un intervalo de duda que puede ser un intervalo de confianza del 95 % o un intervalo basado en un análisis de sensibilidad (para información más detallada, véase el cuadro PDU-3). Los grupos objetivo 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. Donde no se menciona ningún método, la línea indicada constituye un intervalo entre el más bajo de los límites inferiores y el más alto de los superiores de las estimaciones existentes. Métodos de estimación: CR = captura-recaptura de datos; TM = multiplicador de tratamiento; TP = regresión truncada de Poisson; MM = multiplicador de mortalidad. Para más información, véanse los cuadros PDU-1, PDU-2 y PDU-3 del boletín estadístico de 2007.

Fuentes: Puntos focales nacionales.

haber reemplazado ampliamente a la heroína en las nuevas solicitudes de tratamiento de la adicción a los opiáceos, y el consumo de esta sustancia se menciona cada vez a más casos de muerte por sobredosis.

## Consumo de drogas por vía parenteral

Los consumidores de drogas por vía parenteral presentan un riesgo elevado de sufrir problemas de salud causados por el hábito, tales como infecciones transmitidas por vía sanguínea (por ejemplo VIH/sida, hepatitis), o sobredosis. A pesar de la importancia para la salud pública, actualmente hay pocos países capaces de proporcionar estimaciones de los niveles de consumo de drogas por vía parenteral (gráfico 9). Por tanto, mejorar la supervisión de este colectivo especial constituye un importante reto de cara al desarrollo de sistemas de seguimiento sanitario en Europa.

### Estimaciones indirectas de prevalencia del consumo por vía parenteral

La mayoría de estimaciones disponibles sobre el consumo de drogas por vía parenteral se deriva de las tasas registradas de muertes por sobredosis o bien de la información sobre enfermedades infecciosas (como el VIH). Se aprecia una variación considerable en los distintos países, con estimaciones nacionales que oscilan entre 0,5 a seis casos por

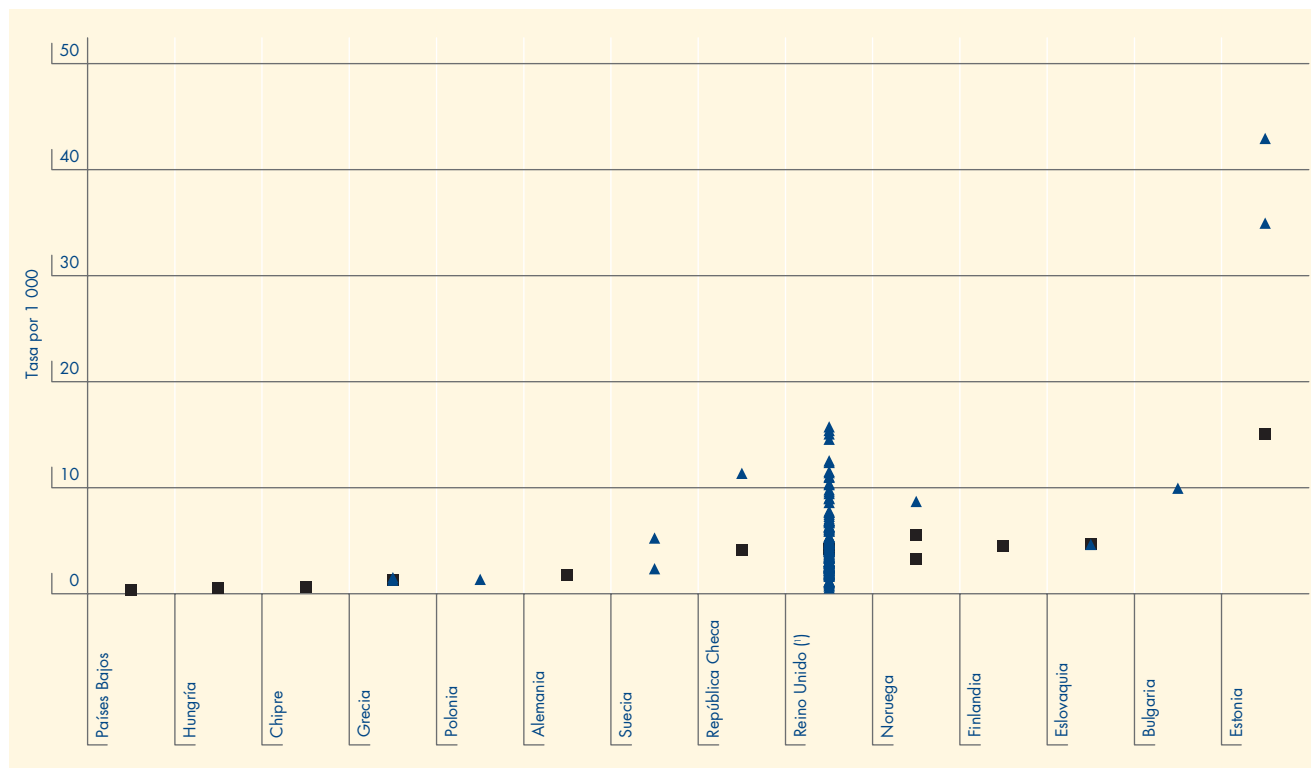
1 000 habitantes de entre 15 y 64 años durante el período de 2001 a 2005. Una excepción a esta situación es Estonia, donde se ha comunicado una estimación mucho más elevada de 15 casos por cada 1 000 habitantes. De los demás países en posición de proporcionar datos, las estimaciones más elevadas provienen de la República Checa, Eslovaquia, Finlandia y el Reino Unido, y se sitúan entre cuatro y cinco casos por cada 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años; las cifras más bajas corresponden a Chipre, Hungría y los Países Bajos, y se sitúan por debajo de un caso por cada 1 000 habitantes.

La extrapolación de los limitados datos disponibles debe realizarse con cautela, pero indica una prevalencia media del consumo por vía parenteral (consumidores actuales) situada entre los tres y los cuatro casos por cada 1 000 adultos. Esto significaría que actualmente hay alrededor de 1,1 millones (de 0,9 a 1,3 millones) de consumidores por vía parenteral en la UE y Noruega. Se trata principalmente de consumidores de opiáceos por vía parenteral, aunque también podrían inyectarse otras drogas, y algunos países informan sobre un problema significativo de consumo de anfetamina o metanfetamina por esa misma vía (República Checa, Eslovaquia, Finlandia y Suecia).

### Tendencias en el consumo por vía parenteral según datos relativos a la demanda de tratamiento

Debido a la falta de información resulta difícil extraer conclusiones sobre las tendencias del consumo por vía

**Gráfico 9:** Estimaciones a partir de estudios nacionales y subnacionales sobre la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral (tasa por 1 000 habitantes entre 15 y 64 años), 2001-2005



(1) Estimaciones regionales inglesas para 2004/2005.

N.B.: Recuadro negro = muestra de ámbito nacional; triángulo azul = muestras de ámbito subnacional.

El patrón de las estimaciones de la prevalencia subnacionales depende en gran medida de la disponibilidad y la localización de los estudios dentro de un país. Los grupos objetivo pueden variar ligeramente debido a la utilización de métodos de estudio y fuentes de información diferentes, por lo que las comparaciones deben realizarse con cautela.

Para más detalles, véanse los cuadros PDU-1, PDU-2 y PDU-3 del boletín estadístico de 2007.

Fuentes: Puntos focales nacionales.

parenteral, si bien los datos sobre los consumidores que se someten a tratamiento permiten hacerse una idea de este tipo de consumo. Las solicitudes de tratamiento entre los consumidores de opiáceos, por ejemplo, pueden dar una indicación sobre las pautas de consumo existentes dentro de la población general. La proporción de consumidores por vía parenteral dentro del total de consumidores de heroína como sustancia principal que inician un tratamiento (2001-2005) muestra diferencias destacadas en los niveles de consumo por vía parenteral en los distintos países. En general, los datos indican que el consumo por vía parenteral podría estar disminuyendo: Dinamarca, Irlanda, Grecia, Hungría, el Reino Unido y Turquía informaron de tasas de prevalencia a la baja. En algunos países (España, Países Bajos y Portugal), una proporción relativamente pequeña de consumidores de heroína que reciben tratamiento se inyecta en la actualidad. Sin embargo, esta imagen no se da en todos los países; por ejemplo, en varios de los nuevos Estados miembros, el consumo por vía parenteral parece seguir siendo la modalidad de administración predominante para la heroína. Debería tenerse en cuenta que las tendencias de consumo por vía parenteral en el caso de consumidores de sustancias distintas a la heroína pueden ser diferentes.

## Tratamiento de la dependencia de opiáceos

### Tratamiento de mantenimiento

Actualmente existe una base relativamente sólida que, a partir de información procedente de estudios sobre resultados de tratamiento y ensayos controlados, analiza la efectividad de los tratamientos de sustitución para tratar la adicción a la heroína o a otros opiáceos (véase Gossop, 2006 para un resumen). Se han apreciado efectos positivos que pasan por la reducción del consumo de drogas ilegales, los comportamientos de riesgo para la salud y la delincuencia, así como la mejora de la conducta social. Los programas de tratamiento de sustitución normalmente incluyen, además de la prescripción de medicamentos, otras medidas para apoyar el cambio de comportamiento. Por regla general, el consenso dentro de este ámbito es que constituye una buena práctica integrar los programas dentro del marco más amplio de la atención médica y la asistencia social.

### Práctica prescriptiva para el tratamiento de sustitución en Europa

Durante los últimos 15 años, la oferta de tratamiento de la dependencia de heroína ha experimentado un gran crecimiento en la UE. De acuerdo con los datos disponibles,

eso se debe principalmente a que, desde el año 1993, la provisión de tratamientos de sustitución en los Estados miembros de la Europa de los Quince se ha más que septuplicado.

A excepción de cinco países (República Checa, Francia, Letonia, Finlandia y Suecia), la metadona constituye con diferencia la droga más utilizada con fines de sustitución, representando alrededor del 72 % de los tratamientos de sustitución <sup>(121)</sup>. En general, el tratamiento con metadona se ofrece en centros ambulatorios especializados, pero en algunos países también puede obtenerse a través del médico de cabecera o, una vez los pacientes están estabilizados, en instalaciones de atención basados en la comunidad. La práctica de distribución de metadona varía; en algunas ocasiones solo puede obtenerse en centros especializados y su consumo está supervisado, pero en algunos países como el Reino Unido, las farmacias también desempeñan un papel importante y pueden autorizarse las recetas médicas para llevarse el producto a casa.

Durante los últimos años ha habido interés en la UE por encontrar otros agentes farmacológicos que permitan tratar la drogodependencia, y el uso de la buprenorfina, en particular, se ha convertido en una práctica más habitual. Eslovenia (en 2005) y Malta (en mayo de 2006) se unieron al grupo de países europeos que han autorizado el tratamiento de mantenimiento con buprenorfina en unidades especializadas <sup>(122)</sup>, y actualmente Bulgaria, Hungría, Polonia y Rumanía constituyen los únicos países en los que esta opción de tratamiento no está disponible.

Una razón que explica el interés por el uso de buprenorfina es que posiblemente constituya una opción farmacéutica más adecuada que la metadona para utilizarla en los centros basados en la comunidad. Este es un tema complejo que se trata con más detalle en la cuestión particular de 2005 sobre buprenorfina. En la mayoría de países, únicamente médicos con la formación y la acreditación necesarias pueden recetar la buprenorfina, que está sujeta a legislación adecuada a su estatus de sustancia controlada en virtud de los convenios internacionales (Lista III de la Convención de las Naciones Unidas de 1988 contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas).

La buprenorfina se comercializa bajo la forma de comprimidos sublinguales y, aunque no se considera una sustancia especialmente atractiva para su consumo por vía parenteral, existen informes que dan fe de casos en los que los comprimidos se han disuelto e inyectado. El potencial de abuso de la buprenorfina se pone de manifiesto en informes de algunos países que hablan del desvío de la droga hacia el mercado ilegal. Para impedir el uso ilegal de la buprenorfina se ha desarrollado una nueva formulación de la droga en combinación con naloxona. Esta formulación, denominada Suboxona, recibió una autorización europea de comercialización en 2006.

### Aseguramiento de la calidad y tratamiento de sustitución

La efectividad de cualquier servicio dependerá de la calidad del cuidado dispensado. La mala calidad de algunos programas de tratamiento de sustitución ha suscitado expresiones de preocupación, dado que las medidas se concentran demasiado en las prescripciones y no se otorga la importancia que merece al hecho de ofrecer un paquete más amplio de apoyo social y médico. Entre las críticas también se incluyen: la falta de una supervisión clínica adecuada; malas prácticas de prescripción que originan el desvío de drogas hacia el mercado ilegal; y que los programas de tratamiento de baja dosis no están en línea con los datos factuales clínicos de efectividad (Loth *et al.*, 2007; Schifano *et al.*, 2006; Strang *et al.*, 2005).

En muchos países se han tomado estas preocupaciones en serio, y Dinamarca, Alemania y el Reino Unido han informado de que están revisando el sistema con el objetivo de mejorar la calidad de los tratamientos ofrecidos. Asimismo, Dinamarca ha completado recientemente un proyecto trienal para documentar el impacto de un apoyo psicosocial más amplio en los tratamientos de sustitución y para probar la calidad de los procesos de aseguramiento de la calidad.

En Alemania, recientemente se han llevado a cabo dos estudios para analizar los procesos de las terapias de sustitución. En el estudio COBRA se abordaron las posibilidades para mejorar la asistencia, mientras que en el marco del proyecto ASTO se examinaron los aspectos del aseguramiento de la calidad, dando origen a un nuevo manual para consultas médicas. En cuanto al Reino Unido, en Inglaterra se ha realizado recientemente una auditoría con el fin de analizar las prácticas de prescripción y de gestión clínica y evaluar en qué medida están en línea con las directrices clínicas existentes.

La disponibilidad de directrices clínicas nacionales, normas y protocolos de tratamiento es importante para asegurar la calidad de los tratamientos de sustitución. Las directrices clínicas nacionales y los protocolos de tratamiento están en preparación o son objeto de revisión en Dinamarca, Irlanda, Hungría, Portugal, el Reino Unido y Noruega, y Eslovaquia publicó una guía sobre la aplicación del tratamiento con metadona en 2004. En los Países Bajos, está aumentando el número de tratamientos de mantenimiento de acuerdo con las normas de tratamiento médicas, y se supervisa la administración de metadona durante la primera fase de tratamiento. En Austria, en 2005 se redactaron dos decretos relativos al marco de tratamiento con asistencia médica con el fin de mejorar los tratamientos de sustitución e incluir medidas del consumo supervisado, así como una normativa para los médicos que ejercen en este sector.

También existe un sistema nacional de supervisión que permite elaborar informes de los clientes sometidos a programas de tratamiento de sustitución, proporcionando así información útil para evaluar la calidad y la oferta de los servicios. Actualmente, según los informes este tipo de programas se aplica en 17 Estados miembros, y en Bélgica y Luxemburgo se están preparando registros nacionales de tratamientos de sustitución, mientras que en la República Checa se está extendiendo el registro existente a todos los centros de salud.

<sup>(121)</sup> Véanse los cuadros HSR-7, HSR-9 y HSR-11 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(122)</sup> Véase el gráfico HSR-1 y el cuadro HSR-8 del boletín estadístico de 2007.

