



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

ISSN 1609-607X

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA EN EUROPA

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA
EN EUROPA



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA EN EUROPA

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 (UE) o cualquier institución o agencia de la Unión.

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

Europe Direct es un servicio que le ayudará a encontrar respuestas a sus preguntas sobre la Unión Europea

Número de teléfono gratuito (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Al final de la obra figura una ficha catalográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2012

ISBN 978-92-9168-539-4

doi:10.2810/64802

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2012

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

Printed in Luxembourg

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

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

Índice

Prefacio	5
Agradecimientos	7
Nota introductoria	9
Comentario. Partir de lo conseguido, mantener el impulso y responder al cambio: el reto de la política en materia de drogas en la Europa actual	13
Capítulo 1: Políticas y legislación	
Evolución de la política internacional y de la Unión Europea • Estrategias nacionales • Gasto público • Legislación nacional sobre nuevas sustancias psicotrópicas • Investigación sobre las drogas	21
Capítulo 2: Respuestas a los problemas relacionados con las drogas en Europa: panorámica general	
Prevención • Tratamiento • Reinserción social • Reducción de daños • Normas de calidad • Cumplimiento de la legislación sobre drogas e infracciones • Infracciones de la legislación sobre drogas	31
Capítulo 3: Cannabis	
Suministro y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Efectos negativos para la salud derivados del uso de cannabis • Tratamiento	43
Capítulo 4: Anfetaminas, éxtasis, sustancias alucinógenas, GHB y ketamina	
Suministro y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Consecuencias para la salud de las anfetaminas • Prevención en entornos recreativos • Tratamiento	54
Capítulo 5: Cocaína y crack	
Suministro y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Consecuencias para la salud del uso de cocaína • Consumo problemático • Tratamiento y reducción de daños	65
Capítulo 6: Consumo de opiáceos y drogas por vía parenteral	
Suministro y disponibilidad • Consumo problemático de drogas • Consumo de drogas por vía parenteral • Tratamiento del consumo problemático de opiáceos	76
Capítulo 7: Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas	
Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas • Respuesta a las enfermedades infecciosas • Muertes y mortalidad relacionadas con las drogas • Reducción del número de muertes	86
Capítulo 8: Nuevas drogas y tendencias emergentes	
Actuación frente a las nuevas drogas • Producción y suministro de nuevas drogas • Prevalencia • Respuestas a las nuevas drogas	97
Bibliografía	105



Prefacio

Al publicar este decimoséptimo informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) sobre la situación del problema de la drogodependencia en Europa, resulta gratificante mirar hacia atrás y ver cuánto se ha avanzado estos años en la comprensión del fenómeno de las drogas en Europa. El mérito no es únicamente del OEDT, sino también de los Estados miembros de la Unión Europea, que siempre han sido conscientes del valor que supone disponer de una imagen global del problema de la drogodependencia en Europa. Y aunque nos sentimos orgullosos del trabajo realizado por el personal del Observatorio para producir esta publicación, hemos de reconocer también que se trata en muy gran medida de un esfuerzo colectivo: este informe solo ha sido posible gracias al apoyo y al denodado trabajo de nuestros socios, y en especial a los de la red ReitoX, que aportan los datos nacionales en los que se basa el análisis. Estamos también en deuda con otros organismos europeos e internacionales que apoyan nuestra labor.

El informe de este año llega en un momento importante y difícil para Europa, con el telón de fondo de los problemas financieros y económicos a que se enfrentan muchos países. Las medidas de austeridad que se están adoptando entrañan múltiples retos y obligan a los responsables de diseñar las políticas a tomar decisiones difíciles en un momento en que se ha de atender a otras prioridades con fondos públicos. En estos tiempos es más importante que nunca que las inversiones sean acertadas y que antes de realizarlas se entienda bien la naturaleza del problema y se sepa qué medidas podrían rendir mayores beneficios. La misión del OEDT es trabajar con expertos de toda Europa para proporcionar un análisis certero. En el presente documento y en los elementos complementarios publicados en internet se presenta una visión actualizada, científicamente justificada y exhaustiva del problema actual de la drogodependencia en Europa, ilustrada con ejemplos de prácticas buenas e innovadoras.

Cuando se tratan cuestiones relacionadas con la droga, puede darse una tendencia reduccionista centrada exclusivamente en elementos individuales de este complejo problema, como si existiesen aislados. No

es ese el enfoque que adoptamos aquí. Consideramos que la fuerza del análisis del OEDT reside en que reúne información dispar sobre temas que abarcan desde los mercados de la droga y los esfuerzos de prohibición hasta el consumo de drogas, las respuestas de reducción de la demanda y los cambios políticos y jurídicos en este ámbito. Esto nos permite presentar un análisis holístico mayor que la suma de sus partes. No se pueden entender las cuestiones relacionadas con el suministro de drogas si no se entienden las causas que impulsan la demanda, y viceversa. Por ejemplo, para entender los cambios que se están produciendo en la actualidad en la disponibilidad de heroína en Europa, hemos de tener en cuenta el impacto que tienen los esfuerzos de prohibición, diestramente centrados en las principales organizaciones criminales. Pero hemos de ser críticos y advertir también que esto ha sucedido en un momento en el que el aumento de la inversión en tratamiento ha eliminado del mercado una parte considerable de la demanda. Como se ve en nuestro informe de este año, se trata de piezas diferentes, pero igualmente importantes, que se han de ensamblar para conseguir una visión racional de la evolución que la situación de la heroína está experimentando en Europa.

Necesitamos esta amplitud de miras para reaccionar ante el carácter complejo y dinámico que ha adquirido el problema de las drogas en la Europa actual. Se nos presentan muy diversos retos, unos nuevos y otros ya conocidos. Estos retos pueden vincularse a los avances de las tecnologías de la información y la comunicación, a la proliferación de nuevas sustancias psicotrópicas y al aumento de la disponibilidad y el consumo de las drogas sintéticas. O quizás deriven de problemas arraigados que siguen poniéndonos en jaque y dañando a personas y comunidades. El OEDT ha adquirido el compromiso de aportar elementos que sirvan de base para que en Europa se continúe debatiendo esta compleja cuestión con un buen conocimiento de causa, desapasionadamente y, lo que es más importante, de manera esclarecedora.

João Goulão

Presidente, 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, sin cuya contribución no hubiera sido posible este informe:

- los directores de los puntos focales nacionales de la red Reitox y su personal;
- los servicios de cada Estado miembro encargados de recabar los datos básicos para la elaboración del 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 Horizontal «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, el proyecto ESPAD, el Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN), la Dirección de Tabaco y Sustancias Reguladas del Ministerio de Salud de Canadá, la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de Estados Unidos;
- el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea y la Oficina de Publicaciones Oficiales de la Unión Europea.

Puntos focales nacionales de la red Reitox

Reitox es la red europea de información sobre la droga y las toxicomanías. Está integrada por los puntos focales nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, Noruega, los países candidatos y la Comisión Europea. Los puntos focales son autoridades nacionales que, bajo la responsabilidad de sus gobiernos, facilitan información sobre drogas al OEDT.

En el sitio web del OEDT pueden consultarse los datos necesarios para entrar en contacto con ellos.



Nota introductoria

Este informe anual se basa en la información facilitada al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) por los Estados miembros de la Unión Europea (UE), los países candidatos Croacia y Turquía, así como por Noruega, en forma de informes nacionales. Los datos estadísticos expuestos a continuación se refieren al año 2010 (o al último año para el que se dispone de datos). En ocasiones, los gráficos y los cuadros se limitan únicamente a un subgrupo de países de la Unión Europea: esta selección se ha efectuado en función de los países que cuentan con datos para el período de referencia o bien en función de la necesidad de subrayar determinadas tendencias.

El análisis de tendencias toma únicamente en cuenta a los países que facilitan información suficiente para describir los cambios durante el período especificado. En el análisis de tendencias de los datos sobre mercados de la droga, los valores no disponibles para 2010 han sido sustituidos en ocasiones por las cifras correspondientes a 2009; en el análisis de tendencias de los demás datos, se han interpolado en ocasiones los valores no disponibles.

A continuación se presenta información de referencia y algunas salvedades que deberán tenerse en cuenta al proceder a la lectura del informe anual.

Datos sobre el suministro y la disponibilidad de droga

El volumen de información sistemática y metódica sobre tráfico y comercialización de drogas ilegales sigue siendo limitado. Las estimaciones relativas a la producción de heroína, cocaína y cannabis se obtienen a partir de las estimaciones sobre cultivos basadas en el trabajo de campo (toma de muestras *in situ*), así como a partir de inspecciones aéreas o vía satélite. Esas estimaciones comportan importantes limitaciones, derivadas por ejemplo de las variaciones en las cifras de producción o de las dificultades que plantea el seguimiento de plantaciones como el cannabis, que pueden efectuarse en interior o no circunscribirse a zonas geográficas concretas.

Las incautaciones suelen considerarse un indicador indirecto del suministro, las rutas de tráfico y la disponibilidad de las sustancias. También constituyen un indicador más directo de las actividades represivas de las fuerzas de seguridad (por ejemplo, sus prioridades, recursos o estrategias), a la vez que de sus procedimientos de notificación, y también de la vulnerabilidad de los

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

El informe anual está disponible en veintidós lenguas y puede descargarse desde el sitio web del OEDT. La versión electrónica contiene hipervínculos que permiten la consulta de todas las fuentes en línea citadas en él.

Los siguientes recursos están disponibles solo en internet:

El boletín estadístico de 2012 presenta todos los cuadros originales en los que se han basado los análisis estadísticos del informe anual. Se describe también con detalle la metodología empleada y se presentan unos cien gráficos estadísticos adicionales.

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

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

traficantes. Para entender mejor la comercialización de la droga al por menor, cabe analizar los datos sobre la pureza, la potencia y los precios de venta al por menor. Los precios de venta al por menor notificados al OEDT reflejan el precio que paga el consumidor. Las tendencias en los precios se ajustan en función de la inflación a escala nacional. Los datos sobre pureza o potencia facilitados por la mayoría de los países se basan en una muestra de todas las drogas incautadas y, por lo general, no es posible correlacionar los datos notificados con un nivel específico en el mercado de las drogas. Por lo que se refiere a la pureza, la potencia y los precios al por menor, los análisis se apoyan en la media o la moda estadística declaradas o, en su ausencia, en la mediana. La disponibilidad de los datos sobre los precios y la pureza puede ser limitada en ciertos países y su fiabilidad y comparabilidad pueden resultar problemáticas.

El OEDT recoge datos nacionales sobre incautaciones, pureza y precios al por menor de la droga en Europa. Los demás datos relativos a la oferta de droga provienen de los sistemas de información y de análisis de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), completados con información complementaria procedente de Europol. La información sobre precursores de drogas procede de la Comisión Europea, que recaba

información sobre las incautaciones de estas sustancias en la UE, así como de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), que participa en iniciativas internacionales orientadas a la prevención del desvío de precursores químicos usados en la fabricación de drogas ilegales.

Los datos y estimaciones presentados en este informe constituyen la mejor aproximación disponible, pero deben interpretarse con cautela, ya que numerosas zonas del mundo no disponen de sistemas avanzados de información relacionados con el suministro de drogas.

Prevalencia del consumo de droga cuantificada a partir de las encuestas entre la población general

El consumo de drogas entre la población general o en edad escolar puede evaluarse mediante encuestas representativas que permiten efectuar una estimación sobre la proporción de personas que declaran haber consumido determinadas drogas en determinados períodos. Las encuestas facilitan también útil información que permite contextualizar las pautas de consumo, las características sociodemográficas de los consumidores, la percepción de riesgo y la disponibilidad.

El OEDT, en estrecha colaboración con expertos nacionales, ha elaborado un cuestionario básico común para las encuestas entre la población adulta («Modelo de Cuestionario Europeo», EMQ). Este protocolo ha sido aplicado ya en la mayoría de los Estados miembros de la UE. Subsisten, sin embargo, diferencias por lo que respecta a la metodología empleada y los años de recogida de los datos, por lo que las pequeñas disparidades existentes, particularmente entre países, deben ser interpretadas con cautela.

Las encuestas llevan aparejado un coste oneroso y son pocos los países europeos que recogen información anual, si bien muchos lo hacen a intervalos de entre dos y cuatro años. En el presente informe se presentan los datos obtenidos de las últimas encuestas disponibles en cada país: efectuadas, en la mayoría de los casos, entre 2006 y 2010. En el caso del Reino Unido, los datos sobre prevalencia se refieren, a menos que se especifique lo contrario, a Inglaterra y Gales, aunque también se dispone de datos independientes correspondientes a Escocia y a Irlanda del Norte.

De los tres períodos de consumo normalizados empleados para comunicar los datos de las encuestas, el más extenso es el que mide la prevalencia a lo largo de la vida (consumo de una droga en cualquier momento de la vida de una persona). Si bien esta unidad de medida no refleja la situación actual del consumo de drogas entre adultos,

resulta útil para conocer las pautas de consumo y la incidencia. El OEDT divide a los adultos en dos franjas de edad normalizadas, a saber, de 15 a 64 años (todos los adultos) y de 15 a 34 años (adultos jóvenes). Algunos países utilizan límites de edad máximos o mínimos diferentes: Alemania (18), Dinamarca (16), Hungría (18), Malta (18), el Reino Unido (16-59) y Suecia (16). El acento recae sobre el consumo durante el último año y durante el último mes (consumo durante los doce meses o los treinta días anteriores a la encuesta) (para más información, véase el sitio web de la OEDT). Para los escolares, la prevalencia a lo largo de la vida y durante el último año es similar, ya que no es frecuente el consumo de drogas ilegales antes de los 15 años.

El Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el consumo de alcohol y otras drogas (ESPAD, European school survey project on alcohol and other drugs) emplea métodos e instrumentos normalizados para cuantificar el consumo de drogas y alcohol entre muestras representativas de población escolar entre los 15 y los 16 años. En 2011 se recogieron datos en treinta y seis países, entre ellos veinticuatro Estados miembros de la UE, Croacia y Noruega, y se publicaron los resultados en 2012. Por otra parte, España y el Reino Unido realizan encuestas nacionales de los escolares, que facilitan datos sobre el consumo de drogas equivalente a los resultados de las encuestas ESPAD.

Demanda de tratamiento

En lo que respecta al indicador de demanda de tratamiento, se notifican de forma anónima al OEDT datos sobre las personas que inician tratamiento en Europa por problemas relacionados con el consumo de drogas. A todas ellas se les pregunta por el consumo de drogas, el contacto de tratamiento y las características sociales. El período que se considera para determinar el inicio del tratamiento es el comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre. La información no incluye a los pacientes en fase de tratamiento a comienzos del año en cuestión. En los casos en los que se facilita la proporción de demandas de tratamiento para una droga primaria, el denominador utilizado es el número de casos para los que se conoce esa droga primaria.

Intervenciones

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





Comentario

Partir de lo conseguido, mantener el impulso y responder al cambio: el reto de la política en materia de drogas en la Europa actual

Mejorar la coordinación y la cooperación

Del último análisis realizado por el OEDT sobre la situación de la drogodependencia en Europa se desprende un mensaje contundente: sin perder de vista en ningún momento los problemas relacionados con las drogas establecidas, también se han de desarrollar respuestas a las nuevas amenazas y a los retos que van surgiendo. La heroína y la cocaína siguen representando una gran parte del daño, es decir, de la morbilidad y la mortalidad asociados al consumo de drogas en Europa. Por lo tanto, será necesario mantener el impulso conseguido en el desarrollo y la aplicación de respuestas obtenidas a partir de pruebas. En muchos aspectos se han logrado progresos considerables, si bien desiguales, pero que se podrían ver fácilmente en peligro por un cambio de circunstancias o por la escasez de respuestas. El análisis destaca también la necesidad de reforzar la capacidad europea de identificar los retos planteados por un mercado de la droga cada vez más complejo y dinámico y responder a ellos.