En enero de 2007, los Países Bajos introdujeron el tratamiento asistido con heroína como una posible opción para tratar la dependencia de los opiáceos, ampliando también a alrededor de 1 000 el número de lugares de tratamiento, con lo que se unieron al Reino Unido como uno de los dos países europeos en los que esta opción está disponible. En términos totales, el número de pacientes que recibe tratamiento con heroína en Europa es muy reducido, y el tratamiento normalmente está reservado a casos extremadamente crónicos en los que otras opciones terapéuticas no han tenido éxito. La eficacia de la heroína como agente de sustitución también se ha explorado en el ámbito de la investigación experimental en España (March *et al.*, 2006) y en Alemania (Naber y Haasen, 2006). Ambos estudios informaron sobre resultados de tratamiento positivos, sugiriendo que este enfoque podría constituir una modalidad de tratamiento apropiada para consumidores de opiáceos socialmente excluidos y con serios problemas que apenas han respondido a otras opciones de tratamiento. Junto con los trabajos anteriores, estos estudios sobre prescripción de heroína han estimulado el debate sobre la necesidad de que esta opción de tratamiento esté disponible de forma más amplia.

### Datos relativos al tratamiento

El OEDT recopila dos tipos de datos para describir el tratamiento en Europa. El indicador de demanda de tratamiento se basa en la supervisión de las características de los pacientes que se someten a tratamiento en Europa. Además, se solicita a los Estados miembros que aporten información que describa la estructura general y la oferta de servicios.

### Información del indicador de demanda de tratamiento

Los datos procedentes de la supervisión de pacientes que inician un tratamiento de la adicción a las drogas en Europa permiten observar no solo la situación epidemiológica general en cuanto a pautas y tendencias de consumo, sino también la demanda relativa y la oferta de distintas formas de tratamiento. Esto puede causar dificultades a la hora de interpretar la información disponible, puesto que un aumento en el número de personas que reciben tratamiento para un problema de drogas particular puede indicar que ha aumentado la demanda de servicios o que se ha incrementado la oferta de un tipo de servicio en concreto. Como medida de ayuda para el análisis de este tipo de datos, se distingue entre las solicitudes nuevas y el total de solicitudes de tratamiento, suponiendo que las nuevas demandas de tratamiento reflejan mejor los cambios en las pautas generales de consumo de drogas y que el total de tratamientos refleja mejor la demanda general en el ámbito de tratamiento en su totalidad.

Los datos disponibles a partir del indicador de demanda de tratamiento (IDT) no cubren a todas las personas que reciben tratamiento de la adicción a las drogas, cuyo número es considerablemente mayor; solo se registran los pacientes que solicitan tratamiento durante el año del informe, aunque actualmente (durante el año 2007) se está llevando a cabo un proyecto piloto dirigido a ampliar la recopilación europea de datos a los pacientes que se encuentran en

### Procedimiento para obtener una autorización de comercialización de medicamentos en Europa

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) es responsable de la evaluación científica de las solicitudes europeas de autorización de comercialización de medicamentos. Los medicamentos aprobados mediante el procedimiento centralizado obtienen una sola autorización de comercialización que es válida en todos los Estados miembros de la Unión Europea.

Todos los medicamentos autorizados son controlados por motivos de seguridad. Este control es efectuado a través de la red de agencias nacionales de medicamentos de la UE, que colaboran estrechamente con profesionales de la salud y las propias empresas farmacéuticas.

La EMA publica un informe público europeo de evaluación (EPAR) de cada medicamento autorizado conforme al procedimiento centralizado que cuenta con autorización de comercialización; los EPAR están publicados en el sitio web de la EMA (<http://www.emea.europa.eu/>) y existe un resumen para el público disponible en todas las lenguas oficiales de la UE. Además, la EMA colabora con el OEDT y Europol para apoyar la labor de detección de nuevas amenazas de drogas en Europa en el contexto de la decisión del Consejo (véase el capítulo 7).

tratamiento continuo <sup>(123)</sup> y evaluar la cobertura de los informes de los sistemas nacionales.

En muchos países, los opiáceos, sobre todo la heroína, siguen siendo la principal droga por la que se solicita tratamiento. Del total de 326 000 solicitudes de tratamiento registradas en 2005 según el indicador de demanda de tratamiento, en el 40 % de los casos las principales drogas consumidas eran opiáceos, y alrededor del 46 % de estos pacientes declaró inyectarse la droga <sup>(124)</sup>.

Algunos países aportan datos sobre una proporción significativa de solicitudes de tratamiento relacionadas con opiáceos distintos a la heroína. En Finlandia, el 41 % de los pacientes drogodependientes declara que su principal droga de consumo son otros opiáceos, especialmente la buprenorfina, mientras que en Francia el 7,5 % de los pacientes afirma consumir buprenorfina. En el Reino Unido y los Países Bajos alrededor del 4 % de los pacientes declara consumir metadona como droga principal. En España, Letonia y Suecia, entre el 5 % y el 7 % de los pacientes se somete a tratamiento por consumo principalmente de opiáceos no especificados distintos a la heroína o la metadona <sup>(125)</sup>. Finalmente, en Hungría, donde el consumo de productos caseros a partir de adormidera tiene una larga tradición, alrededor del 4 % de las solicitudes de tratamiento está relacionado con el opio.

Según los informes, la mayoría de consumidores de opiáceos está registrada en unidades de tratamiento en régimen ambulatorio; sin embargo, en Suecia los centros en régimen de ingreso dan cuenta del 71 % de los consumidores, lo cual indica que en este país los servicios están estructurados

<sup>(123)</sup> Véase <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (informe de reunión 2006).

<sup>(124)</sup> Véase el cuadro TDI-5 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(125)</sup> Véase el cuadro TDI-1.14 del boletín estadístico de 2007.

de otra forma. El Reino Unido también informa sobre un pequeño porcentaje (3 %) de las solicitudes de tratamiento en centros en régimen de ingreso para pacientes consumidores de opiáceos <sup>(126)</sup>. En los pocos países que aportan datos sobre demandas de tratamiento en centros de bajo umbral, una proporción significativa de los pacientes drogodependientes busca tratamiento para consumo de opiáceos como droga principal <sup>(127)</sup>.

Según la serie de datos IDT, la proporción relativa de solicitudes de tratamiento por parte de pacientes que consumen drogas distintas a los opiáceos está creciendo, y las cifras actuales de nuevos pacientes que solicitan tratamiento por consumo de opiáceos también está disminuyendo en muchos países, con un total de nuevas solicitudes de tratamiento por consumo de heroína como droga principal que ha bajado de 80 000 en 1999 a 51 000 en 2005 <sup>(128)</sup>.

### Niveles de tratamiento de sustitución con drogas

En los Estados miembros de la UE y Noruega se estima que en 2005 se llevaron a cabo al menos 585 000 tratamientos de sustitución con drogas. Esta estimación se basa en la supervisión de tratamiento realizada en la mayoría de países, y proporciona una panorámica general sobre la oferta de servicios. Estas cifras pueden considerarse una estimación a la baja, ya que probablemente no se declaran todos los casos para algunas modalidades de tratamiento, como por ejemplo en el caso de los tratamientos realizados por médicos de medicina general o los tratamientos en centros penitenciarios.

La vasta mayoría de los pacientes sometidos a tratamiento (97 %) es notificada por los Estados miembros de la Europa de los Quince, quienes también declaran la mayoría (80 %) de las solicitudes de tratamiento sobre las que se informa en la serie de datos IDT. Ello representa un incremento de más de siete veces en relación con el año 1993, año en el que los tratamientos de sustitución se estimaron en alrededor de 73 000 (Farrell, 1995). Los datos muestran un crecimiento de alrededor del 15 % en las cifras de pacientes en la UE y Noruega de 2003 a 2005, principalmente debido a incrementos en Alemania (aumento estimado de 8 300 casos), Francia (5 706), Italia (6 234), Portugal (4 168) y el Reino Unido (41 500) <sup>(129)</sup>. En 2005, dos países indicaron una estabilización del número de pacientes en tratamiento de sustitución: los Países Bajos (122 casos por cada 100 000 habitantes) y Luxemburgo (355 casos por cada 100 000 habitantes).

El mayor crecimiento relativo entre 2003 y 2005 se observó en algunos de los nuevos Estados miembros (aunque no se limitaba a ellos), incluyendo Bulgaria, Estonia, Grecia, Lituania, Rumanía y Noruega, que comunicaron aumentos significativos (de más del 40 %). Dichos incrementos coincidieron en muchos de esos países con una expansión geográfica de las posibilidades de tratamiento de sustitución. La oferta de tratamientos de sustitución no aumentó en todos los nuevos Estados miembros; Hungría, Polonia y Eslovaquia

informaron sobre una situación relativamente estable, mientras que las cifras de los pacientes del programa con metadona de alto umbral realizado en Letonia descendieron de 67 a 50. En dos países que en el pasado contaban con una amplia oferta, como son España y Malta, las posibilidades de tratamiento han disminuido recientemente, lo cual posiblemente refleja los niveles generales de demanda en estos países.

La interrelación entre las solicitudes de repetición de tratamiento, los niveles de mantenimiento y la prevalencia del consumo problemático de opiáceos es compleja. Los índices de solicitud de repetición de tratamiento por parte de los pacientes y el número de pacientes en los programas de mantenimiento con drogas están determinados por evoluciones históricas de la incidencia y la prevalencia del consumo de opiáceos, así como por la organización y el tipo de servicios de tratamiento disponibles. Para unos pocos países es posible utilizar niveles estimados de prevalencia del consumo de opiáceos para calcular la proporción de pacientes en tratamiento de mantenimiento en relación con los consumidores problemáticos de opiáceos.

En el caso de los países de la UE para los que se disponía de estimaciones de consumo problemático de opiáceos para 2005 se calculó el alcance de los tratamientos de sustitución entre los consumidores problemáticos de esta sustancia (gráfico 10). Los resultados muestran diferencias significativas entre los países e índices que fluctúan entre menos del 10 % (Eslovaquia) y alrededor del 50 % (Italia) de los consumidores de opiáceos. Sin embargo, lo cierto es que los datos revelan la necesidad de revisar las posibilidades de tratamiento en todos los países para garantizar una oferta suficiente que permita satisfacer las necesidades estimadas.

A pesar de algunos incrementos recientes en los tratamientos de sustitución en los países bálticos y de Europa Central, los niveles siguen siendo bajos en comparación con la cifra estimada de consumidores de opiáceos en dichos Estados miembros, a excepción de Eslovenia. Una estimación de Estonia sugiere que solo el 5 % de los consumidores de heroína en los cuatro centros urbanos principales queda cubierto por programas de sustitución, y que dicho porcentaje se reduce al 1 % a escala nacional.

### Demandas de tratamiento por consumo de opiáceos

La proporción de solicitudes de tratamiento por consumo de opiáceos como droga principal refleja hasta cierto punto la relativa prevalencia de los opiáceos ilegales como droga problemática que requiere tratamiento (continuado), aunque se vea influenciada por la organización de los servicios de tratamiento y el sistema de informes.

La proporción de pacientes que solicitan tratamiento por consumo de opiáceos varía según el país. A la luz de los datos disponibles más recientes, los consumidores de opiáceos representan del 40 % al 70 % de todas las

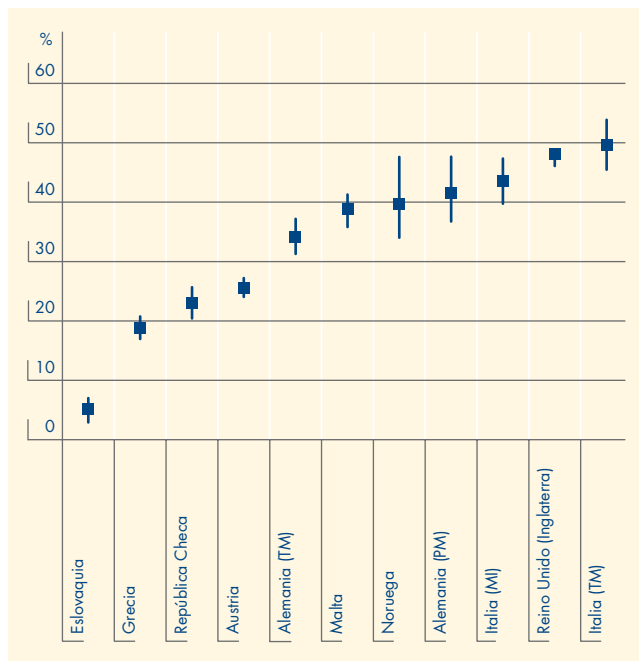
<sup>(126)</sup> Véase el cuadro TDI-24 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(127)</sup> Véase el cuadro TDI-119 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(128)</sup> Véase el gráfico TDI-1 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(129)</sup> Véase el cuadro HSR-7 del boletín estadístico de 2007.

**Gráfico 10:** Porcentaje del número de pacientes en tratamiento de mantenimiento con opiáceos con respecto al número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos, 2005



N.B.: Esta información está únicamente disponible para nueve países. El símbolo indica un cálculo puntual, y una barra indica un intervalo de duda producto de los procedimientos de estimación; el número de consumidores de opiáceos se estima utilizando varios métodos: TM = multiplicador de tratamiento; PM = multiplicador de policía; MI = indicador de variables múltiples. Donde no se menciona ningún método, la línea indicada constituye un intervalo entre el más bajo de los límites inferiores y el más alto de los superiores de las estimaciones existentes. Para más información, véase el gráfico HSR-3 del boletín estadístico de 2007.

Fuentes: Puntos focales nacionales.

solicitudes de tratamiento en doce países, menos del 40 % en siete países y más del 70 % en otros seis <sup>(130)</sup>.

El porcentaje de solicitudes de tratamiento por consumo de heroína con respecto al total de solicitudes de tratamiento ha disminuido del 74 % en 1999 al 61 % en 2005. Los únicos países que no han notificado un descenso son Bulgaria y el Reino Unido <sup>(131)</sup>.

El descenso absoluto de las nuevas solicitudes de tratamiento por consumo de opiáceos, debidas principalmente al consumo de heroína, queda confirmado observando la tendencia de los nuevos pacientes de heroína: todos los países excepto Bulgaria y Grecia declaran una disminución de la proporción de nuevas demandas por consumo de heroína como droga principal entre los nuevos pacientes drogodependientes a lo largo de los últimos siete años. De 1999 a 2005, el porcentaje de nuevos pacientes de heroína dentro del total de pacientes drogodependientes se redujo del 70 % al 37 %.

### Pacientes que solicitan tratamiento

Aquellos que buscan tratamiento para problemas relacionados con los opiáceos tienden a ser relativamente de mayor edad que los que solicitan tratamiento para problemas con otros tipos de drogas <sup>(132)</sup>, y también tienden a indicar peores condiciones sociales. Por regla general, las tasas de desempleo entre los pacientes de opiáceos son elevadas, los niveles educativos son bajos y, según los datos, entre el 10 % y 18 % no tiene hogar.