Estas necesidades se han de contemplar en el contexto de la difícil situación financiera reinante en muchos Estados miembros, que reduce los recursos destinados a solucionar todo tipo de problemas sanitarios y sociales. En estas circunstancias, resulta esencial velar por que los fondos disponibles se inviertan en actividades bien focalizadas de eficacia demostrada. Una manera de hacerlo es la cooperación entre los Estados miembros de la Unión Europea (UE), con la que se intentan maximizar los beneficios de las actividades mediante la puesta en común de experiencias, la colaboración o una mejor coordinación de las acciones. El marco político de esta cooperación viene dado por la estrategia de la UE en materia de drogas y sus correspondientes planes de acción. La actual estrategia de la UE (2005-12) ha sido objeto de una evaluación positiva en la que se ha concedido una importancia particular a su papel a la hora de facilitar el intercambio de información.

En la actualidad se está estudiando la posibilidad de establecer un nuevo marco político a partir de la estrategia 2005-12 en materia de drogas. El nuevo

marco permitirá seguir centrándose en la necesidad de un enfoque basado en las pruebas y equilibrado que abarque toda una serie de medidas de reducción de la oferta y la demanda. Otros elementos que probablemente seguirán ocupando un lugar clave en el enfoque de la UE son el seguimiento, la investigación y la evaluación, además del respeto de los derechos humanos. El nuevo marco político garantizará la sinergia entre las actividades del ámbito de la droga y otras cuestiones más amplias relativas a la seguridad y la salud, en las que las drogas no son sino un componente más, como la prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la lucha contra la delincuencia organizada. Asimismo, ayudará a que Europa se exprese con una voz fuerte y única en el debate internacional sobre las drogas.

Una imagen compleja: el mercado del cannabis en Europa

Este año, el OEDT ha llevado a cabo un importante análisis del mercado del cannabis que ha revelado una imagen cada vez más compleja de la droga más consumida en Europa. En el mercado europeo existe actualmente una oferta muy amplia de productos derivados del cannabis, dentro de la cual la distinción más importante es la que se establece entre la hierba del cannabis y la resina de cannabis. El aumento de la producción de cannabis en la Unión Europea ha provocado una reducción del consumo de productos de resina importados, que se han visto desplazados por productos de hierba de producción nacional. La producción nacional de cannabis varía considerablemente: puede adoptar la forma de grandes plantaciones de cultivo intensivo en las que se aplican técnicas sofisticadas para maximizar la cosecha y la potencia, pero también la de cantidades pequeñas de plantas cultivadas por particulares para consumo personal.

Aunque el consumo y la posesión de cannabis totalizan la mayoría de las infracciones relacionadas con esta droga, son muchos los países que declaran priorizar las medidas centradas en el tráfico y la oferta. Por lo tanto, una gran parte de los esfuerzos se focaliza en los lugares de producción intensiva. Sin embargo, pese al aumento del

número de plantas incautadas y al desarrollo de métodos de detección innovadores, Europa sigue decomisando más resina de cannabis que hierba del cannabis. Así pues, la producción doméstica de hierba puede plantear un importante reto para los esfuerzos de prohibición, especialmente cuando adopta la forma de producción interior intensiva. La inquietud por la evolución de la situación va en aumento, tanto por los daños colaterales que la existencia de sitios de producción de droga puede causar a las comunidades locales como por la evidencia de la implicación de bandas organizadas.

La escala y la complejidad del mercado del cannabis no sorprenden, pues se trata de la sustancia ilegal más extendida en Europa. Por consiguiente, también es la sustancia que suscita una mayor división de sentimientos políticos y públicos. Curiosamente, los niveles generales de consumo de cannabis se mantienen relativamente estables e incluso quizás hayan disminuido en algunos países. Si bien resulta difícil de evaluar, en la actualidad los problemas relacionados con el cannabis se conocen mejor y se sabe que van asociados a un consumo intensivo y prolongado. Esto produce cierta preocupación. El paso a la hierba del cannabis, por ejemplo, podría estar exponiendo a los usuarios a formas más potentes de la droga. Por otra parte, actualmente la edad de iniciación de algunos consumidores es bastante baja. Se estima que el 1 % de la población europea adulta consume esta droga diariamente, y entre los varones jóvenes, en particular, los patrones de consumo intensivo podrían ser relativamente habituales en algunos países. En conjunto, el optimismo que pueda generar la estabilización de los niveles de frecuencia se ha de ver paliado por el reconocimiento de que esta droga sigue siendo un importante problema para la salud pública, como demuestra el número de peticiones de tratamiento por drogas que ocasiona.

Los estudiantes europeos actuales, más precavidos

Los últimos resultados del Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el consumo de alcohol y otras drogas (ESPAD, European school survey project on alcohol and other drugs) proporcionan una buena visión de las tendencias temporales en el consumo de sustancias entre los escolares. Resulta esperanzador que los resultados de 2011 relativos a todas las sustancias importantes sugieran una reducción o una estabilización. A lo largo de las cinco rondas de la encuesta, el consumo reciente de cigarrillos disminuyó de manera constante entre 1999 y 2007 y después se estabilizó. El consumo reciente de alcohol entre los estudiantes ha experimentado una disminución gradual en Europa desde 2003, y los

últimos datos indican que la tendencia al alza de los consumos ocasionales elevados observada entre 1995 y 2007 podría haber pasado su nivel máximo. En general, las experiencias de los estudiantes con drogas, principalmente cannabis, aumentaron hasta 2003, se redujeron ligeramente en 2007 y permanecen estables desde entonces. Estos resultados podrían ser un esbozo de las tendencias futuras, pues los patrones detectados podrían reproducirse más adelante en cohortes de más edad.

Llama la atención que los países que notifican estimaciones de frecuencia relativamente elevada de consumo de una sustancia tiendan a notificar también estimaciones relativamente elevadas de otras sustancias, tanto lícitas como ilícitas, por lo que se puede afirmar que los niveles elevados de consumo reciente de alcohol y los consumos ocasionales elevados de bebidas alcohólicas están asociados al consumo de drogas y narcóticos inhalables. Este resultado viene a respaldar los enfoques preventivos que reconocen la necesidad de que en el trabajo enfocado a los jóvenes se aborden tanto las drogas como el alcohol.

Drogas y familia, una cuestión desatendida y un recurso infrutilizado

A menudo, los familiares de las personas que toman drogas han de compartir los problemas que este consumo puede causar. Las familias y los consumidores de drogas con responsabilidad parental se analizan en un nuevo estudio del OEDT. El informe establece que aunque las personas con problemas de drogodependencia no siempre son malos padres, es posible que precisen apoyo adicional. Los servicios de tratamiento, en particular, han de ser sensibles a las responsabilidades de los usuarios con responsabilidad parental, pues las preocupaciones por el cuidado o la protección de los hijos pueden actuar como una barrera a la hora de buscar ayuda. Por otra parte, trabajar con personas drogodependientes con hijos es un reto para los servicios, pues exige un equilibrio entre los derechos de los padres y los de los niños. Pero el informe llega a la conclusión de que las buenas prácticas y las intervenciones bien enfocadas pueden marcar una gran diferencia. Este resultado se recoge en el análisis de las intervenciones orientadas a las consumidoras de drogas embarazadas, pues en su caso está claramente demostrado que el asesoramiento y el apoyo adecuados pueden mejorar el resultado, tanto para la madre como para el hijo.

El estrés y las perturbaciones sociales que puede ocasionar el hecho de que un familiar tenga problemas

de drogodependencia se han examinado en muchos estudios. Lamentablemente, en la mayor parte de los países europeos los servicios de apoyo a la familia están, en general, poco desarrollados, por lo que a veces se prescinde de un importante recurso para respaldar la recuperación. Otro elemento que adquiere cada vez más trascendencia en la labor de prevención de la drogodependencia es el entorno familiar, pues una base factual más sólida apunta en este ámbito a la eficacia de las estrategias de prevención de gran envergadura orientadas tanto al entorno como a la familia. La familia es cardinal en este sentido, y las estrategias de prevención orientadas al entorno y dirigidas al refuerzo de la familia pueden reducir el riesgo de una serie de comportamientos problemáticos, incluido el consumo de drogas. Pero, pese a los resultados positivos de las intervenciones en este ámbito, su modesto nivel de desarrollo pone en evidencia un problema más general: que los resultados de la investigación en materia de prevención no se suelen traducir en políticas y prácticas.

Presos drogodependientes, una población vulnerable

Aunque el interés en encontrar alternativas a la prisión es cada vez mayor, cada año siguen pasando por las cárceles europeas muchas personas con problemas de drogodependencia. Esta situación se refleja en estudios donde se muestra que los problemas de drogodependencia son mucho más comunes entre los presidiarios que en la población general. Si bien hay drogodependientes que dejan de consumir drogas cuando están encarcelados, la disponibilidad de estas sustancias en algunas prisiones lleva a otros a iniciarse en su consumo o a introducirse en comportamientos más peligrosos. Los consumidores de drogas por vía parenteral, por ejemplo, comparten con mayor frecuencia los dispositivos de inyección, con lo que aumenta el riesgo de transmisión sanguínea de agentes patógenos, como el VIH y el virus de la hepatitis C (VHC).

Son muchas las prisiones donde el hacinamiento y la falta de higiene y de asistencia contribuyen a la mala situación sanitaria de los presos. Los presidiarios con problemas de drogodependencia pueden verse doblemente afectados por estas circunstancias y ser especialmente vulnerables a los problemas de salud física y mental mientras permanecen en la cárcel, situación que entraña un elevado riesgo de autolesión y suicidio especialmente preocupante. Así pues, existen razones contundentes para que cualquier enfoque con el que se pretenda una mejora genuina de las condiciones sanitarias en prisión reconozca la importancia de la integración del

Resumen de las estimaciones sobre el consumo de drogas en Europa

Las estimaciones presentadas a continuación se refieren a la población adulta (de 15 a 64 años de edad) y se basan en los datos más recientes disponibles (encuestas realizadas entre 2004 y 2010-11, principalmente 2008-10). El conjunto completo de datos y la información sobre la metodología se pueden consultar en el boletín estadístico adjunto.

Cannabis

Prevalencia a lo largo de la vida: unos 80,5 millones (el 23,7 % de los adultos europeos)

Consumo durante el último año: unos 23 millones de adultos europeos (6,8 %), o uno de cada tres consumidores a lo largo de la vida

Consumo durante el último mes: unos 12 millones (3,6 %)

Variación de consumo durante los 12 últimos meses:

Variación general: del 0,3 % al 14,3 %

Cocaína

Prevalencia a lo largo de la vida: unos 15,5 millones (el 4,6 % de los adultos europeos)

Consumo durante el último año: unos 4 millones de adultos europeos (1,2 %), o uno de cada cuatro consumidores a lo largo de la vida

Consumo durante el último mes: unos 1,5 millones (0,5 %)

Variación de consumo durante los 12 últimos meses:

Variación general: del 0,1 % al 2,7 %

Éxtasis

Prevalencia a lo largo de la vida: unos 11,5 millones (el 3,4 % de los adultos europeos)

Consumo durante el último año: unos 2 millones (0,6 %), o uno de cada seis consumidores a lo largo de toda la vida

Variación de consumo durante los 12 últimos meses:

Variación general: del 0,1 % al 1,6 %

Anfetaminas

Prevalencia a lo largo de la vida: unos 13 millones (el 3,8 % de los adultos europeos)

Consumo durante el último año: unos 2 millones (0,6 %), o uno de cada seis consumidores a lo largo de toda la vida

Variación de consumo durante los 12 últimos meses:

Variación general: del 0,0 % al 1,1 %

Opioides

Consumidores problemáticos de opioides: unos 1,4 millones de europeos

Cerca de 710 000 consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en 2010

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

El 4 % del total de las muertes de europeos de 15 a 39 años fueron muertes provocadas por el consumo de drogas, y se encontraron opioides en aproximadamente tres cuartas partes de los casos

tratamiento por drogas en respuestas más genéricas de asistencia sanitaria física y mental.

Cuando los servicios son adecuados, los períodos de encarcelamiento pueden brindar a algunos presos la oportunidad de reducir el consumo de drogas y colaborar con los servicios. Las oportunidades en este sentido se han incrementado, pues muchos países han ampliado las intervenciones en prisiones, y en particular el tratamiento de sustitución de los presos dependientes de los opioides. Normalmente, la disponibilidad de tratamiento evoluciona al mismo ritmo en prisión y en la comunidad, pero con un desfase considerable. Además, la asistencia sanitaria en la cárcel varía considerablemente de unos países a otros y en general es necesario seguir mejorando la calidad de los servicios asistenciales. Son pocas las cárceles donde el nivel de asistencia es comparable al que se ofrece a la comunidad en general.

La salida de la cárcel también marca un momento crítico para las intervenciones, pues tras la liberación los expresidarios reanudan el consumo de heroína con un nivel más bajo de tolerancia a los opioides, con lo que el riesgo de sobredosis aumenta de manera significativa. Por consiguiente, es esencial que los presos reciban asesoramiento antes de ser puestos en libertad y que sigan recibiendo cuidados después, pues velando por que los individuos vulnerables sigan en contacto con los servicios se puede ayudar a su recuperación y, además, se pueden salvar vidas de una manera muy económica.

Polvos blancos y píldoras: un mercado de estimulantes para consumidores poco exigentes

La cocaína, las anfetaminas, el éxtasis y ahora también, a veces, las catinonas sintéticas se pueden considerar productos competidores y, hasta cierto punto, intercambiables desde la perspectiva del consumidor. Por lo tanto, es probable que tanto la disponibilidad como el precio y la calidad de estas sustancias influyan en la elección del usuario y expliquen la volatilidad que se observa en el actual mercado de estimulantes. Ciertos estudios recientes señalan incluso que algunos usuarios manifiestan haber consumido en ocasiones drogas estimulantes en forma de píldoras o polvos blancos desconocidos.

En Europa, las estimaciones de prevalencia general de consumo de anfetaminas y éxtasis son relativamente estables, si bien ciertos factores relacionados con la oferta parecen haber afectado a la disponibilidad de ambas drogas. El mercado del éxtasis se está recuperando de un período de escasez de MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) en el que abundaban las

pastillas que contenían otras sustancias. Del mismo modo, últimamente las metanfetaminas han sustituido hasta cierto punto a las anfetaminas en algunas partes de Europa. Este hecho es preocupante, pues históricamente el consumo de esta droga se ha limitado en gran medida a la República Checa y Eslovaquia. Ahora la situación podría estar cambiando y, aunque los datos de que se dispone son limitados, preocupa. Los datos sobre incautaciones sugieren que esta droga está cada vez más extendida y que su producción se ha multiplicado en algunos países. Se han notificado muertes por sobredosis en Alemania, y la droga se menciona ahora más a menudo en informes de otros países. Las notificaciones recibidas esporádicamente por el OEDT de metanfetamina fumada y de disponibilidad de metanfetamina cristalizada, una forma muy pura de la droga, resultan alarmantes. Tradicionalmente, la metanfetamina fumada ha sido muy poco común en Europa, pero la información procedente de otros lugares apunta a efectos muy negativos.