La mayoría de pacientes (60 %) afirma haber empezado a consumir opiáceos antes de los 20 años; son muy raros los casos de iniciación al consumo de opiáceos después de los 25 años <sup>(133)</sup>. De media, se habla de un lapso de 7 a 8 años entre el primer consumo de opiáceos y el primer contacto con el tratamiento de la adicción: la media de edad de iniciación al consumo de opiáceos se situaba en 22 años, y la media de edad a la hora de solicitar el primer tratamiento en 29 a 30 años. Las solicitudes de tratamiento en centros en régimen de ingreso correspondían normalmente a personas de ligeramente mayor edad que los pacientes que recibían atención ambulatoria, y los datos indican un intervalo de tiempo muy breve entre el primer tratamiento y episodios de tratamiento posteriores.

Hay tres hombres por cada mujer entre los pacientes en centros ambulatorios de opiáceos, y cuatro entre los pacientes en régimen de ingreso. No obstante, existían diferencias entre países: en los países del sur de Europa se registraba una proporción de hombres más elevada dentro del colectivo en tratamiento.

En Europa, una media del 58 % de los pacientes de opiáceos que solicitan tratamiento y para los que se conoce el procedimiento de administración se inyecta la droga (un 53 % si se trata de nuevos pacientes). Rumanía, la República Checa y Finlandia presentan los porcentajes más elevados de consumidores por vía parenteral, mientras que los más bajos se encuentran en los Países Bajos, Dinamarca y España <sup>(134)</sup>.

La mayoría de pacientes de opiáceos consume varias drogas y toma opiáceos en combinación con otras sustancias secundarias, sobre todo otros opiáceos (35 %), cocaína (23 %) y cannabis (17 %) <sup>(135)</sup>.

Algunos países informan de un alto grado de coexistencia de dependencia de opiáceos y otros trastornos psiquiátricos entre los consumidores de opiáceos; esta observación también se ha hecho en muchos otros estudios clínicos, que afirman que la depresión mayor, los trastornos de ansiedad, los trastornos antisociales y los trastornos límite de la personalidad son relativamente frecuentes entre los consumidores de opiáceos (Mateu *et al.*, 2005).

<sup>(130)</sup> Véase el cuadro TDI-5 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(131)</sup> Véase el gráfico TDI-3 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(132)</sup> Véase el cuadro TDI-10 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(133)</sup> Véanse los cuadros TDI-11, TDI-107 y TDI-109 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(134)</sup> Véanse los cuadros TDI-4 y TDI-5 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(135)</sup> Véase el cuadro TDI-23 del boletín estadístico de 2007.





## Capítulo 7

# Tendencias nuevas y emergentes en cuanto al consumo de drogas y medidas relativas a nuevas drogas

Las tendencias emergentes en materia de drogas a menudo reflejan, potencian o sustituyen tendencias populares anteriores en ese ámbito. En este contexto, cabe preguntarse por qué se consumen sustancias psicoactivas. Así pues, las tendencias emergentes en el consumo de drogas y alcohol deben concebirse no solo en relación con los cambios de política por parte de los gobiernos, sino también en relación las unas con las otras y dentro del contexto más amplio de las modas actuales y los cambios socioculturales en materia de actividades de ocio.

Los desarrollos de la tecnología de la información y los medios de comunicación, particularmente Internet, proporcionan canales que facilitan la difusión de nuevas tendencias y permiten expresar diferentes opiniones en relación con el consumo de drogas y los riesgos asociados.

Las nuevas pautas de consumo de drogas (o la evolución de las mismas) habitualmente surgen a escala municipal o urbana, y muy pocos Estados miembros cuentan, por ejemplo, con sistemas de seguimiento para indicar el alcance de las intoxicaciones mortales y no mortales a raíz del consumo de sustancias psicoactivas nuevas o emergentes. Ante la perspectiva inevitable de presentar una panorámica parcial, la información acumulada sobre las tendencias emergentes en materia de consumo de drogas en Europa se evalúa triangulando información procedente de un amplio abanico de fuentes.

El presente capítulo informa sobre evoluciones recientes en materia de consumo ilegal de sustancias psicoactivas que los indicadores clave sobre drogas no abordan de forma rutinaria y que solo recientemente se han identificado como una preocupación potencial por parte de los responsables políticos o han atraído la atención de los medios de comunicación de masas.

### Piperazinas: nuevas sustancias psicoactivas

La evolución más significativa en relación con las nuevas sustancias psicoactivas durante los últimos años es la expansión de nuevos derivados de la piperazina, algunos de los cuales aparecieron en Europa entre los años 2004 y 2006.

Este grupo de sustancias sintéticas se deriva del compuesto parental piperazina e incluye la BZP (1-benzilpiperazina) y la mCPP (1-(3-clorofenil)piperazina). Estas dos sustancias

están ampliamente disponibles a través de proveedores de sustancias químicas y en Internet, y la producción ilegal básicamente se limita a la fabricación de comprimidos o cápsulas.

#### BZP

Algunos estudios han comparado los efectos fisiológicos y subjetivos de la BZP con los de la anfetamina y concluyen que la BZP tiene aproximadamente una décima parte de la potencia de la dexanfetamina.

En los últimos años, varios comerciantes minoristas han empezado a comercializar de forma agresiva productos que contienen BZP como alternativa legal al éxtasis a través de medios impresos, sitios web, tiendas especiales y puestos en locales nocturnos y festivales. Así, esta sustancia se vende en parte como «éxtasis». La BZP se ofrece combinada de formas distintas con otras piperazinas, y se cree que algunas de ellas, en particular la BZP combinada con TFMPP<sup>(136)</sup>, están diseñadas para imitar los efectos del éxtasis. El etiquetado de estos productos normalmente indica de forma visible que contienen piperazina, aunque a menudo se presentan falsamente como producto «natural» o «vegetal».

Las pruebas acumuladas en la UE sobre tendencias emergentes en cuanto al consumo de drogas sugieren que podrían reflejar las tendencias de consumo en los mercados legales; así pues, por ejemplo, vender sustancias completamente sintéticas como BZP afirmando que se trata de un producto «natural» o «vegetal» puede resultar atractivo en un momento de mayor interés por los productos naturales. Además, la seguridad que se percibe en relación con la BZP se ve fomentada por el hecho de que los productos a menudo se venden en comercios minoristas especiales o en tiendas especializadas, y no en la calle.

Se ha encontrado BZP en 14 Estados miembros de la UE (Bélgica, Dinamarca, Alemania, Irlanda, Grecia, Francia, Malta, Países Bajos, Austria, Portugal, España, Suecia, Finlandia y Reino Unido), además de en Noruega.

Existen algunos indicios sobre riesgos para la salud relacionados con la BZP, que parece presentar un estrecho margen de seguridad cuando se usa de forma recreativa. En el Reino Unido se ha informado de incidentes en los que se observaron clínicamente intoxicaciones por BZP. En estos casos se ha confirmado toxicológicamente esta sustancia como la única sustancia psicoactiva, y los consumidores

<sup>(136)</sup> 1-(3-trifluorometilfenil)piperazina.

sufrían efectos secundarios serios que, en algunos casos, eran motivo de emergencias médicas. Sin embargo, no se ha contabilizado ningún caso mortal que pueda atribuirse directamente al consumo de BZP. En marzo de 2007, la UE respondió a la creciente preocupación sobre el consumo de BZP solicitando formalmente una evaluación sobre los riesgos sanitarios y sociales planteados por esta sustancia <sup>(137)</sup>.

### mCPP

La mCPP se ha descrito como una sustancia que provoca efectos estimulantes y alucinógenos parecidos a los del éxtasis (MDMA). Las pastillas que contienen mCPP a menudo se diseñan para que se parezcan al éxtasis, casi siempre se comercializan como si lo fueran y en algunos casos ambas drogas aparecen combinadas. Podría suponerse que con la adición de mCPP se pretende potenciar o mejorar los efectos de la MDMA.

Desde 2004, la mCPP se ha hallado en 26 Estados miembros (en todos menos en Chipre) y también en Noruega; como tal, se está convirtiendo en la nueva sustancia psicotrópica más habitualmente encontrada en la UE desde que empezara en 1997 la supervisión a través del sistema de alerta rápida (SAR).

En la Unión Europea no se han notificado intoxicaciones serias o casos mortales relacionados con la mCPP. Existen pocos datos que indiquen que se trata de una sustancia particularmente peligrosa en términos de toxicidad aguda, aunque no se ha determinado la toxicidad crónica (consumo prolongado).

### GHB

La venta libre por Internet de GHB <sup>(138)</sup> se ha ido restringiendo desde que esta sustancia se añadiera a la Lista IV de la Convención de las Naciones Unidas sobre Sustancias Sicotrópicas en marzo de 2001; todos los países de la UE están obligados a controlarla de acuerdo con su propia legislación relativa a las sustancias psicotrópicas. El GHB se usa de forma terapéutica como anestésico en Francia y Alemania, y también en el tratamiento de la abstinencia de alcohol en Austria e Italia. En junio de 2005, el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la EMEA recomendó la concesión de una autorización de comercialización al medicamento Xyrem (con el GHB como sustancia activa) para el tratamiento de la narcolepsia con cataplejía en pacientes adultos (EMEA, 2005) <sup>(139)</sup>.

El GHB se fabrica fácilmente a partir de sus precursores gamma-butirolactona (GBL) y 1,4-butanodiol (1,4-BD), disolventes ampliamente utilizados en la industria y comercialmente disponibles. Algunos países, identificando el potencial de uso indebido de estas sustancias precursoras, han decidido controlar una de ellas o las dos a través de la legislación de control de drogas o legislación equivalente (Italia, Letonia y Suecia). Dado que la GBL no

está controlado en la mayoría de Estados miembros y los proveedores en línea de productos químicos ofrecen un fácil acceso a la sustancia, algunos usuarios de GHB parecen haber pasado a consumir GBL. Varios análisis cualitativos sobre el GHB comercializado en línea y foros sobre drogas del Reino Unido, Alemania y los Países Bajos indican que los consumidores obtienen la GBL de proveedores de productos químicos que comercializan esa sustancia para varias finalidades legales.

### Prevalencia y pautas de consumo

Todas las fuentes de información disponibles sugieren que la prevalencia general del consumo de GHB es baja, con niveles significativos de consumo limitados a ciertas subpoblaciones específicas. Una encuesta por Internet realizada en el Reino Unido constató que el GHB se consumía más habitualmente en casa (67 %) que en locales nocturnos (26 %) (Sumnall *et al.*, 2007). Una encuesta realizada durante 2005 con 408 clientes regulares de bares en Amsterdam mostró estimaciones de prevalencia para el GHB a lo largo de la vida sensiblemente más elevadas entre la clientela de bares gay y cafés de moda (17,5 % y 19 %, respectivamente) que en bares y cafés corrientes y para estudiantes (5,7 % y 2,7 %, respectivamente) (Nabben *et al.*, 2006).

### Tendencias

La falta de información sobre el tema dificulta la evaluación de las tendencias de consumo de GHB, aunque los datos disponibles sugieren que el consumo de esta sustancia sigue limitándose a pequeñas subpoblaciones. Los datos de encuestas realizadas en clubes de música y baile en Bélgica, los Países Bajos y el Reino Unido indican que el consumo

### Agresiones sexuales facilitadas por el suministro de drogas

Desde los años ochenta se ha venido informando cada vez más en los medios de comunicación y la literatura médica de casos de agresión sexual en los cuales se añaden drogas en la bebida de la víctima sin que esta se percate y de esta manera no ofrezca resistencia. Sin embargo, resulta muy difícil probar este tipo de delito mediante un análisis forense. Los estudios forenses revelan que en casos de presuntas agresiones sexuales se suelen identificar altas concentraciones de alcohol y de medicamentos a base de benzodiazepina sujetos a receta médica (en más del 80 % de los casos franceses y el 30 % de los casos del Reino Unido). No obstante, dado que la presencia de drogas como el GHB solo se puede detectar durante un tiempo muy limitado tras su administración, es difícil demostrar su uso en presuntos casos delictivos que no se denuncian inmediatamente. Los datos forenses disponibles a partir de los estudios realizados desde el año 2000 (en el Reino Unido, Francia, los Estados Unidos y Australia) indican que la administración encubierta de drogas asociada a delitos de agresión sexual no es frecuente, si bien la incidencia real podría ser mayor debido a los casos no denunciados o denunciados con menor prontitud.

<sup>(137)</sup> Véase <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

<sup>(138)</sup> El término GHB se utiliza para incluir la posible utilización de GBL o 1,4-BD.

<sup>(139)</sup> Véase «Procedimiento para obtener una autorización de comercialización de medicamentos en Europa», p. 68.

de GHB podría haber alcanzado su nivel máximo entre los años 2000 y 20003 y descendido a partir de entonces. Sin embargo, no queda claro hasta qué punto estas conclusiones pueden aplicarse a otros subgrupos. Cabría mencionar que en 2005 las líneas de atención telefónica en Finlandia registraron por primera vez llamadas relativas a la GBL (FESAT, 2005).

### Riesgos para la salud

El principal riesgo para la salud asociado al consumo de GHB parece ser un alto riesgo de pérdida del conocimiento, especialmente cuando la droga se combina con alcohol u otras drogas sedantes. El consumo de GHB también puede provocar otros problemas, incluyendo coma, descenso de la temperatura corporal, hipotensión, alucinaciones, náuseas, vómitos, bradicardia y depresión respiratoria. Se ha observado una dependencia física al GHB después de un consumo prolongado, y se pueden plantear problemas adicionales para la salud debido a la posible presencia de disolventes u otros contaminantes tales como metales pesados.

Desde 1993, cinco Estados miembros y Noruega han notificado al OEDT muertes relacionadas con el GHB: Dinamarca e Italia (un caso cada uno), Finlandia y Noruega (tres casos cada uno) y Suecia y el Reino Unido (alrededor de 40 muertes relacionadas con el consumo de GHB).

En Amsterdam el número notificado de emergencias no mortales causadas por el consumo de GHB ascendió a 76 en el año 2005, superando, como en los años anteriores, las cifras de emergencias médicas atribuidas a los hongos alucinógenos (70 casos), el éxtasis (63 casos), la anfetamina (tres casos) y el LSD (un caso). Comparado con otras sustancias, una elevada proporción de los casos de GHB (84 %) requirió el traslado del paciente a un hospital. En 2005, las solicitudes de información sobre el GHB realizadas al Centro Nacional de Información sobre Venenos de los Países Bajos aumentaron en un 27 % (constituyendo 241 de las 1 383 solicitudes efectuadas) en comparación con el año 2004.

### Reducción de riesgos

Las medidas en relación con el consumo de GHB se llevan a cabo habitualmente en el marco de proyectos nacionales o de la comunidad dirigidos a los locales nocturnos, y normalmente consisten en formación para el personal de los clubes y divulgación de información sobre los riesgos de consumir GHB (Alemania, Francia, Países Bajos, Austria y Reino Unido). Algunos temas centrales de la información divulgada sobre el GHB son las precauciones que deben tomarse en locales nocturnos para evitar que se disuelvan drogas en las bebidas y medidas a aplicar en caso de una posible sobredosis. En los grandes eventos se despliegan cada vez más equipos capaces de proporcionar primeros auxilios en caso de problemas con drogas y alcohol para poder responder a los incidentes relacionados con el consumo de GHB u otras drogas.