En el marco del sistema europeo de alerta precoz de nuevas sustancias psicotrópicas se está realizando una evaluación del riesgo de la 4-metilamfetamina en la Unión Europea. Dicha evaluación viene inducida por un cúmulo de muertes provocadas por la venta de esta sustancia como anfetamina o mezclada con anfetamina. Probablemente, esta forma de anfetamina, actualmente incontrolada en la mayor parte de Europa, fue fabricada en laboratorios clandestinos por productores que investigaban nuevas vías químicas para elaborar anfetamina. Por consiguiente, constituye un ejemplo tanto de la mayor innovación observada en la producción de drogas sintéticas como del potencial de consecuencias imprevistas negativas para la salud que tal innovación puede acarrear.

Mayor diversidad en el consumo de drogas sintéticas

Mientras la atención se centraba principalmente en los estimulantes ya establecidos o en la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas incontroladas, otras drogas sintéticas llegaban al mercado europeo y se establecían en él. Aunque el número de europeos que consumen drogas como GHB, GBL, ketamina y, más recientemente, mefedrona es bajo, en algunas subpoblaciones los niveles de consumo son elevados y estas drogas pueden llegar a extenderse mucho más. Se sabe que todas estas sustancias llevan asociados problemas de salud, como la dependencia en el caso de los consumidores crónicos, y algunos problemas imprevistos, como la enfermedad de la vejiga en los consumidores de ketamina. Estos efectos se han producido en gran medida bajo el radar de control y apuntan a la necesidad de mejorar la sensibilidad de

los sistemas de información sobre drogas a las tendencias emergentes y a los nuevos problemas de salud y de hacerse una idea más clara de lo que significan las intervenciones para la reducción de la demanda en este ámbito.

Cocaína: indicios de reducción del consumo y pérdida de nivel

Aunque los grandes consumidores de cocaína podrían concentrarse principalmente en algunos países del sur y el oeste, esta droga sigue siendo, en términos generales, el estimulante ilícito más consumido en Europa. No obstante, tras una década de popularidad creciente, los últimos datos sugieren que la tendencia podría estar invirtiéndose. La percepción de esta droga también podría estar cambiando, pues en algunos informes se notifica que la cocaína podría estar perdiendo su imagen de droga de alto nivel.

En este hecho pueden influir diversos factores. La calidad se ha considerado en ocasiones un factor posible, pues la cocaína poco pura podría estar induciendo a algunos usuarios a cambiar a otros estimulantes. También es posible que en la actualidad los usuarios potenciales sean más conscientes de las consecuencias negativas que puede tener el consumo de cocaína. Un estudio de los efectos de la cocaína en la salud efectuado recientemente por el OEDT concluye que posiblemente los problemas se subestimaron en las fuentes de datos disponibles. Los datos existentes sobre emergencias hospitalarias agudas mostraban una triplicación de las admisiones relacionadas con la cocaína desde finales de los años noventa del siglo pasado, con un máximo en 2008. Los datos existentes sobre muertes relacionadas con cocaína también mostraban un máximo en 2008. Esta tendencia se reproduce en los datos de admisión en tratamiento: la cifra de las personas que iniciaban por primera vez en su vida un tratamiento por problemas relacionados con la cocaína aumentó hasta 2008, pero a continuación cayó. En los datos sobre suministro se observa una situación similar. Las incautaciones de cocaína parecen ahora disminuir en Europa: el volumen de cocaína decomisada alcanzó un pico en 2006 y el número de incautaciones, en 2008.

Clara reducción del consumo de heroína

Desde los años setenta del siglo pasado, el consumo de heroína, especialmente inyectada, ha sido el origen de muchos de los problemas relacionados con las drogas que se han planteado en Europa. Dados los daños que la heroína lleva asociados, que incluyen la muerte por

sobredosis, la propagación del VIH y el virus de la hepatitis C entre los consumidores por vía parenteral y la delincuencia, no es de sorprender que la política europea en materia de drogas se haya centrado principalmente en esta. Y si bien esos problemas siguen presentes, lo están a niveles más reducidos, y en algunos casos mucho más reducidos, a medida que las políticas van teniendo efecto y el consumo de esta droga, especialmente por inyección, se reduce. Parece que nos acercamos cada vez más a una nueva era en la que la heroína desempeñará un papel mucho menos importante en el problema de las drogas en Europa.

Al efectuar estos análisis conviene ser prudente, pues las tendencias futuras son difíciles de predecir. Por otra parte, los problemas de la heroína son por naturaleza a largo plazo y crónicos, por lo que muchos de sus consumidores actuales seguirán necesitando ayuda en los años venideros. En cualquier caso, los indicadores apuntan a una disminución del consumo general, y en particular a una reducción del número de nuevos consumidores. En Europa han decrecido las demandas de nuevos tratamientos, y la media de edad de quienes lo inician ha aumentado.

Los indicadores de mercado muestran una menor disponibilidad de heroína en Europa en los últimos años y sugieren la sustitución de esta droga en algunos países por otras sustancias, incluidos algunos opioides sintéticos como el fentanilo y la buprenorfina. El mercado de la heroína se hundió hace una década en algunos países del norte de Europa y nunca se ha recuperado plenamente. Más recientemente también se han notificado choques de los mercados a corto plazo, probablemente a resultas de los esfuerzos de prohibición. Las últimas cifras europeas relativas a pureza, decomisos, infracciones de la legislación sobre drogas y precios al por menor han disminuido. La evolución del mercado de la droga deberá someterse a un estrecho seguimiento para averiguar si la reciente escasez de heroína supondrá una desaparición duradera de esta droga en algunos países y qué sustancias la sustituirán. Los posibles candidatos son, además de los opioides sintéticos, la metanfetamina, las catinonas y las benzodiazepinas.

En general, tanto los factores relacionados con la oferta como los relacionados con la demanda serían importantes en los cambios en el consumo de heroína identificados aquí. El éxito de los esfuerzos de prohibición va acompañado de un aumento espectacular de la disponibilidad de tratamiento, y en especial de tratamiento de sustitución, que ha acabado con una parte considerable de la demanda del mercado. Queda una pregunta abierta, la de la relación existente entre

la producción de opio en Afganistán y los patrones de consumo en Europa, para la que no se encuentra una respuesta sencilla al observar los datos disponibles. Aunque preocupa que el aumento de la producción pueda reavivar el consumo de heroína en los Estados miembros de la UE, los datos históricos no apuntan claramente en esta dirección; antes al contrario, es posible que, al menos en algunos aspectos, la Unión Europea sea actualmente un mercado más difícil para este producto.

Menos drogas inyectables, si bien aún siguen constituyendo un grave riesgo para la salud pública

Los indicadores de las tendencias en drogas inyectables sugieren asimismo una reducción de este comportamiento especialmente dañino. Los niveles notificados de consumo de estas drogas entre las personas que se someten por primera vez a tratamiento por problemas de drogodependencia constituyen las mejores fuentes de datos disponibles. Entre los nuevos consumidores de heroína que entran en tratamiento es evidente una tendencia a la baja que resulta aún más visible en Europa occidental, pero que también se puede observar en algunos países de Europa oriental. En general, actualmente poco más de un tercio (el 36 %) de las personas que inician un tratamiento por problemas con la heroína declaran como modo principal de administración de la droga la vía parenteral. Hay otras drogas que también se pueden inyectar: en torno a la cuarta parte de las personas que inician tratamiento por problemas con las anfetaminas declaran inyectárselas, al igual que el 3 % de las que inician tratamiento por problemas con la cocaína. El abandono de la vía parenteral también es muy alentador. Sin embargo, el consumo de drogas por vía parenteral sigue siendo una causa importante de problemas sanitarios evitables y muerte entre los europeos jóvenes. La inyección está claramente asociada a las sobredosis, así como a infecciones graves. Los brotes de VIH que se han declarado recientemente en Grecia y Rumanía nos recuerdan que, pese al éxito cosechado por Europa en la lucha contra la transmisión de este virus entre los consumidores de drogas, su potencial de propagación rápida entre ciertas poblaciones no ha desaparecido. Así pues, es necesario velar por la cobertura adecuada de la prevención del VIH y la existencia de servicios de reducción de daños para las poblaciones de riesgo.

Las infecciones bacterianas son otra posible consecuencia grave del consumo de drogas inyectables y pueden poner en peligro la vida del consumidor. En junio y julio de 2012 se notificaron en cinco países de la UE casos de carbunco que podrían estar relacionados con una fuente común de heroína contaminada. Este brote ha dado lugar

a una rápida evaluación conjunta del riesgo por el OEDT y el ECDC.

Las nuevas perspectivas de las nuevas drogas

Internet ha reducido las restricciones impuestas por el tiempo y el espacio, pues ayuda a los nuevos patrones y tendencias en el consumo de drogas a cruzar rápidamente las fronteras geográficas. Esta conclusión resultó totalmente evidente en el segundo foro internacional sobre nuevas sustancias psicotrópicas, organizado por el OEDT y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas de Estados Unidos. En los Estados Unidos, Japón, algunas zonas del sudeste asiático y los países europeos se están comercializando actualmente «euforizantes legales» similares. La Unión Europea cuenta con un sofisticado mecanismo de alerta precoz y evaluación del riesgo para responder a la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas con arreglo a las normas internacionales. Este mecanismo se encuentra en la actualidad en proceso de revisión, y se espera que se instituya un nuevo marco legal. Las respuestas en este ámbito serán más eficaces si están coordinadas entre todos los países e integran el valor añadido que aporta un mecanismo comunitario. En 2012 se siguen notificando al sistema nuevas sustancias psicotrópicas a un ritmo aproximado de una por semana. Siguen predominando los agonistas de los receptores de cannabinoides sintéticos y las catinonas, pero cada vez se notifican más sustancias de grupos químicos oscuros. Hasta ahora, las nuevas sustancias tienden a imitar los efectos del cannabis o las drogas estimulantes como el éxtasis o la cocaína, y por su presentación se diría que su principal destino es el mercado de las drogas de uso recreativo. Sin embargo, algunos países han declarado casos de consumidores problemáticos de drogas que cambian a la administración por vía parenteral de catinonas como mefedrona y MDPV.

«Sales de baño» y «abono para plantas»: el reto de los productos y las mezclas complejos y cambiantes

Una de las tareas más importantes del sistema europeo de alerta precoz es la puesta en común de información forense y toxicológica. Identificar las sustancias químicas psicotrópicas de los productos puede ser un reto, pues puede haber compuestos oscuros o mezclas de sustancias químicas. El número de productos que contienen múltiples sustancias psicotrópicas parece estar creciendo, y en algunas muestras de prueba para compra se han encontrado tanto sustancias controladas como sustancias no controladas. Por lo tanto, la expresión de uso común «euforizantes legales» se suele utilizar inadecuadamente, y probablemente los consumidores de estos productos no

son conscientes de lo que están consumiendo e ignoran las consecuencias sanitarias y jurídicas de ese consumo. En el plano internacional, la confusión es evidente, pues no existen ni una terminología clara ni la información forense necesaria, por lo que el debate es imposible. En los Estados Unidos, por ejemplo, el término genérico «sales de baño» cubre una serie de productos que contienen nuevas sustancias psicotrópicas y que se suelen vender en la Unión Europea como «abono para plantas».

Las nuevas sustancias psicotrópicas también plantean problemas en las encuestas sobre el consumo de drogas, pues muchos consumidores no saben qué han tomado realmente. Los pocos estudios disponibles presentan una imagen considerablemente heterogénea entre países, con tasas de consumo relativamente bajas pero no insignificantes. También hacen pensar que el consumo de estas sustancias puede tener rápidos altibajos en determinadas poblaciones. La disponibilidad podría ser un factor importante. En Polonia, la apertura de un gran número de puntos de venta al por menor fue acompañada de aumentos en el consumo declarado y en las visitas a unidades hospitalarias de emergencia imputadas a las nuevas sustancias psicotrópicas, que posteriormente disminuyeron cuando se adoptaron medidas para limitar la disponibilidad. En Alemania, algunos datos sugieren que el consumo de *spice*, que a menudo contiene agonistas de los receptores de cannabinoides sintéticos, disminuyó cuando se adoptaron medidas de prohibición

de emergencia, si bien no desapareció. Del mismo modo, pese a la introducción de medidas de control de la UE, en algunos países todavía se encuentra mefedrona en el mercado ilegal.

Hasta ahora, el debate político en torno a las nuevas drogas se ha centrado principalmente en el desarrollo de medidas de control, y los países han aplicado una combinación de regulación del mercado, legislación existente sobre drogas y nueva legislación especialmente preparada a tal fin. Sin embargo, cada vez es más importante que se aborden las amplias cuestiones relativas a las nuevas drogas, y en particular es necesario prever el impacto sanitario y social que estas drogas pueden llegar a tener e identificar unas estrategias de reducción de la demanda apropiadas. El OEDT ha recibido informes de emergencias médicas agudas y muertes relacionadas con el consumo de nuevas sustancias psicotrópicas. De momento, los datos son difíciles de interpretar, y la mejora de la capacidad de vigilancia y análisis en este ámbito es una prioridad clara. Los Estados miembros de la UE están empezando a notificar también la introducción de respuestas específicas a las nuevas sustancias psicotrópicas. Entre los nuevos enfoques que se están estudiando se cuentan innovadores programas de prevención basados en internet y el uso de mensajes preventivos dirigidos a las escuelas.

Capítulo 1

Políticas y legislación

Introducción

En este capítulo se examina la evolución reciente de la política de la Unión Europea y también en qué medida los Estados miembros han integrado sus estrategias sobre las drogas legales e ilegales y han establecido conexiones entre las estrategias en materia de drogas y las de seguridad. Se presentan también una serie de estrategias nacionales y transnacionales de países no pertenecientes a la UE, las cuales se analizan atendiendo a sus similitudes y diferencias con el enfoque europeo de las drogas.

Se analiza la relación de las estrategias nacionales en materia de drogas con los presupuestos y se actualizan los datos indicativos de tendencias obtenidos de estudios sobre el gasto público relacionado con las drogas. Se ofrece además un nuevo análisis de cómo abordan los Estados miembros, desde el punto de vista de la configuración de su legislación nacional, el reto creciente de las nuevas drogas. El capítulo concluye con información actualizada sobre la evolución europea en la investigación sobre drogas.

Evolución de la política internacional y de la Unión Europea

Hacia una nueva estrategia de la Unión Europea en materia de drogas

La actual estrategia de la UE en materia de drogas (2005-12) ha sido la primera en someterse a una evaluación externa. Según los evaluadores, esa estrategia ha proporcionado un valor añadido a la actuación de los Estados miembros en materia de drogas, y la promoción de las intervenciones basadas en datos contrastados, en ella prevista, ha merecido el elogio de las partes interesadas (Rand Europe, 2012). El informe hace hincapié en las áreas de la información, la investigación y la evaluación, en las que el enfoque y las infraestructuras de la UE apoyan activamente la

transferencia de conocimientos dentro de Europa. Para la próxima estrategia, que se está elaborando en 2012, los evaluadores recomiendan mantener el enfoque equilibrado, adoptar enfoques integrados de las políticas relativas a las sustancias legales e ilegales, incluidas las nuevas sustancias psicotrópicas, crear la base de datos contrastados en materia de reducción de la oferta de drogas y aclarar las funciones de los órganos de coordinación de la Unión.

Dado el interés político actual por el asunto y su evidente dimensión europea, una cuestión importante de la próxima estrategia será la relativa a las respuestas a las nuevas sustancias psicotrópicas. La estrategia recogerá determinadas iniciativas puestas en marcha en 2011, en concreto el pacto europeo contra las drogas sintéticas ⁽¹⁾ y el plan de acción operativo sobre las drogas sintéticas y las nuevas sustancias psicotrópicas ⁽²⁾, ambos adoptados por el Consejo de la Unión Europea, y la comunicación de la Comisión «Para una respuesta más firme frente a las drogas», que anuncia una serie de medidas sobre las drogas ilegales ⁽³⁾. Entre estas medidas se incluye la adopción de una nueva legislación europea que aborde más rápida y eficazmente la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas nocivas (los denominados «euforizantes legales», véase el capítulo 8). Se proyectan además otros cambios legislativos en los ámbitos del tráfico de drogas, el control de los precursores, el blanqueo de dinero y la recuperación de activos delictivos. Por otra parte, se está preparando una propuesta de establecimiento de normas mínimas de calidad en la prevención, tratamiento y reducción de daños.