## Ketamina

La ketamina está sometida a vigilancia en la UE desde que en el año 2000 se despertara la inquietud acerca del abuso de esta droga (OEDT, 2002). A escala nacional, la ketamina es controlada en virtud de la legislación sobre droga (y no por las disposiciones sobre medicamentos) en casi la mitad de los Estados miembros de la UE, y en Suecia y el Reino Unido, la ketamina se incluyó en las listas de sustancias narcóticas en 2005 y en 2006, respectivamente. Un análisis crítico de la ketamina realizado recientemente por la OMS llegó a la conclusión de que los controles internacionales crearían problemas de disponibilidad de la sustancia para su uso en la medicina humana en áreas remotas del planeta y en la medicina veterinaria, puesto que no existe un sustituto adecuado (OMS, 2006). Con motivo de este análisis, en marzo de 2007, el proyecto de resolución de la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas sobre la respuesta a la amenaza planteada por el uso indebido y la desviación de ketamina animó a los Estados miembros a considerar la adopción de un sistema de medidas preventivas que debían usar sus agencias gubernamentales para facilitar la detección precoz de la desviación de ketamina.

### Internet como fuente de información sobre tendencias de drogas emergentes

En 2004, más de una tercera parte de los jóvenes de la UE declaró que acudiría a Internet si deseara obtener más información sobre drogas (Eurobarómetro, 2004). Si los jóvenes buscan información sobre drogas en línea, surge la cuestión de en qué medida la información a la que acceden es objetiva y correcta. Existen numerosos sitios web en los que se habla sobre el consumo de drogas, algunos de ellos están patrocinados por el Gobierno, otros son administrados por grupos de presión, organizaciones de consumidores o grupos de interés. Además de servir de fuente de información sobre drogas, Internet ha creado una plataforma para el comercio de drogas tanto legales como ilegales, existiendo incluso sitios en los que se ofrecen drogas ilegales y alternativas legales. Dado que los vendedores de drogas en línea aprovechan el potencial de *marketing* de Internet y persiguen estrategias de distribución en línea que satisfagan al máximo tanto las necesidades de los consumidores como las cambiantes condiciones legales y específicas del mercado, cada vez son más capaces de difundir nuevas formas de consumo de drogas o nuevos productos.

En el marco del proyecto E-POD (*European Perspectives on Drugs* [Perspectivas europeas en materia de droga]), el OEDT está explorando nuevas vías para usar Internet como fuente de información sobre tendencias con respecto a drogas emergentes. Además, en la UE se está empezando a publicar en Internet información fiable sobre temas relacionados con la salud pública: el nuevo portal de salud pública de la UE da acceso a una serie de fuentes europeas sobre salud pública, incluida información relacionada con las drogas (1).

(1) <http://ec.europa.eu/health-eu>

Apenas existe información epidemiológica sobre el consumo de ketamina, aunque una reciente encuesta escolar realizada en el Reino Unido indicó tasas de prevalencia a lo largo de la vida inferiores al 0,5 %. También existen algunos datos procedentes de encuestas realizadas en entornos recreativos de música y baile, y a partir de los distintos estudios sobre este colectivo de alto riesgo se calcularon índices de consumo de ketamina en algún momento de la vida que oscilaban entre el 7 % de un estudio checo y el 21 % de una muestra húngara.

### Nuevas sustancias psicoactivas

La 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, 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. Al OEDT y a Europol, en estrecha cooperación con sus redes respectivas —los puntos focales nacionales Reitox (PFN) y las unidades nacionales de Europol (ENU)— se les ha asignado un papel central que consiste en la implantación de un sistema de alerta rápida para detectar nuevas sustancias psicoactivas (1).

(1) <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>



## Capítulo 8

# Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas

### Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

La información suministrada al OEDT y al Centro Europeo de Control Epidemiológico del Sida (EuroHIV, 2006) sugiere que, a finales de 2005, el índice de transmisión de VIH entre consumidores de droga por vía parenteral era bajo en la mayoría de países de la Unión Europea. Esto, al menos en parte, puede ser consecuencia de la mayor oferta de medidas de prevención, tratamiento y reducción de daños, incluyendo tratamientos de sustitución y programas de intercambio de agujas y jeringuillas, aunque también otros factores, como los descensos en el consumo de drogas por vía parenteral observados en varios países, pueden haber desempeñado un papel importante en este contexto. Sin embargo, en varios países y regiones de la UE, es probable que la transmisión del virus del VIH relacionado con el consumo de droga por vía parenteral se mantuviera en niveles relativamente elevados durante 2005 <sup>(140)</sup>, lo cual subraya la necesidad de garantizar la cobertura y la efectividad de las iniciativas locales de prevención.

El seguimiento de enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas entre los consumidores de droga por vía parenteral en Europa actualmente se centra en el VIH/sida y la hepatitis vírica (B y C). Se compone de dos sistemas complementarios: los informes de casos (o «notificaciones»: registro absoluto de nuevos casos declarados/notificados) y el «seguimiento de la seroprevalencia» (o «vigilancia centinela»: porcentaje de personas que dan positivo en muestras de consumidores de droga por vía parenteral) (gráfico 11) <sup>(141)</sup>. Cabe suponer que ambos sistemas no son perfectos. Además, en los distintos países existen diferencias en cuanto a disponibilidad de datos. No obstante, aunque la información proporcionada por cualquiera de estos dos sistemas debería interpretarse con cautela, vistos en su conjunto, ofrecen una panorámica más completa de las tendencias epidemiológicas actuales.

#### Indicadores de incidencia y prevalencia de VIH

##### Registro de casos de VIH

Un indicador importante del número (la incidencia) de nuevas infecciones entre los consumidores de droga por vía

parenteral son los registros de casos de nuevos diagnósticos de infecciones de VIH. A la hora de interpretar estos datos, debería tenerse en mente toda una serie de consideraciones: las infecciones entre consumidores por vía parenteral podrían no ser diagnosticadas si éstos no están en contacto con los servicios sanitarios; las nuevas infecciones no tienen por qué deberse al consumo de drogas por vía parenteral; y el número de casos identificado podría haberse visto influido por las diferencias entre los distintos países o a lo largo del tiempo en materia de realización de análisis de detección e índices de notificación.

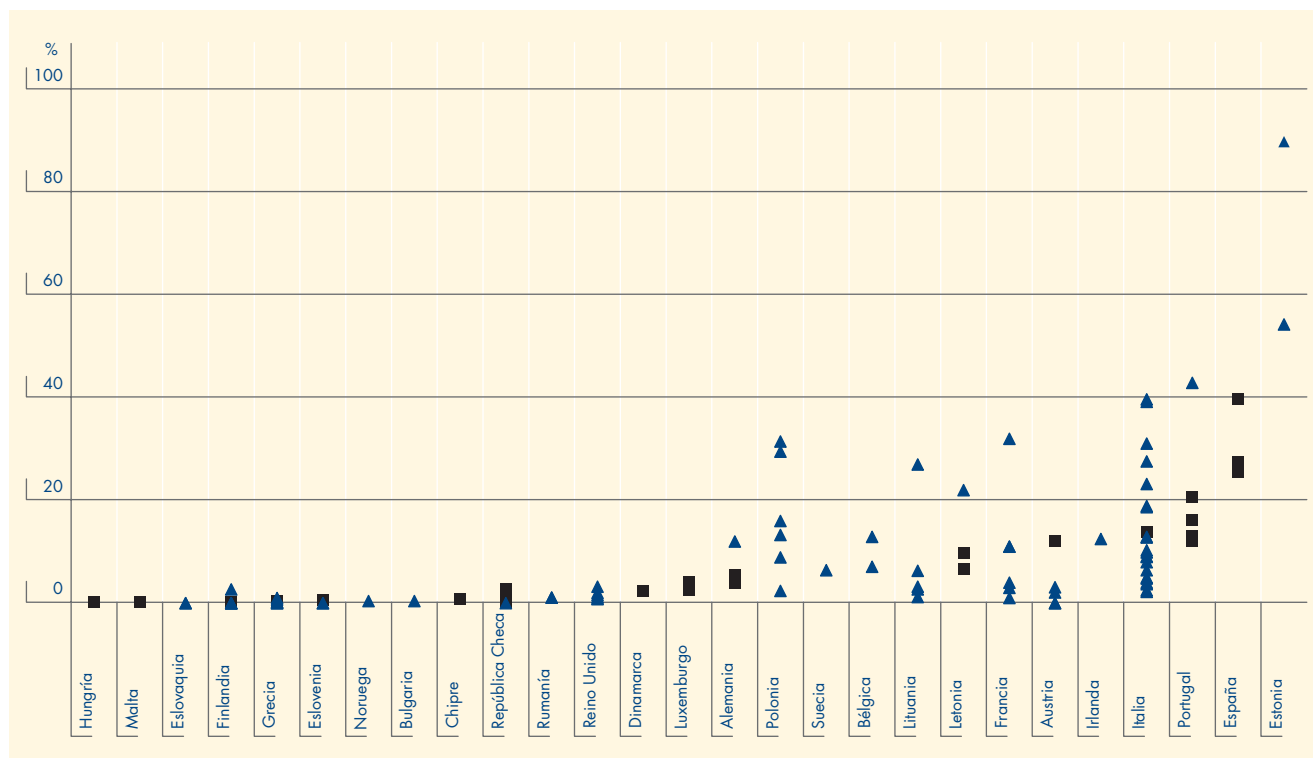
La información disponible sugiere que, en 2005, los índices de nuevas infecciones entre consumidores de drogas por vía parenteral eran bajos en la mayoría de países. Sin embargo, las conclusiones a partir de este análisis deben extraerse con prudencia, teniendo en cuenta que en varios países con altos índices de prevalencia los datos de informes de casos recientes no están disponibles (Estonia, España, Italia y Austria). En 19 Estados miembros, la mayoría de los cuales nunca han experimentado grandes epidemias de VIH entre los consumidores por vía parenteral, los índices de casos notificados en relación con este colectivo se mantuvieron por debajo de los cinco casos por cada millón de personas durante 2005. Irlanda y Luxemburgo notificaron cifras más elevadas, de 16 y 15 casos por millón, respectivamente. En Portugal, que declaró la tasa más alta del conjunto de países que dispone de datos específicos para consumidores de droga por vía parenteral (85 nuevos casos por millón de habitantes en 2005), la situación actual parece haberse estabilizado después de un descenso entre los años 2000 y 2003 <sup>(142)</sup>. En Letonia, Lituania y probablemente también en Estonia, los índices de nuevas infecciones notificadas entre consumidores de droga por vía parenteral han sufrido un fuerte descenso después de los máximos epidémicos de 2001-2002, aunque siguen siendo elevados en comparación con la mayoría de los otros países. En Letonia se ha pasado de 283 nuevos casos por millón en 2001 a 49 casos por millón en 2005. En Lituania, después de un brote entre presos, un nivel máximo observado en 2002 (109 casos por millón) ha dado paso a un descenso hasta 25 nuevos casos por millón en 2005. Aunque se ha producido una fuerte disminución en las infecciones de VIH en Estonia, este país aún informa de los niveles más altos de nuevas infecciones de VIH de la UE. Además, a pesar

<sup>(140)</sup> Véase el gráfico INF-2 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(141)</sup> Algunos estudios de prevalencia en este ámbito son de pequeña escala: solo las muestras de más de 50 personas y las tendencias temporales estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) se mencionan en este apartado.

<sup>(142)</sup> Los incrementos en 2004 (casos de VIH) y 2005 (casos de sida) en Portugal pueden deberse a una mayor atención y notificación por parte de los profesionales a raíz del debate sobre el cambio a un régimen de notificación obligatoria de casos de VIH en 2005.

**Gráfico 11:** Estimaciones a partir de estudios nacionales y subnacionales de prevalencia del VIH entre consumidores por vía parenteral, 2004/2005



N.B.: Recuadro negro = muestra de ámbito nacional; triángulo azul = muestras de ámbito subnacional (incluyendo ámbito local o regional). Las estimaciones para España y Suecia incluyen datos de 2006; los datos para Irlanda y Letonia son de 2003; los datos para Eslovaquia son de los años 2003/2004. Los países se presentan por orden ascendente de prevalencia sobre la base de la media de datos nacional o, si no están disponibles, de los datos subnacionales. Las comparaciones entre países deben interpretarse con cautela debido a los diferentes tipos de determinantes y/o métodos de estudio; las estrategias nacionales de muestreo varían. Para más información, véase el gráfico INF-3 del boletín estadístico de 2007. Los tamaños de todas las muestras sobre las que se ha informado son superiores a 50.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox. Para más información sobre las fuentes primarias, detalles sobre el estudio y datos anteriores a 2004, véanse el cuadro INF-8 (parte i) y (parte ii) y el cuadro INF-0 parte (i) del boletín estadístico de 2007.

de no contar con datos específicos para Estonia sobre consumidores por vía parenteral, es posible que este tipo de consumo de droga siga siendo una vía importante de contagio del VIH en este país.

### Prevalencia del VIH entre los jóvenes y los nuevos consumidores por vía parenteral

Las conclusiones extraídas a partir de los datos de informes de casos quedan respaldadas por el análisis de los niveles de infección por VIH en muestras de nuevos consumidores (que se inyectan droga desde hace menos de dos años) y consumidores jóvenes (de menos de 25 años) por vía parenteral. Dado que las infecciones en estos grupos probablemente son recientes, los datos constituyen indicadores de sustitución para la incidencia del VIH. En estos subgrupos (recogidos en los estudios de prevalencia indicados más abajo), un alto nivel de infección de VIH (más del 5 % en 2004-2005) confirma las indicaciones de una elevada incidencia reciente entre los consumidores por vía parenteral en Portugal (datos nacionales), Lituania y Estonia (datos regionales o urbanos), y sugiere que este también ha sido el caso en una de las tres ciudades de Polonia que han aportado información <sup>(143)</sup>. Debería tenerse presente que el tamaño de estas muestras parciales generalmente

es reducido y que algunos países no disponen de datos sobre seroprevalencia del VIH sobre nuevos y jóvenes consumidores de droga por vía parenteral.

### Tendencias en la prevalencia de VIH

El aumento de las prevalencias de VIH en reiteradas muestras de consumidores por vía parenteral también puede indicar infecciones en curso, aunque los descensos de las tasas de mortalidad de los consumidores infectados y el descenso en las cifras de consumidores no infectados pueden constituir importantes elementos de confusión. La mayoría de series temporales disponibles para la UE muestra una prevalencia estable, lo cual sugiere que las cifras de consumidores por vía parenteral infectados que fallecen se compensan por el número de consumidores que se infectan con el virus del VIH. No obstante, en algunos estudios de series temporales se observan desde 2001 aumentos de prevalencia en distintas regiones de nueve países, aunque a menudo las tendencias estables o decrecientes registradas al mismo tiempo en otras regiones hacen que sea difícil detectar las tendencias generales. Este grupo de países incluye nuevamente Letonia (incremento nacional) y Lituania (aumento en una ciudad), pero también Austria (incremento nacional), el Reino Unido (aumento en Inglaterra y Gales,

<sup>(143)</sup> Véanse los cuadros INF-9 y INF-10 del boletín estadístico de 2007. El informe anual solamente recoge muestras con un tamaño de 50 o superior.



aunque se mantiene un nivel bajo), así como algunos países en los que la prevalencia sigue siendo muy baja (inferior al 1 %). En términos generales, estos aumentos locales o nacionales en la prevalencia de VIH sugieren que hay que evitar la complacencia en relación con la oferta de medidas de prevención a consumidores de droga por vía parenteral.