Políticas en materia de drogas en los Balcanes Occidentales

En el informe de evaluación de la estrategia de la UE en materia de drogas se llama la atención sobre la cooperación internacional como instrumento útil e influyente en materia de formulación de políticas, en particular entre los países candidatos y de preadhesión.

⁽¹⁾ Disponible en línea.

⁽²⁾ Véase el recuadro «COSI: Comité Permanente de Cooperación en materia de Seguridad Interior» (capítulo 2).

⁽³⁾ COM(2011) 689/2

Cuadro 1: Documentos recientes de formulación de políticas en materia de drogas de los países candidatos y posibles candidatos en los Balcanes Occidentales

País	Nombre del documento de formulación de políticas	Período abarcado	Objetivo principal	Nota
Albania	Estrategia nacional contra las drogas	2004-10	Drogas ilegales	País posible candidato
Bosnia y Herzegovina	Estrategia nacional de supervisión de los estupefacientes y de prevención y eliminación de su abuso	2009-13	Drogas ilegales	País posible candidato
Antigua República Yugoslava de Macedonia	Estrategia nacional en materia de drogas	2006-12	Drogas ilegales	País candidato
Kosovo (*)	Estrategia y plan de acción nacional contra las drogas	2009-12	Drogas ilegales	País posible candidato
Montenegro	Respuesta estratégica nacional a las drogas	2008-12	Drogas ilegales	País candidato
Serbia	Estrategia nacional de lucha contra las drogas	2009-13	Drogas ilegales	País candidato
(*) Esta designación se ofrece sin perjuicio de ninguna posición sobre el estatuto y está de acuerdo con la Resolución 1244 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y con la opinión de la Corte Internacional de Justicia sobre la declaración de independencia de Kosovo.				

Ya antes de las ampliaciones de la Unión Europea en 2004 y 2007, se prestaba asistencia a los futuros Estados miembros para la elaboración de políticas en materia de drogas que se ajustaran al enfoque equilibrado y basado en datos contrastados de la Unión Europea.

Un proceso similar está desarrollándose actualmente en los Balcanes Occidentales, donde tres países candidatos y tres posibles países candidatos han adaptado recientemente estrategias globales y equilibradas y planes de acción en materia de drogas (véase el cuadro 1). Los países de esta región comparten muchos aspectos, entre ellos el de su ubicación a lo largo de una de las rutas históricas europeas de tráfico de drogas, con los correspondientes problemas en lo que respecta a la heroína y a otras sustancias ⁽⁴⁾. Los correspondientes documentos nacionales de formulación de políticas abarcan la demanda de drogas y la reducción de la oferta y, en algunos casos, adoptan fines, objetivos y estructuras estratégicos que reflejan los que se recogen en los documentos europeos pertinentes, incorporando sistemas de seguimiento y evaluación, así como mecanismos de coordinación. Los planes de acción son a menudo detallados y especifican un plazo, unos responsables, unos indicadores de aplicación y unas estimaciones de costes para cada acción.

Estrategias nacionales

Una de las recomendaciones formuladas para la próxima estrategia de la UE en materia de drogas es la de avanzar hacia un enfoque más integrado de las drogas legales e ilegales, incluyendo también posiblemente las conductas adictivas. Otra cuestión que debe considerarse

Estrategias transnacionales

La próxima estrategia de la UE en materia de drogas será la novena estrategia o plan de acción en la materia adoptado desde 1990. Durante este período, también organizaciones transnacionales de otras partes del mundo han elaborado documentos del mismo tipo.

En África, la Unión Africana elaboró un «Plan de acción sobre el control de drogas y la prevención del delito» (2007-12), mientras que los quince Estados miembros de la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental (Cedeao) aprobó una declaración política y un «Plan de acción regional sobre el tráfico de drogas ilegales, la delincuencia organizada y el abuso de drogas» (2008-11). En Asia, la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (ASEAN), que comprende diez países, adoptó el «Plan de trabajo de la ASEAN sobre la lucha contra la producción, el tráfico y el consumo de drogas ilegales» (2009-15). Y, en 2010, la Organización de Estados Americanos (OEA) adoptó la «Estrategia hemisférica sobre drogas» para los treinta y cinco Estados de las Américas.

Mientras que esta estrategia de la OEA es la más cercana al enfoque de la UE, los planes de las demás organizaciones transnacionales se centran sobre todo en la reducción de la oferta y el cumplimiento de la legislación. El plan de trabajo de la ASEAN, por ejemplo, se propone erradicar la producción, la transformación, y el tráfico y abuso de drogas ilegales, con el objetivo de hacer de la ASEAN un espacio libre de drogas para 2015. El objetivo general del plan de la Unión Africana es intensificar el cumplimiento de la legislación de control de drogas, centrándose en seis de los siete ámbitos temáticos clave en el control de drogas y la prevención de la delincuencia. Aunque presenta un enfoque más equilibrado, la estrategia de la Cedeao hace especial hincapié en las cuestiones de seguridad relacionadas con el tráfico de drogas.

(4) Véanse los resúmenes por países en el sitio web del OEDT.

es la de la mejora de la relación entre la política en materia de drogas y las políticas de seguridad en sentido más amplio, como la política sobre la delincuencia organizada. Seguidamente se expone la situación actual en los Estados miembros de la UE, Croacia, Turquía y Noruega en ambos aspectos.

Integración de las drogas legales y las ilegales

La adopción de estrategias y planes de acción nacionales en materia de drogas es una de las piedras angulares de la política de la UE en este ámbito y una herramienta establecida utilizada por los países europeos para establecer los fines y objetivos de sus políticas al respecto. Se aprecian diferencias en el avance de los distintos países hacia la adopción de documentos que contemplen tanto las drogas legales como las ilegales (gráfico 1).

Cinco países han adoptado estrategias o planes de acción con un alcance «global», que incluye las drogas legales y las ilegales, así como, en algunos casos, las conductas adictivas. La amplitud del enfoque se refleja en el título de los documentos correspondientes: la política «global e integrada sobre las drogas» de Bélgica, el «plan gubernamental para luchar contra las drogas y la drogadicción» de Francia, la «estrategia nacional en

materia de política contra las drogas y la drogadicción» de Alemania, la «estrategia de cohesión en la política sobre el alcohol, los estupefacientes, el dopaje y el tabaco» de Suecia y el «plan de acción contra las drogas y el alcohol» de Noruega. A excepción de Noruega, que dispone de estrategias separadas para el tabaco y los juegos, no existe en estos países una estrategia nacional separada para las otras drogas legales o conductas adictivas.