En cambio, se ha notificado una prevalencia decreciente en Grecia (tanto a escala nacional como en una región), España (tanto a escala nacional como en una región) y Finlandia (a escala nacional). Además, desde el año 2001 se indican tasas de prevalencia bajas y estables (inferiores al 1 % en todos los datos disponibles) en cuatro países, todos ellos nuevos Estados miembros: Bulgaria (Sofía, aunque la prevalencia está creciendo), Hungría (a escala nacional), Eslovenia (dos ciudades, aunque tendencia al alza) y Eslovaquia (dos ciudades).

En general, entre las más de noventa series temporales de mediciones continuas de prevalencia de VIH en muestras de consumidores por vía parenteral para 22 Estados miembros de la UE y Noruega durante el período 2001-2005, el número de regiones con tendencias a la baja es mayor que el de las que registran una tendencia al alza. Los datos sugieren que, especialmente en áreas donde la prevalencia ha sido elevada, las tasas de infección entre los consumidores por vía parenteral probablemente estén bajando en la actualidad y las políticas de prevención y reducción de daños estén surtiendo efecto <sup>(144)</sup>.

### Estimación para la UE

A partir de los registros de casos disponibles, la información sobre seroprevalencia y las estimaciones sobre cifras de consumidores por vía parenteral y consumidores problemáticos de drogas (véase el capítulo 6), se estima que en la UE podría haber de 100 000 a 200 000 personas con VIH que se han inyectado drogas en algún momento de su vida. Se estima que el número de casos de reciente diagnóstico de VIH entre consumidores de droga por vía parenteral en la UE se sitúa actualmente en alrededor de 3 500 al año.

### Incidencia del sida y acceso a la terapia HAART

Debido a que la terapia antirretroviral altamente activa (HAART), disponible desde 1996, previene de manera eficaz el desarrollo del sida en personas afectadas por el VIH, los datos sobre la incidencia del sida son cada vez menos útiles como indicador de la transmisión del VIH. La OMS estima que los niveles de cobertura de HAART son elevados en los Estados miembros de la UE, los países candidatos y en Noruega, y todos ellos indican una cobertura de al menos el 75 % <sup>(145)</sup>, aunque no hay datos específicos para consumidores por vía parenteral. Los datos sobre la incidencia del sida siguen siendo importantes, puesto que indican el nivel

de enfermedad sintomática, así como la introducción y la disponibilidad de la terapia HAART.

Portugal continúa siendo el país con la mayor incidencia de sida entre consumidores por vía parenteral. Con 36 nuevos casos estimados por millón de habitantes en 2005 frente a 30 casos por millón en 2004, este país es el único que ha registrado un incremento recientemente. Además, la mortalidad total por sida (que muy probablemente guarda una estrecha relación con el consumo de droga por vía parenteral) no ha disminuido entre 1997 y 2002, lo cual sugiere que el acceso a la terapia HAART puede haber sido insuficiente durante este período <sup>(146)</sup>. De los países bálticos, Letonia registra un descenso de la incidencia del sida, pasando de un nivel máximo de 26 nuevos casos por millón en 2004 a 23 nuevos casos por millón en 2005, mientras que, por su parte, Estonia no ha proporcionado datos específicos para consumidores por vía parenteral en 2005, aunque ha notificado un incremento entre 2003 y 2004 (de cuatro a trece casos por millón) <sup>(147)</sup>.

### Infecciones de hepatitis B y C

Mientras que la infección con el virus del VIH entre los consumidores por vía parenteral en la UE se concentra sobre todo en unos pocos países con niveles de prevalencia elevados, la hepatitis vírica, y particularmente la infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC), está mucho más uniformemente repartida y presenta una mayor prevalencia.

En 60 estudios de 17 países (seis países de los 28 no aportan datos) se indican niveles de anticuerpos de VHC por encima del 60 % en las muestras de consumidores de droga por vía parenteral analizadas entre 2004 y 2005 <sup>(148)</sup>. En estas muestras se constató una elevada prevalencia (más del 40 % al menos en una muestra) entre los consumidores jóvenes (menos de 25 años) en siete países. Entre los nuevos consumidores, para los cuales no se dispone de datos en muchos países, también se registró una elevada prevalencia en Polonia y en el Reino Unido <sup>(149)</sup>. Solo cinco países informaron sobre estudios con niveles de prevalencia inferiores al 25 %.

A partir de la información y las estimaciones disponibles sobre las cifras de consumidores por vía parenteral y consumidores problemáticos de drogas (véase el capítulo 6), puede calcularse que en la UE podría haber alrededor de un millón de personas con una infección de VHC que se han inyectado drogas en algún momento de su vida.

La prevalencia de los marcadores de infección de VHB es mucho más variable que la de los marcadores VHC, posiblemente debido a las diferencias en los niveles de vacunación. La serie de datos más completa es el relativo al anticuerpo contra el antígeno core de la hepatitis B (anti-HBc), que indica que ha habido infección. En el período

<sup>(144)</sup> Véanse los cuadros INF-8, INF-9 y INF-10 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(145)</sup> Véase el gráfico INF-14 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(146)</sup> Coordinación Nacional de Portugal para infección de VIH/sida, Ministerio de Sanidad, 2006.

<sup>(147)</sup> Véase el gráfico INF-1 del boletín estadístico de 2007. Los datos para los dos últimos años constituyen estimaciones ajustadas por el retraso en el suministro de la información y están por ello sujetas a correcciones en el tiempo (fuente: EuroHIV).

<sup>(148)</sup> Véanse los cuadros INF-11, INF-12 y INF-13 del boletín estadístico de 2007. El informe anual solamente recoge muestras con un tamaño de 50 o superior.

<sup>(149)</sup> Véase el gráfico INF-6 (parte vii) del boletín estadístico de 2007.

2004-2005, seis países indicaron tasas de prevalencia por encima del 40 %.

Las tendencias temporales en relación con los casos notificados de hepatitis B y C muestran panorámicas distintas. En el caso de la hepatitis B, la proporción de consumidores de droga por vía parenteral entre todos los casos notificados parece haber descendido de forma generalizada, lo cual posiblemente refleja el creciente impacto de los programas de vacunación. No se aprecia una tendencia general para la proporción de consumidores por vía parenteral entre los casos notificados de infección de hepatitis C <sup>(150)</sup>; sin embargo, esta proporción varía de forma importante en los distintos países, lo cual sugiere que existen diferencias en la transmisión de la hepatitis C. Comprender los factores responsables de las variaciones entre los países en relación con las tasas de infección puede ser importante de cara a diseñar mejores estrategias de prevención y reducción de daños en este ámbito.

## Prevención de las enfermedades infecciosas

Los últimos diez años han sido testigos del surgimiento de un consenso a escala de la UE sobre los elementos clave necesarios para responder de forma eficaz a las enfermedades infecciosas entre los consumidores de droga por vía parenteral. Las respuestas de prevención de múltiples componentes están bien establecidas en Europa y pueden incluir: acceso al tratamiento adecuado de la adicción, especialmente tratamiento de sustitución; programas de intercambio de agujas y jeringuillas; información y distribución de material de prevención; educación, incluyendo educación entre iguales, sobre cómo reducir riesgos; asesoramiento y controles voluntarios para enfermedades infecciosas; vacunación y tratamiento de enfermedades infecciosas.

Independientemente de la proporción de estos elementos en distintas políticas nacionales, la opinión unánime es que un programa de salud pública coordinado y completo resulta vital para reducir la propagación de enfermedades infecciosas entre los consumidores de droga.

Este año se ha publicado una nueva guía para atajar el problema de las infecciones por VIH no diagnosticadas (OMS/Onusida, 2007). Para fomentar la disposición a la realización voluntaria de análisis de detección del VIH se propone un enfoque más proactivo de los proveedores de atención sanitaria, según el cual éstos deberían recomendar la realización de pruebas del VIH y ofrecer asesoramiento, especialmente en instalaciones dirigidas a los colectivos de mayor riesgo, como por ejemplo consumidores de droga por vía parenteral. En el marco de su labor en este ámbito, el OEDT ha constatado que la oferta de controles médicos regulares voluntarios, incluyendo la realización de análisis de detección y el asesoramiento en relación con el VIH y otras infecciones, constituye un servicio particularmente

### La buena salud penitenciaria redundando en una buena salud pública

Entre los mayores retos con respecto a la salud pública de los últimos veinte años cabe citar: el resurgimiento de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, el aumento y la rápida proliferación del VIH/sida; y la aparentemente incontrolable pandemia del consumo problemático de drogas psicotrópicas. Estas condiciones afectan desproporcionadamente a los sectores más vulnerables de la población. Entre la población de presidiarios, en particular, son comunes los problemas con las drogas y se dan niveles de enfermedades infecciosas relativamente altos. Además, es frecuente que en prisión se sigan consumiendo drogas o, en ocasiones, se inicia el consumo en este entorno; donde no es extraño que se practiquen comportamientos de alto riesgo. En las prisiones, por tanto, existe un gran potencial de contraer una enfermedad grave que ponga en riesgo la vida. No obstante, también pueden brindar la oportunidad de llegar a un grupo objetivo particularmente importante.

Con escasas excepciones [Francia, Reino Unido (Inglaterra y Gales), Noruega] la salud en los centros penitenciarios por lo general no se considera parte del sistema de salud, sino del sistema judicial o de seguridad. Ello provoca un aislamiento de la salud en centros penitenciarios con respecto a las estrategias generales de salud pública, lo que pone en riesgo la independencia, la calidad, la accesibilidad y el nivel de los servicios de salud ofrecidos.

El mal estado de salud de la población penitenciaria puede influir en la salud pública, cuando los consumidores de droga son excarcelados y reanudan el contacto con su familia y otras personas. Por este motivo, la detección de enfermedades transmisibles graves como el VIH y la tuberculosis, acompañada del tratamiento adecuado y medidas de reducción de daños puede influir de manera significativa en el estado de salud de las comunidades de las que proceden y a las que volverán los reclusos. Para los drogodependientes, los programas de tratamiento en prisión pueden suponer una oportunidad, no solo para mejorar su salud, sino también para reducir las probabilidades de que vuelvan a cometer delitos.

Con el fin de ampliar nuestros conocimientos sobre la situación de la salud en centros penitenciarios y sobre las respuestas específicas, la Comisión Europea apoya en el marco del programa de salud pública el proyecto «Salud en las prisiones» de la Oficina regional de la OMS para Europa, con vistas a establecer una base de datos para compilar indicadores relevantes de la salud en prisiones y otros factores determinantes de la salud. El OEDT participa en el desarrollo conjunto de la base de datos en colaboración con la OMS/Europa y la *European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison* [Red europea para la prevención de las drogas y las infecciones en prisión] (ENDIPP) <sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup> <http://data.euro.who.int/hip/>

apropiado para los consumidores de droga por vía parenteral.

La vacunación desempeña un papel importante para prevenir la hepatitis A y B. Algunos países proporcionan vacunas

<sup>(150)</sup> Véanse los cuadros INF-8 y INF-11 del boletín estadístico de 2007.

contra la hepatitis B para la población general, mientras que otros se centran en los colectivos que se considera que están expuestos a un riesgo particular. En Noruega, las vacunaciones contra la hepatitis A y B se intensificaron después de que brotes epidémicos de estas infecciones hepáticas mostraran que el consumo de droga por vía parenteral se había extendido a municipios más pequeños.

La alta prevalencia de la infección de la hepatitis C entre los consumidores de droga por vía parenteral muestra claramente la necesidad de desarrollar respuestas más eficaces ante esta enfermedad, para la que la vacunación no constituye una opción. Una serie de países cuenta con programas específicos dirigidos a la prevención de la hepatitis C. Además, se han desarrollado algunos enfoques interesantes en este ámbito, por ejemplo la campaña «stop hepC», realizada en Oslo desde 2003, que pretende llegar a los consumidores de droga antes de que empiecen a inyectarse la droga o cuando aún se están iniciando en esta práctica.

Los servicios de tratamiento de la drogodependencia y de reducción de daños también tienen que desarrollar respuestas ante los riesgos planteados por el comportamiento sexual de sus pacientes. Además del consumo de droga por vía parenteral, los consumidores también pueden estar expuestos a un riesgo elevado de infección de VIH a raíz de su comportamiento sexual, ya sea por una capacidad reducida de toma de decisiones, la asociación de algunas drogas con comportamientos sexuales de alto riesgo o por su participación en trabajo sexual o en intercambios de sexo por drogas. Las mujeres consumidoras de droga pueden ser particularmente vulnerables, aunque también preocupa la interacción entre el consumo de droga y el comportamiento sexual de alto riesgo entre algunos grupos de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Además del VIH, los consumidores de droga pueden tener un mayor riesgo de adquirir otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), y los servicios de tratamiento de la adicción a las drogas podrían desempeñar un papel importante a la hora de diagnosticar ETS no detectadas. Por ejemplo, un estudio maltés reciente informó sobre infecciones no detectadas del virus del papiloma humano entre mujeres sometidas a revisión en una unidad de tratamiento ambulatorio.

### Programas de intercambio de agujas y jeringuillas

La integración de programas de intercambio o distribución de agujas y jeringuillas dentro de los servicios prestados por agencias especializadas en materia de drogas y la oferta combinada de asesoramiento sobre riesgos y servicios de consulta, así como derivación de consumidores de droga a tratamiento, constituyen prestaciones habituales en la UE. Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas se identificaron como una medida prioritaria para luchar contra la propagación de enfermedades infecciosas entre los consumidores de droga por vía parenteral en tres de cada cuatro países de la UE y Noruega <sup>(151)</sup>. El suministro de

agujas y jeringuillas limpias constituye una práctica declarada por todos los países excepto en Chipre, donde un grupo de expertos recomendó esta medida en 2006 para frenar un posible incremento de las infecciones relacionadas con el consumo de droga por vía parenteral. La distribución de otros materiales estériles, como por ejemplo toallitas de alcohol o toallas limpiadoras secas, agua, filtros y cocinadores, además de las jeringuillas limpias se está convirtiendo en un enfoque generalizado entre los proveedores de servicio. Si bien la distribución de material de inyección estéril a través de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas ya no se concibe como un tema controvertido, no todos los países dan prioridad a este tipo de programas, y algunos de ellos consideran que el hecho de vender dicho material en las farmacias ya es más que suficiente.

La naturaleza y el alcance de la provisión de material de inyección estéril varían de un país a otro. En general, los puntos de distribución de jeringuillas están ubicados en agencias especializadas en materia de drogas, y en todos los países excepto en tres este tipo de suministro queda complementado por servicios móviles que pueden llegar a grupos de consumidores de droga por vía parenteral que se encuentran en barrios marginados. Las máquinas expendedoras de jeringuillas complementan las prestaciones disponibles de los programas de agujas y jeringuillas en diez países <sup>(152)</sup>, pero los datos sobre las ventas son escasos y falta investigación sobre el grado de efectividad de este tipo de provisión. Al igual que España y Alemania, Luxemburgo ofrece ahora también el intercambio de agujas y jeringuillas en los centros penitenciarios, aunque hay que admitir que en Alemania este servicio se limita a una sola prisión en Berlín.

La amplia cobertura de farmacias en las comunidades significa que los programas de intercambio de jeringuillas operados a través de las farmacias pueden mejorar considerablemente la disponibilidad geográfica de las jeringuillas y, con ello, complementar los servicios prestados por las agencias especializadas. Por ejemplo, en el año 2004 se distribuyeron en Escocia 1,7 millones de jeringuillas a través de una red de 116 farmacias que participaban en la iniciativa, y en Portugal más de 1 300 farmacias tomaron parte en el programa y distribuyeron 1,4 millones de jeringuillas <sup>(153)</sup>. En ocho países europeos (Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Países Bajos, Portugal, Eslovenia y Reino Unido) existen redes formalmente organizadas de distribución o intercambio de jeringuillas en las farmacias.

En los países donde las farmacias representan para los consumidores de droga una fuente donde obtener su material de inyección, estas podrían desempeñar un papel más importante ofreciendo a los consumidores de droga otras medidas sanitarias, incluyendo la divulgación de información sobre riesgos de enfermedades infecciosas relacionados con el comportamiento sexual y el consumo de droga por vía parenteral, servicios de realización de análisis de detección y asesoramiento, y derivación a tratamiento. Actualmente solo Francia, Portugal y el Reino Unido afirman

<sup>(151)</sup> Véase el gráfico 11 del Informe anual de 2006.

<sup>(152)</sup> Véase el cuadro HSR-2 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(153)</sup> Véase el cuadro HSR-4 del boletín estadístico de 2007.

que se están esforzando para motivar a los farmacéuticos a participar en los programas de intercambio de jeringuillas y a apoyar a los que ya participan.

La cobertura geográfica de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas y el suministro de material de inyección a través de dichos programas varía enormemente de un país a otro. Sin embargo, un número cada vez mayor de países cuenta con redes nacionales de intercambio de agujas y jeringuillas. Entre los países que indican una buena cobertura nacional de los programas de intercambio se cuentan: Luxemburgo y Malta, dos países pequeños; Italia, donde los programas de intercambio de agujas y jeringuillas se aplican habitualmente o con frecuencia en alrededor del 70 % de los distritos sanitarios locales; la República Checa, donde están disponibles en todos los 77 distritos y en Praga, la capital; y Finlandia, donde la legislación obliga a los municipios a proporcionar los servicios pertinentes para prevenir enfermedades infecciosas, incluyendo programas de intercambio de agujas y jeringuillas. Portugal estima que sus programas de intercambio de agujas y jeringuillas a través de las farmacias y de equipos de proximidad cubren alrededor del 50 % del territorio, y en Dinamarca, 10 de los 13 distritos tienen programas de intercambio de agujas y jeringuillas. Todas las ciudades austriacas con un panorama significativo de consumo de drogas por vía parenteral tienen al menos un punto de distribución de agujas y jeringuillas, y en Bulgaria hay servicios disponibles en diez ciudades con tasas relativamente elevadas de consumo problemático de droga. En Estonia se estimaba en 2005 que el 37 % de los consumidores por vía parenteral estaba en contacto con programas de intercambio de agujas y jeringuillas, mientras que en Eslovaquia y Rumanía se estimaba que la cobertura de los grupos objetivo era considerablemente más baja (20 % y 10-15 %, respectivamente).

Entre 2003 y 2005, varios países (Bulgaria, República Checa, Estonia, Hungría, Austria, Eslovaquia y Finlandia) informaron de incrementos en la cifra total de jeringuillas intercambiadas o distribuidas a través de programas de intercambio de agujas y jeringuillas <sup>(154)</sup>.

Las agencias especializadas que ofrecen programas de intercambio de agujas y jeringuillas pueden desempeñar otros papeles importantes en materia de salud pública, como son, por ejemplo, evaluar y sensibilizar a los pacientes en relación con los comportamientos de riesgo, motivándoles a participar en análisis de detección y vacunarse, así como ofrecer la posibilidad de ponerles en contacto con los servicios de atención sanitaria primaria y tratamiento de la adicción a la droga. Aunque no queda claro hasta qué punto estas agencias suministran estos servicios, la necesidad de desarrollar este tipo de prestación queda subrayada por las conclusiones extraídas a partir de una

auditoría nacional recientemente realizada en Inglaterra. Este informe de auditoría constató que los niveles de concienciación sobre enfermedades infecciosas entre los pacientes eran relativamente bajos, y que las agencias podrían adoptar un enfoque más proactivo a la hora de ofrecer asesoramiento, análisis de detección y vacunaciones.

## Muertes relacionadas con las drogas y mortalidad

### Muertes relacionadas con las drogas

La definición del OEDT de muertes relacionadas con las drogas hace referencia a las muertes causadas directamente por el consumo de una o más drogas. En general, las muertes relacionadas con las drogas se producen poco después de consumir la sustancia o las sustancias. Otros términos utilizados para describir este tipo de muertes son «sobredosis», «envenenamientos», «muertes inducidas por drogas» y «muertes súbitas por consumo de drogas» <sup>(155)</sup>. El número de muertes relacionadas con las drogas dentro de una comunidad dependerá del número de personas que consuman drogas asociadas con sobredosis (particularmente opiáceos). Otros factores que también revisten importancia son la proporción de consumidores por vía parenteral, la prevalencia del policonsumo, la oferta y las políticas en materia de servicios de tratamiento y servicios de emergencia.

Aunque la comparabilidad de los datos europeos ha mejorado en los últimos años, las diferencias en la calidad de los informes entre los países continúan implicando que las comparaciones directas deberían realizarse con prudencia. El alcance de las muertes relacionadas con las drogas puede expresarse en términos de número de casos notificados, mediante índices de población o por mortalidad proporcional. Aunque los países presentan diferencias en la calidad de los informes, si los métodos no cambian a lo largo del tiempo pueden observarse tendencias en las cifras y las características de los casos de sobredosis.

Entre los años 1990 y 2004, los Estados miembros de la UE informaron de entre 6 500 y 9 000 muertes anuales, con un total de más de 122 000 muertes durante este período. Estas cifras deberían considerarse una estimación a la baja <sup>(156)</sup>.

Las tasas de mortalidad de la población debidas a muertes relacionadas con las drogas son muy diversas en los distintos países europeos y oscilan entre 3-5 <sup>(157)</sup> y 50 muertes por millón de habitantes (una media de 18,3), con índices de más de 20 por millón registrados en 11 países europeos. Entre la población masculina de 15 a 39 años de edad, las tasas de mortalidad suelen ser tres veces mayores (con una media de 61 muertes por millón de habitantes). En

<sup>(154)</sup> Véase el cuadro HSR-3 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(155)</sup> Casi todos los países disponen de definiciones nacionales, que actualmente son idénticas o relativamente parecidas a las del OEDT, aunque algunos países incluyen casos de muertes debidas a medicamentos psicoactivos o muertes no producidas por sobredosis, por lo general en un porcentaje limitado (véanse las notas metodológicas del boletín estadístico de 2007 «Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues» [Resumen de las muertes relacionadas con las drogas: definiciones y cuestiones metodológicas, y «DRD Standard Protocol, version 3.1» [Protocolo Estándar DRD, versión 3.1]].

<sup>(156)</sup> Véanse los cuadros DRD-2 (parte i), DRD-3 y DRD-4 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(157)</sup> En Francia, el índice era de 0,9 por millón en 2005, lo cual podría significar que no se notificaron todos los casos, aunque cabe decir que dicho índice era diez veces superior en 1994, cuando las muertes por sobredosis empezaron a descender.

el bienio 2004-2005, las muertes relacionadas con las drogas representaron un 4 % del total de muertes entre los ciudadanos europeos de 15 a 39 años, y más de un 7 % en nueve países <sup>(158)</sup>.

Además de por sobredosis, los consumidores de droga fallecen por causas relacionadas indirectamente con el consumo de droga. Por ejemplo, las muertes por sida relacionadas con el consumo de droga por vía parenteral ascendieron a casi 1 400 en el año 2003 (EuroHIV, 2006) <sup>(159)</sup>, aunque esta cifra es posiblemente una estimación a la baja. El número de muertes por otras causas indirectamente relacionadas con el consumo de droga (por ejemplo, hepatitis, violencia, suicidio o accidentes) resulta más difícil de evaluar. Se estima que, al menos en algunas ciudades europeas, entre el 10 % y el 20 % de las muertes de adultos jóvenes se puede atribuir directa o indirectamente al consumo de opiáceos (Bargagli *et al.*, 2006) (véase más adelante). La mortalidad relacionada con otros tipos de drogas (por ejemplo, cocaína) debería añadirse a esta cifra, pero resulta más difícil de cuantificar este porcentaje.

Para determinar el nivel de mortalidad total provocado por el consumo problemático de drogas a escala nacional

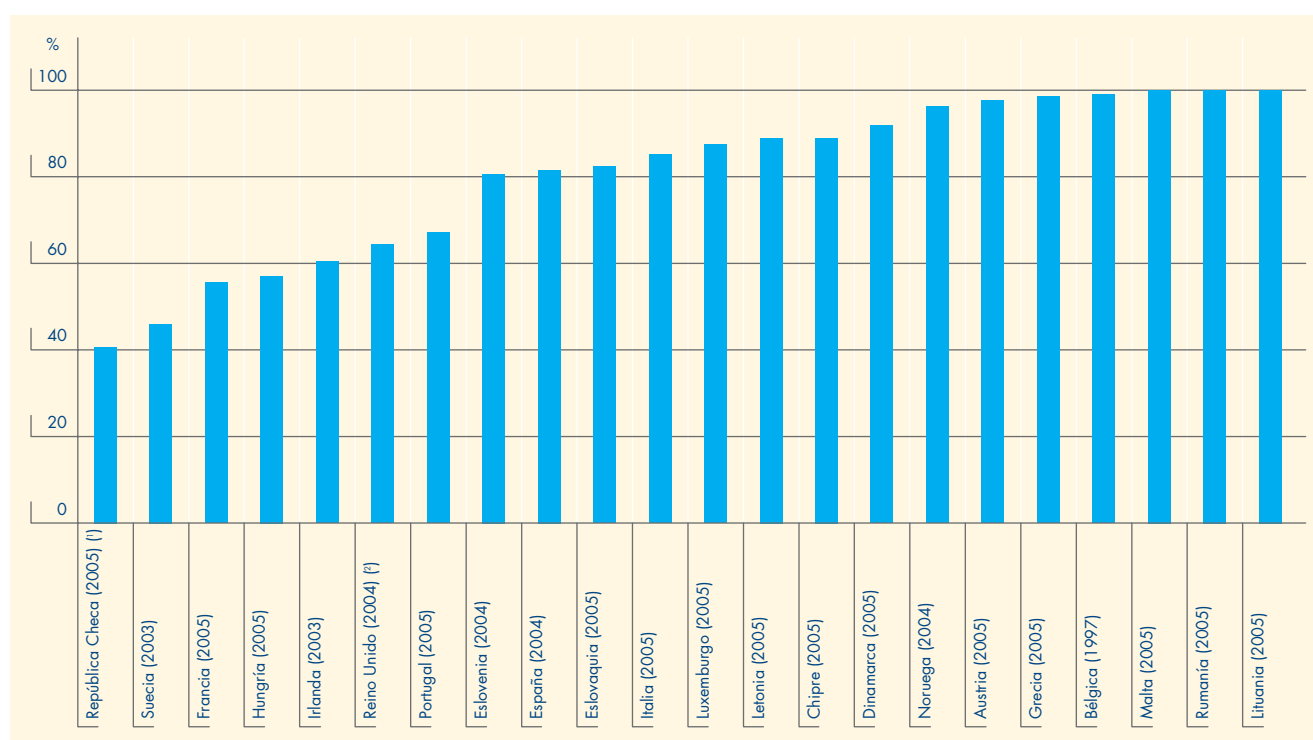
y europea se requerirán avances en los ámbitos de recopilación y análisis de datos. En el informe nacional de los Países Bajos se menciona un ejercicio a escala nacional a fin de lograr este objetivo. Extrapolando datos de un estudio local se estimó el índice de mortalidad provocado, directa o indirectamente, por el consumo problemático de drogas, teniendo en cuenta diferencias regionales. Aunque se requiere un mayor trabajo metodológico, este tipo de estudio, además de medir el alcance de las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de droga, puede permitir superar el hecho de que posiblemente no se notifiquen todas las muertes por sobredosis.

### Muertes súbitas relacionadas con los opiáceos

#### Muertes por heroína <sup>(160)</sup>

En Europa, la sobredosis por opiáceos es una de las causas principales de muerte entre los jóvenes, en especial entre la población masculina en las zonas urbanas. Los opiáceos, principalmente la heroína o sus metabolitos, están presentes en la mayoría de casos de muertes súbitas por consumo de drogas causadas por sustancias ilegales que se registran en la UE, y representan del 46 % al 100 % de los casos (gráfico 12). En Europa la mayoría de muertes

**Gráfico 12:** Proporción de muertes súbitas por consumo de drogas que muestran la presencia de opiáceos



(†) Para la República Checa se utilizó, en lugar de la definición nacional, la definición de muertes súbitas por consumo de drogas del OEDT según la Selección D. La definición nacional incluye el envenenamiento por medicamentos psicoactivos, el cual es responsable de la mayoría de los casos (156 casos de un total de 218).

(‡) Definición de la Office of National Statistics.

N.B.: En algunos países, las «definiciones nacionales» de muertes relacionadas con las drogas incluyen un número limitado de casos de muerte indirectamente relacionados con el consumo de drogas.

Datos relativos a 2005 o al último año del que se disponen datos. Para más información, véase el cuadro DRD-1 en el boletín estadístico de 2007.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2006), extraídos de los registros de mortalidad general o registros especiales.

<sup>(158)</sup> Véase el cuadro DRD-5 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(159)</sup> Adviértase que la cifra se refiere a las zonas occidental y central de la región europea de la OMS, que incluyen algunos países no miembros de la UE, y el total de muertes en Estonia, Letonia y Lituania (zona oriental).

<sup>(160)</sup> La mayoría de casos notificados al OEDT son sobredosis por opiáceos. Por lo tanto, las características generales de las muertes agudas relacionadas con las drogas se utilizan para la descripción de los casos de opiáceos.

por consumo de opiáceos está relacionada con la heroína, pero a menudo se identifican también otras sustancias posiblemente responsables, concretamente el alcohol, las benzodiazepinas u otros opiáceos y, en algunos países, la cocaína. Una recopilación de datos voluntaria sobre sustancias que implicadas en las muertes por consumo de droga en la que participaron nueve países en el año 2006 <sup>(161)</sup> ha confirmado que en el caso de las sobredosis por opiáceos habitualmente se menciona más de una droga (60 %-90 % de los casos) y que podrían considerarse «muertes por policonsumo».

Los hombres representan la mayoría de muertes por sobredosis de opiáceos (59 %-100 %); las mayores proporciones de muertes de mujeres se localizan en la República Checa, Polonia y Eslovaquia, y las más bajas en Italia, Lituania y Luxemburgo. La mayoría de fallecimientos por sobredosis corresponden a personas de entre 20 y 40 años de edad, con una media de unos 35 años en la mayor parte de países <sup>(162)</sup>. La edad media más baja de este tipo de muertes por sobredosis se registra en Bulgaria, Estonia, Letonia y Rumanía, y la más alta en Polonia, Finlandia y el Reino Unido. Se declaran muy pocas muertes por sobredosis entre personas menores de 15 años, aunque es posible que no se hayan notificado todos los casos en este grupo de edad. Aunque se registran algunas muertes relacionadas con las drogas entre la población de más de 65 años, solo siete países indican porcentajes superiores al 5 % en relación con este grupo de edad. En varios de los Estados miembros que se incorporaron a la UE desde 2004, la media de edad comparativamente baja y la elevada proporción de sobredosis mortales entre personas menores de 25 años podrían indicar una población consumidora de heroína más joven en estos países <sup>(163)</sup>.

En muchos Estados miembros, la edad de las víctimas por sobredosis está aumentando, lo que sugiere un descenso en la incidencia de consumo de heroína entre los jóvenes. Esta tendencia es común entre los Estados miembros de la Europa de los Quince, aunque en los últimos años se han observado descensos en Austria y Luxemburgo. En el resto de Estados miembros la tendencia es menos clara, y las bajas cifras de casos dificultan la interpretación de los porcentajes <sup>(164)</sup>.

#### *Muertes por metadona y buprenorfina*

A pesar de que los estudios indican que el tratamiento de sustitución reduce el riesgo de muerte por sobredosis, cada año se notifican algunas muertes relacionadas con el uso indebido de drogas de sustitución. Realizar un seguimiento del total de muertes relacionadas con la metadona y la buprenorfina y las circunstancias que rodean la muerte puede aportar información importante para asegurar la calidad de los programas de sustitución y configurar las iniciativas de prevención y reducción de daños.

Varios países han señalado la presencia de metadona en un porcentaje importante de muertes relacionadas con

las drogas, aunque no siempre queda claro el papel que desempeña la metadona en la muerte y podrían intervenir también otras sustancias. Dinamarca ha informado de que la metadona (por sí sola o combinada con otras sustancias) fue la causa del envenenamiento en el 43 % de las muertes relacionadas con la droga (89 casos de un total de 206 en 2005); Alemania ha declarado que 255 casos (de un total de 1 477) son imputables en 2005 a «sustancias de sustitución» (75, sustancia sola, y 180, en combinación con otros narcóticos), en comparación con 345 casos en 2004; el Reino Unido ha informado de 280 casos (de un total de 1 972, definición de estrategia antidroga) con «mención» de metadona (2004); y, en Noruega, 55 autopsias revelaron restos de metadona. España ha señalado (informes nacionales Reitox, 2005) que se han registrado pocos casos de muerte por sobredosis con la metadona como única sustancia (un 2 % del total), pero que a menudo está presente en combinación con otras sustancias en las muertes causadas por opiáceos (42 %) y cocaína (20 %). En otros países no se han registrado muertes causadas por la metadona o bien las cifras mencionadas son ínfimas.

Las muertes por envenenamiento de buprenorfina son poco frecuentes, lo cual se atribuye a las características farmacológicas agonista-antagonista de esta droga. No obstante, algunos países europeos han informado de defunciones causadas por esta sustancia. En los informes nacionales de 2006 y 2005, únicamente Francia y Finlandia registraron casos de muertes relacionadas con la buprenorfina. En Finlandia se detectó buprenorfina en 83 casos en 2005 (73 en 2004), generalmente combinada con benzodiazepinas, sedantes y alcohol, o consumida por vía parenteral. En Francia se notificaron en 2005 solo dos muertes por sobredosis relacionadas con la buprenorfina (cuatro en 2004). La buprenorfina es la principal droga de sustitución para opiáceos en estos dos países, pero la cifra estimada de 70 000 a 85 000 personas que reciben la sustancia en Francia es muy superior al número de pacientes tratados en Finlandia. Además de Francia y Finlandia, otros tres países registraron en 2004 muertes en las que se mencionaba la buprenorfina (dos o tres en cada caso). Un estudio realizado en el Reino Unido entre 1980 y 2002 que buscaba de forma exhaustiva muertes en las que había mención de buprenorfina detectó solamente 43 casos, a menudo en combinación con benzodiazepinas u otros opiáceos (Schifano *et al.*, 2005).

#### **Muertes súbitas relacionadas con sustancias distintas de los opiáceos**

##### *Muertes relacionadas con el éxtasis y las anfetaminas*

Son poco frecuentes las muertes en las que se menciona el éxtasis, pero estas causaron una preocupación considerable cuando se empezaron a notificar casos hace algunos años, puesto que a menudo ocurren de forma inesperada entre jóvenes integrados en la sociedad. La limitada información disponible en los informes nacionales para 2006 de la red

<sup>(161)</sup> República Checa, Dinamarca, Alemania, Letonia, Malta, Países Bajos, Austria, Portugal y Reino Unido.

<sup>(162)</sup> Véase el cuadro DRD-1 (parte i) del boletín estadístico de 2007.

<sup>(164)</sup> Véase el gráfico DRD-2 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(164)</sup> Véanse los gráficos DRD-3 y DRD-4 del boletín estadístico de 2007.

Reitox sugiere que las muertes por éxtasis se mantienen a niveles similares a las notificadas en años anteriores. En Europa, existen 78 casos de muertes registradas que están relacionados con el éxtasis <sup>(165)</sup>.

Las muertes por anfetaminas tampoco son frecuentes, aunque se informó de 16 muertes atribuidas al pervitín (metanfetamina) en la República Checa en 2004 y de 14 en 2005. Estos resultados se corresponden con el aumento del número estimado de consumidores problemáticos de pervitín y las solicitudes de tratamiento. En Finlandia se notificaron 65 muertes relacionadas con las anfetaminas, aunque no se especificaba el papel de esta droga en dichos fallecimientos.

#### Muertes relacionadas con la cocaína

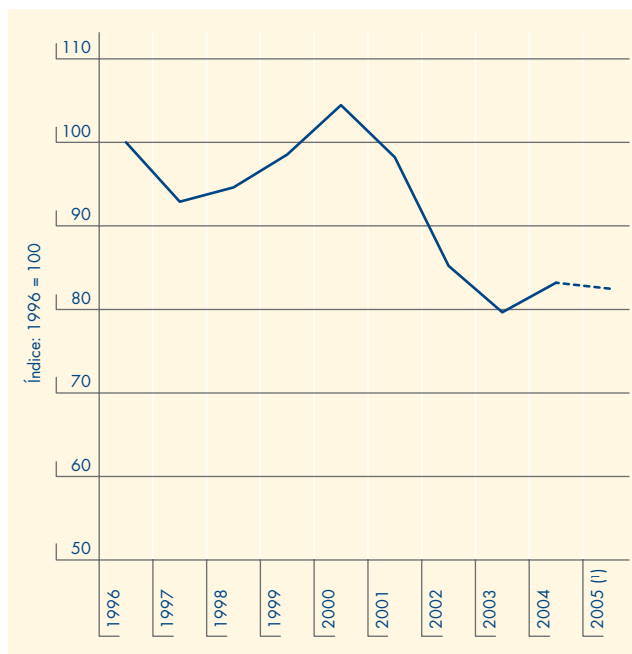
Las muertes por sobredosis provocadas por la cocaína resultan más difíciles de identificar que las causadas por los opiáceos, y a menudo se consideran el resultado de una combinación de causas, más que producto de la toxicidad de la cocaína de por sí <sup>(166)</sup>. En varios estudios se ha observado que la mayoría de las muertes por cocaína están relacionadas con el consumo crónico de esta droga y a menudo son el resultado de problemas cardiovasculares y neurológicos resultantes del consumo de cocaína durante mucho tiempo, particularmente en consumidores con predisposición o factores de riesgo. En Europa las notificaciones de muertes por cocaína normalmente también mencionan la presencia de otras sustancias (incluyendo alcohol y opiáceos), lo cual refleja un consumo de cocaína en combinación con otras drogas.

Entre los países que facilitaron información, se registraron más de 400 muertes por cocaína en los informes nacionales tanto de 2006 como de 2005. Existe una clara necesidad de investigar más sobre las consecuencias para la salud y los índices de mortalidad relacionados con el consumo de cocaína.

#### Tendencias de las muertes por intoxicación aguda con drogas

Las tendencias nacionales de muertes relacionadas con las drogas pueden dar una idea tanto del desarrollo de las pautas de consumo problemático de drogas en cada país como de las evoluciones relativas a las respuestas. La información disponible sobre la UE muestra algunas tendencias generales con respecto a las muertes relacionadas con las drogas. Desde una perspectiva a largo plazo, la Europa de los Quince y Noruega registraron un fuerte incremento en las muertes provocadas por el consumo de drogas durante la década de los años ochenta y principios de los años noventa, quizás coincidiendo con la expansión del consumo de heroína y el consumo por vía parenteral de esta droga <sup>(167)</sup>. Las muertes por consumo de drogas continuaron aumentando entre 1990 y 2000, aunque de una forma menos destacada.

**Gráfico 13:** Tendencia general de las muertes súbitas por consumo de drogas, 1996-2005, para todos los Estados miembros con datos disponibles



(1) La cifra relativa a 2005 es provisional y se basa en una comparación entre los datos de 2004 y 2005 solamente en el caso de los países que facilitaron datos de ambos años.

N.B.: El cambio indexado se calcula sobre la base de los países que aportaron información para el año indicado y el anterior. Para consultar el número de muertes en cada país y las notas metodológicas, véase el cuadro DRD-2 del boletín estadístico de 2007.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2006), extraídos de los registros de mortalidad general o registros especiales (forenses o policiales).

Desde el año 2000, un nutrido número de países de la UE ha informado de un descenso en el número de muertes relacionadas con las drogas, posiblemente debido al aumento de la disponibilidad de tratamientos e iniciativas de reducción de daños, aunque una posible reducción de la prevalencia del consumo por vía parenteral o de la disponibilidad de la heroína también podría ser relevante. A escala europea, las muertes causadas por drogas disminuyeron en un 6 % en 2001, un 14 % en 2002 y un 5 % en 2003 (gráfico 13). Sin embargo, los informes para 2004 y los datos provisionales para 2005 indican que el descenso en las muertes relacionadas con las drogas no ha continuado después de 2003.

En los informes sobre muertes relacionadas con las drogas ha empezado a emerger en algunos países una tendencia preocupante. Después de niveles máximos destacados de las muertes por drogas entre 1999 y 2001, seguidos de un claro descenso durante dos o tres años, se ha observado un aumento en el número de muertes notificadas en los años 2004 y 2005 <sup>(168)</sup>. Esta pauta generalmente describe las tendencias en materia de muertes relacionadas con las

<sup>(165)</sup> Según el país, las cifras corresponden al año 2004 o 2005, para el éxtasis y la cocaína.

<sup>(166)</sup> Véase la cuestión particular de 2007 sobre cocaína para un informe más detallado sobre las muertes relacionadas con esta droga.

<sup>(167)</sup> Véase el gráfico DRD-8 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(168)</sup> Véase el cuadro DRD-2 del boletín estadístico de 2007.

drogas observadas durante los últimos años en Irlanda, Grecia, Portugal, Finlandia y Noruega y, en menor medida, las observadas en los Países Bajos, Austria y el Reino Unido. En Italia, después de varios años de cifras menguantes en el ámbito de las muertes relacionadas por las drogas, se ha registrado un cierto aumento en los últimos dos años <sup>(169)</sup>. Se han sugerido varias posibles causas que podrían ser responsables de este reciente crecimiento, entre las cuales se cuentan el policonsumo por parte de los consumidores de opiáceos o un posible aumento de la disponibilidad de la heroína.

Existe una marcada discrepancia en cuanto a las muertes relacionadas con las drogas entre los Estados miembros de la Europa de los Quince y los Estados que se han incorporado a la UE desde 2004. En los antiguos Estados miembros se ha registrado una reducción general desde 1996, muy marcada entre los años 2000 y 2002, lo cual sugiere un descenso a largo plazo de la cifra de jóvenes consumidores de opiáceos por vía parenteral. Sin embargo, las tendencias recientes son heterogéneas en estos países. En los nuevos Estados miembros se observó un pronunciado aumento hasta 2002, seguido sin embargo por una tendencia a la baja en el bienio 2003-2004.

Se han constatado incrementos en la proporción de muertes relacionadas con las drogas entre los consumidores menores de 30 años en Grecia y menores de 25 años en Estonia, Luxemburgo y Austria, y en menor medida en Letonia y los Países Bajos, aunque en la mayoría de países los jóvenes consumidores de drogas suponen una proporción cada vez menor en las muertes por sobredosis <sup>(170)</sup>.

También se registran diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las tendencias de muertes relacionadas con las drogas <sup>(171)</sup>. Para más detalles, véase la cuestión particular de 2006 sobre género y consumo de drogas.

### Mortalidad general entre consumidores problemáticos

La información sobre la mortalidad general (causada directa o indirectamente por las drogas) entre los consumidores problemáticos hace referencia principalmente a los consumidores de opiáceos, mientras que por regla general se carece de información sobre la mortalidad en relación con otras formas de consumo de droga. No obstante, esta será cada vez más importante en el ámbito de la salud pública, por ejemplo en relación con los consumidores regulares de cocaína que, sin embargo, están socialmente integrados.

Los estudios de investigación realizados entre consumidores de opiáceos en varios entornos europeos han constatado que la mortalidad dentro de este grupo es elevada en comparación con la población general. Un estudio realizado en colaboración con otras entidades, que se originó como parte de un proyecto del OEDT, reveló que los consumidores de opiáceos que recibían tratamiento en ocho lugares de Europa presentaban una tasa de mortalidad muy elevada

comparado con el correspondiente grupo de edad de la población general (véase OEDT, 2006). Un estudio sobre la mortalidad de cohortes llevado a cabo en la República Checa revela que la tasa de mortalidad estandarizada entre los consumidores de estimulantes era de 4 a 6 veces superior que entre la población general, mientras que, en el caso de los consumidores de opiáceos, era de 9 a 12 veces superior (Informes nacionales de la red Reitox, 2005). Un estudio de cohorte francés que realizó un seguimiento de personas detenidas por consumo de heroína, cocaína o *crack* indica que la tasa de mortalidad masculina es 5 veces superior y la femenina 9,5 veces superior que la de la población general, aunque presenta una tendencia a la baja (Informes nacionales de la red Reitox, 2005). Se espera obtener más información sobre mortalidad entre consumidores de droga a partir de estudios de cohortes actualmente en curso en varios países europeos (Bulgaria, España, Malta, Austria, Polonia, Rumanía, Suecia, Reino Unido y Noruega).

Estudios recientes de los Países Bajos y Noruega no hallaron relación alguna entre la edad y el riesgo de muerte por sobredosis (Cruts *et al.*, en prensa; Ødegård *et al.*, 2006, citado en el informe nacional noruego); sin embargo, a medida que los consumidores de opiáceos envejecen, va aumentando la tasa de mortalidad debida a condiciones crónicas que se suma progresivamente a la mortalidad provocada por causas externas tales como el suicidio y la violencia. Las malas condiciones de vida de los consumidores, así como los problemas de salud mental pueden contribuir de forma importante a la elevada mortalidad dentro de este grupo.

El suicidio se identifica como una de las causas de muerte por sobredosis en algunos estudios realizados entre consumidores de droga. Los suicidios conocidos, sumados a las muertes en circunstancias indeterminadas, constituían en 2005 el 30 % del total de muertes relacionadas con las drogas notificadas en Escocia. En 2003, el 13 % de las muertes por consumo de drogas fueron suicidios (Scottish Executive, 2005). Cabe suponer que el consumo abusivo de sustancias contribuye de varias formas a los comportamientos suicidas: factores de riesgo comunes, el abuso de sustancias entre personas propensas a los comportamientos de alto riesgo.

### Reducción de las muertes relacionadas con las drogas

La atención que se presta a las medidas de prevención de sobredosis ha crecido en reconocimiento a la importancia relativa de las sobredosis como cuestión de salud pública. Si bien un firme compromiso con los tratamientos y otros servicios pueden reducir las muertes relacionadas con las drogas, aún existe un potencial considerable para desarrollar intervenciones dirigidas específicamente a los riesgos de sobredosis y, en general, Europa carece de un enfoque preventivo completo en este ámbito.

<sup>(169)</sup> Véase el gráfico DRD-11 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(170)</sup> Véase el gráfico DRD-9 del boletín estadístico de 2007.

<sup>(171)</sup> Véase el gráfico DRD-6 del boletín estadístico de 2007.



### Comorbilidad y el proyecto Isadora

Los trastornos psiquiátricos suelen ir asociados a un consumo de drogas problemático. Si bien no se ha llevado a cabo una recopilación sistemática de información sobre comorbilidad a escala europea, los resultados de las investigaciones a escala local realizadas en varios países europeos sugieren que entre el 30 % y el 90 % de los clientes en tratamiento de la drogodependencia podrían presentar una comorbilidad psiquiátrica. Entre los trastornos diagnosticados con mayor frecuencia entre los drogodependientes se incluyen trastornos de la personalidad, depresión, personalidad antisocial, ansiedad, cambios de humor y trastornos de la alimentación. También se mencionan la esquizofrenia y las tendencias suicidas. Según los informes, la comorbilidad es el trastorno más común entre los consumidores de heroína, especialmente en aquellos que consumen la droga ya desde hace mucho tiempo y han interrumpido en varias ocasiones el tratamiento con metadona y cuyas condiciones sociales y de vida se han visto deterioradas. De igual modo, la drogodependencia es frecuente entre personas con una enfermedad mental grave.

El proyecto europeo Isadora (*«Integrated services aimed at dual diagnosis and optimal recovery from addiction»*) [Servicios integrados dirigidos al diagnóstico dual y a una desintoxicación óptima] fue concluido en 2005 tras un período de investigación de tres años (!). En el proyecto, cuyo fin era identificar los principales factores de riesgo a nivel institucional e individual para desarrollar comorbilidad, participaron siete centros de toda Europa y 352 pacientes en condiciones psiquiátricas graves. Según los resultados, la mala elaboración de pronósticos y los caóticos procedimientos de diagnóstico dual no solo son resultado de las características del cliente, sino que también se deben a que el servicio se ofrece de manera fragmentada, lo que a menudo redundaba en una compartimentación ineficiente de los cuidados. Entre los resultados de Isadora se cuenta un vasto manual de formación en diagnóstico dual.

(!) <http://isadora.advsh.net/>

Los Estados miembros, especialmente aquellos que hace tiempo experimentaron epidemias de heroína, han ido intensificando su oferta de tratamiento de la adicción a las drogas durante los últimos años, y ahora están llegando a un número cada vez mayor de consumidores problemáticos a los que resulta difícil acceder (véanse también el capítulo 2 y el capítulo 6). Una mayor facilidad de acceso al tratamiento y un mayor repertorio de enfoques, incluyendo tratamientos de sustitución, mejoran los índices de retención en tratamiento, lo cual contribuye de forma importante a reducir las muertes relacionadas con la droga y la mortalidad. Varios países han reducido los umbrales de accesibilidad al tratamiento de mantenimiento con droga, y saltan a la vista los cambios de filosofía con objeto de facilitar el ingreso y el reingreso en tratamientos de mantenimiento con metadona (todas ellas medidas que han demostrado incrementar el índice de supervivencia). Además, estudios procedentes de programas de alto umbral sugieren que los criterios estrictos de admisión y las reglas de tratamiento provocan un mayor número de expulsiones por motivos disciplinarios,

lo cual incrementa el riesgo de muerte de los expulsados en comparación con los que siguen en tratamiento (Fugelstad *et al.*, 2007). Actualmente está en curso en Italia un estudio longitudinal sobre la efectividad de los tratamientos contra la adicción a la heroína que examinará la relación entre la retención en tratamiento y la mortalidad (Bargagli *et al.*, 2006).

Durante las primeras semanas después de abandonar la cárcel o el tratamiento, las personas que han dejado los opiáceos tienen un mayor riesgo de sobredosis si vuelven a recaer en el consumo de droga, puesto que tienen menos tolerancia que en el pasado. Por ello, constituye una medida importante de reducción de daños informar a los que abandonan este tipo de entornos sobre los riesgos que puede plantear el hecho de retomar el hábito y discutir con ellos estrategias de reducción de riesgos. La continuidad de la atención con ayuda social y servicios de tratamiento puede desempeñar aquí un papel importante, especialmente entre las personas que salen de la cárcel.

Otros enfoques de prevención de sobredosis incluyen enseñar a los consumidores de droga la posición de recuperación y la forma de responder mejor ante situaciones de emergencia, así como a colaborar con la policía, los servicios de ambulancia y los propios consumidores de droga para animarles a llamar a los servicios médicos de emergencia en una fase temprana en caso de sobredosis. La investigación indica que el consumo simultáneo de otras drogas, particularmente alcohol y drogas sedantes, puede incrementar el riesgo de sobredosis mortal por opiáceos; en consecuencia, el policonsumo constituye un tema importante que los servicios tienen que tratar. Ciertos trabajos experimentales han estudiado la posibilidad de proporcionar antagonistas de opiáceos a los consumidores de droga; un ejemplo de estos trabajos es un programa piloto escocés para distribuir naloxona a los consumidores, sus familias y amigos. Este enfoque no se ha desarrollado ampliamente en Europa hasta la fecha, pero resulta prometedor. La disponibilidad de antagonistas de opiáceos en ambulancias, instalaciones de tratamiento y otros entornos donde pueden producirse sobredosis por opiáceos es un enfoque más habitual, aunque no se aplica de manera universal. Vista la efectividad de estas drogas, si se administran rápidamente, existe una clara necesidad de revisar la disponibilidad de este tipo de respuesta dentro del marco de cualquier revisión de las medidas de prevención de sobredosis.

Un enfoque que ha generado cierta controversia es la provisión de salas de consumo de droga, donde los consumidores pueden tomar sus propias drogas en un espacio especial en el que también pueden ofrecerse servicios médicos y otros servicios. Las salas de consumo de drogas han sido criticadas por la JIFE en sus últimos informes anuales, pero son consideradas por algunos Estados miembros de la UE como un componente útil dentro de sus respuestas a algunas formas de consumo altamente problemático. Entre los argumentos a favor de las salas de consumo de drogas cabe citar que pueden ofrecer una medida de prevención contra sobredosis, reducir otros riesgos asociados con el consumo de droga por vía

parenteral, proporcionar una oportunidad para divulgar información y actuar como punto de contacto y acceso hacia la atención primaria y otros servicios relacionados con las drogas. Las salas de consumo a veces también se ven como una oportunidad de limitar la alteración del orden público causado por el consumo de drogas. Actualmente hay más de 70 salas de consumo en la UE y en Noruega: alrededor de 40 en los Países Bajos, 25 en Alemania, seis en España y una tanto en Luxemburgo como en Noruega.

En toda Europa se utilizan técnicas de información, educación y comunicación (IEC) en iniciativas dirigidas a reducir las muertes relacionadas con las drogas. Varios países indican que se distribuye material informativo específico entre los consumidores de droga, sus amigos y

familiares, y entre los oficiales de policía. Sin embargo, además de los cursos de primeros auxilios para el personal de las agencias especializadas en materia de drogas o para los mismos consumidores, parece ser que las evaluaciones de riesgo de sobredosis y el asesoramiento sobre gestión de riesgos se están convirtiendo en medidas más habituales en Europa y se mencionan, por ejemplo, en los informes de Rumanía, los Países Bajos y Malta. En 2005 se lanzó en Escocia un plan de acción para reducir las muertes relacionadas con las drogas que consiste en un DVD de concienciación con respecto a sobredosis, nuevas investigaciones que estudian los lapsos de tiempo a la hora de llamar para pedir ayuda y un foro nacional para analizar las tendencias e identificar las áreas donde se requieren más iniciativas.



## Bibliografía

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. *et al.* (2004), «The influence of school culture on smoking among pupils», *Social science and medicine* 58, pp. 1767-80.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. *et al.* (2006), «VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population», *Substance use misuse* 41, pp. 1861-79.
- Binnie, I., Kinver, A. y Lam, P. (2006), «Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation», Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. *et al.* (2000), «Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science», *Addictive behaviours* 25, pp. 955-64.
- Bühler, A. y Kröger, C. (2006), «Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs», *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Colonia.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. y Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Londres.
- Cho, H., Hallfors, D.D. y Sánchez, V. (2005), «Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth», *Journal of abnormal child psychology* 33, pp. 363-74.
- CND (2006), *Situación mundial del tráfico de drogas. Informe de la Secretaría*, Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Viena.
- CND (2007), *Situación mundial del tráfico de drogas. Informe de la Secretaría*, Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Viena.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. y Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublin. Dublín.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. y Van Laar, M. (en prensa), «Estimating the total mortality among problem drug users», *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), «Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004», *The DASIS Report*, nº 27.
- Dishion, T.J. y Dodge, K.A. (2005), «Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change», *Journal of abnormal child psychology* 33, pp. 395-400.
- ECDC (2007), «HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic», Technical report ([http://www.eu2007.de/en/News/download\\_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf](http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf)).
- EMA (2005), «Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion», doc ref emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.europa.eu/>).
- Eurobarometer (2004), «Young people and drugs», *Flash Eurobarometer* 158 ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl158\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf)).
- Eurobarómetro (2006), «Opinión pública en la Unión Europea», *Eurobarómetro* 66 ([http://ec.europa.eu/spain/pdf/07.07.11\\_eurobarom\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/spain/pdf/07.07.11_eurobarom_es.pdf)).
- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, Nº 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.
- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Comisión Europea, Luxemburgo.
- FESAT (2005), «Monitoring project: changes during the second half of 2005» (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. *et al.* (2005), «Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination», *Prevention science* 6, pp. 151-75.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. y Thiblin, I. (2007), «Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings», *Addiction* 102, pp. 406-12.
- GAO (2006), «ONDCP media campaign, contractor's national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use», Technical report, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M., Marsden, J. y Stewart, D. (2001), «NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour

- during the five years after intake», National Addiction Centre, Londres.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Londres.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- HDA (2004), «The effectiveness of public health campaigns», Briefing 7, Health Development Agency, Londres (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- Informes nacionales de la real Reitox (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Ives, R. (2006), «Real life is messy», *Drugs: education, prevention and policy* 13, pp. 389-91.
- JIFE (2006), *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2005*, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas, Nueva York.
- JIFE (2007a), *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2006*, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas, Nueva York.
- JIFE (2007b), *Precusores y productos químicos frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas*, 2006, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas, Nueva York.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., et al (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>)
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, EMCDDA, Lisboa (no publicado).
- Kouvonen, P., Skretting, A. y Rosenqvist, P. (editores) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki.
- Kuntsche, E. y Jordan, M. (2006), «Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors», *Drug and alcohol dependence* 84, pp. 167-74.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. y Younoszai, T.M. (2005), «Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use», *Journal of drug education* 35, pp. 233-53.
- London Drug Policy Forum (1996), «Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues» (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. y van de Wijngaart, G. (2007), «Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation», *Journal of advanced nursing*, 57, 422-31.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, Londres.
- Mansfield, D. (2007), «Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season», report for the Afghan drugs interdepartmental unit of the United Kingdom Government.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al (2006), 'Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction', *Journal of substance abuse treatment* 31, pp. 203-211.
- Mateu, G., Astals, M. y Torrens, M. (2005), «Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento», en: Miranda, J.J.F. y Melich, M.T. (editores), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, pp. 111-21.
- McCambrige, J., Mitcheson, L., Winstock, A. y Hunt, N. (2005), «Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom», *Addiction* 100, pp. 1140-49.
- Nabben, T., Benschop, A. y Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., y Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger — eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).
- NTA (2002), Research into practice No. 1(b) Commissioners' briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- OEDT (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- OEDT (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights n° 6, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- OEDT (2005), *Informe anual 2005: el problema de la drogodependencia en Europa*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- OEDT (2006), *Informe anual 2006: el problema de la drogodependencia en Europa*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- OEDT (2007a), *Drogas y delincuencia: una relación compleja*, Drogas en el punto de mira n° 16, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>).

OMS (2006), «Critical review of ketamine 2006», 34<sup>o</sup> ECDD 2006/4.3 ([www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/4.3KetamineCritReview.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf)).

OMS/Onusida (2007), «Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities», Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).

ONUDD (2005), *2005 World Drug Report*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.

ONUDD (2006), *2006 World Drug Report*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.

ONUDD (2007), *2007 World Drug Report*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.

ONUDD y Gobierno de Marruecos (2007), *Morocco cannabis survey 2006*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.

Parkin, S. y McKeganey, N. (2000), «The rise and rise of peer education approaches», *Drugs: education, prevention and policy* 7, pp. 293-310.

Reuter, P. (2006), «What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures», *Addiction*, 101, pp. 315-22.

Rigter, H. (2005), «Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights», in *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlín, pp. 117-24.

SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* (<http://www.samhsa.gov>) y (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).

Schifano, F. *et al.* (2005), «Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980-2002», *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, pp. 343-48.

Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. *et al.* (2006), «Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for Improvement», *European addiction research* 12, pp. 121-27.

Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. *et al.* (2004), «Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study», *Addictive behaviours* 29, pp. 743-52.

Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edimburgo.

Single, E., Collins, D., Easton, B. *et al.* (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.

Sonntag, D., Bauer, C. y Hellwich, W.K. (2006), «Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen», *Sucht*, 52, pp. S7-43.

Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. *et al.* (2006), «A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project», *Addiction* 101, pp. 813-23.

Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. *et al.* (2005), «The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales», *British journal of general practice* 55, pp. 444-51.

Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. y Beynon, C. (2007), «Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)», documento no publicado, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, Reino Unido.

Weaver, T. (2007), «Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services», National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Londres.

Wikstrom, M., Holmgren, P. y Ahlner, J. (2004), «A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden», *Journal of analytical toxicology* 28, pp. 67-70.







Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

**Informe anual 2007: el problema de la drogodependencia en Europa**

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

2007 — 92 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-289-8



## **Cómo adquirir publicaciones de la Unión Europea**

Las publicaciones de la Oficina de Publicaciones que se hallan a la venta puede encontrarlas en la librería electrónica de la UE (EU-Bookshop <http://bookshop.europa.eu/>), desde donde puede efectuar su pedido a la oficina de venta que desee.

Puede solicitar una lista de nuestra red mundial de oficinas de venta al número de fax (352) 29 29-42758.

## 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 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 deseen conocer los últimos descubrimientos sobre drogas en Europa.