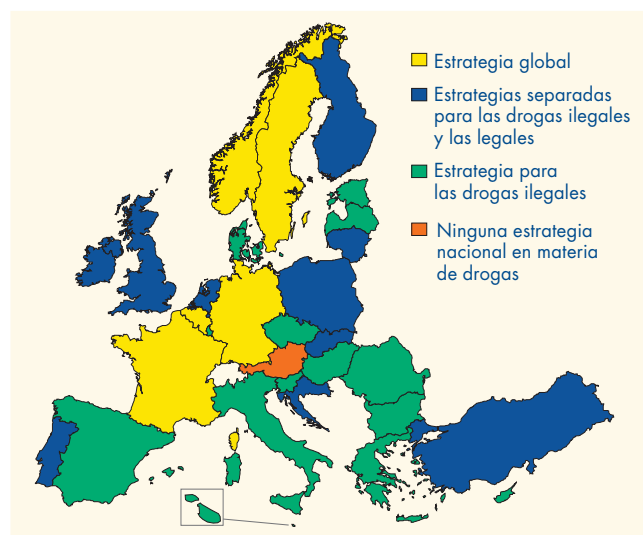
Diez países cuentan con estrategias o planes de acción separados para las drogas ilegales y las legales. Difieren entre sí en cuanto a la adopción o no de documentos específicos y en cuanto a la consideración o no en estos de sustancias individuales. Los Países Bajos y Eslovaquia tienen estrategias separadas para el alcohol y el tabaco, mientras que Lituania tiene una estrategia conjunta para ambas sustancias. En los otros siete países, las estrategias sobre droga ilegales abordan solamente el alcohol o el tabaco; tanto Irlanda como Portugal tiene en estudio la integración de las estrategias referidas a las drogas ilegales y al alcohol.

Catorce países disponen de una única estrategia o plan de acción en materia de drogas, centrado en las drogas ilegales. En ellos, no obstante, se incluyen a veces medidas más o menos amplias referidas a las drogas legales. En algunos de esos países, como España, existe una fuerte tendencia a incluir medidas específicas relativas al consumo de alcohol o de tabaco, en su caso. Otros países mencionan ocasionalmente las drogas legales o los medicamentos (Bulgaria, Malta), o abogan por una mejor integración de las cuestiones referidas a las drogas y al alcohol en el futuro (Grecia, Luxemburgo). Solo un país, Estonia, cuenta con una estrategia centrada exclusivamente en las drogas ilegales.

La tendencia a la adopción de un enfoque integrado del uso de sustancias parece darse principalmente entre los Estados miembros anteriores a la ampliación de 2004. En ellos se aplica una estrategia global, o están en vías de integración las estrategias relativas a las drogas ilegales y al alcohol, o se incluyen en la estrategia sobre drogas ilegales muchos objetivos referidos a las drogas legales. En Europa central y oriental, la situación es básicamente distinta, ya que se aplican estrategias separadas o bien estrategias referidas exclusivamente a las drogas ilegales, con menciones limitadas de las drogas legales.

A pesar de esta tendencia a la integración de las sustancias legales y las ilegales en los documentos de política, no siempre se han modificado en consonancia las estructuras nacionales de coordinación y de apoyo.

Gráfico 1: Alcance de las estrategias nacionales en materia de drogas



N. B.: Las estrategias globales abarcan las drogas legales y las ilegales y, en algunos casos, las conductas adictivas. Algunas estrategias para las drogas ilegales se refieren también a las drogas legales. Mientras que el Reino Unido cuenta con estrategias específicas para las drogas ilegales y las legales, tanto Inglaterra como Escocia tienen estrategias específicas para las drogas ilegales, el alcohol y el tabaco, y Gales e Irlanda del Norte cuentan con estrategias globales en materia de drogas que incluyen el alcohol y el tabaco.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

Las estrategias en materia de drogas y las cuestiones de seguridad

La reducción de la oferta es un componente sustancial de las políticas sobre drogas en Europa. La planificación y coordinación de las actividades en este ámbito no tienen que ver solo con la estrategia sobre drogas, sino también con la evolución más amplia de la política de seguridad. A escala de la UE, por ejemplo, la delincuencia grave organizada y su participación en el tráfico de drogas es una de las amenazas contra las que se dirige la estrategia de seguridad interior de la Unión Europea (Consejo Europeo, 2010).

A escala nacional, quince países declararon tener algún documento de formulación de políticas, distinto de aquel en el que se recoge la estrategia sobre las drogas, en el que se definen actividades de reducción de la oferta de droga. De ellos, dos se refirieron concretamente a la estrategia de seguridad, once a la estrategia de lucha contra la delincuencia o contra la delincuencia organizada, y dos a ambos tipos de estrategias. En otros catorce países se mencionó el documento sobre la estrategia nacional en materia de drogas como el único que define las actividades de reducción de la oferta de drogas, mientras que Austria no tiene ningún documento nacional de formulación de políticas en este ámbito.

En la mayoría de los países en los que se contempla la reducción de la oferta en el documento nacional de estrategia en materia de drogas y en algún otro documento relativo a una estrategia distinta, es aquel, en opinión de los expertos, el más importante al respecto. Dos países (los Países Bajos y el Reino Unido) indican que ambos documentos tienen la misma importancia, mientras que el «plan de seguridad nacional» belga y el «programa nacional para la prevención y eliminación de la delincuencia» de Eslovenia se consideran más importantes que los respectivos documentos de estrategia en materia de drogas en lo que respecta a las actividades de reducción de la oferta.

En los últimos veinte años, las drogas han tenido un carácter prioritario muy visible en las políticas públicas debido en gran medida al aumento constante de los niveles de consumo y a los problemas consiguientes. Una situación más estable en lo que respecta a las drogas y la aparición de nuevas prioridades en la formulación de políticas a escala nacional (déficit público, desempleo) parecen contribuir actualmente a una mayor integración de las políticas sobre drogas con otras políticas más amplias. En la práctica, es posible que esto implique un desplazamiento de las actividades de reducción de la demanda de drogas hacia las políticas de salud

y relativas a las conductas adictivas, y de las actividades de reducción de la oferta hacia las estrategias de seguridad más centradas en la delincuencia organizada. Se plantea así la cuestión de si las estrategias globales y equilibradas actuales en materia de drogas tendrán un sitio en el futuro.

Asesoramiento en materia de formulación de políticas sobre drogas

Los gobiernos solicitan asesoramiento en materia de formulación de políticas sobre drogas, por ejemplo cuando están elaborando nuevas estrategias al respecto, cuando se proponen un cambio legislativo o cuando han de evaluar decisiones previas.

Veintiocho de los treinta países informan de la existencia de una estructura dotada de competencias consultivas sobre el tema: en algunos casos, esa estructura está establecida por la ley, mientras que en otros no lo está. En la mitad de los países hay órganos consultivos específicos; en los demás, se asignan competencias consultivas a estructuras existentes, en la mayor parte de los casos órganos nacionales de coordinación en materia de drogas. Esas estructuras están integradas por entre ocho y más de treinta miembros, principalmente responsables de la formulación de políticas, funcionarios públicos, investigadores, expertos en drogas y representantes de la sociedad civil. La presidencia puede ser confiada a un político (Suecia), a un experto (Bélgica) o a un alto funcionario (Estonia). Sus tareas pueden consistir en el apoyo a la programación de las sustancias de conformidad con la legislación, la realización y financiación de estudios y el asesoramiento a los responsables en la formulación de políticas.

Una estructura de este tipo es el Comité Consultivo Nacional sobre Drogas de Irlanda, formado por dieciséis miembros y presidido por un experto. El Consejo Consultivo sobre Uso Abusivo de Drogas del Reino Unido, formado por veinticuatro miembros, se pronuncia sobre la inclusión de drogas en los listados legales y asesora a la Administración. El Consejo sobre Drogas y Drogadicción de Alemania, con veintisiete miembros, está presidido por el Comisario Federal de Drogas y apoya la aplicación y desarrollo de la estrategia nacional en materia de drogas y la cooperación entre las entidades nacionales y locales. En la República Checa, las tareas de inclusión de las drogas en los listados legales y de asesoramiento se reparten entre cinco comisiones y varios grupos de trabajo vinculados al Consejo Gubernamental para la Coordinación de la Política sobre Drogas.

Aun cuando los órganos consultivos de este tipo parezcan ser estructuras normalizadas de la formulación de políticas en Europa, presentan diferentes formas, funciones y composición. En general, ofrecen a la Administración pública y a otros sectores un foro para comunicar, coordinar y considerar la información pertinente para la formulación de políticas.

Gasto público

Las estrategias y planes de acción nacionales en materia de drogas prevén medidas para la reducción de los problemas relacionados con las drogas cuya aplicación se beneficia de financiación pública. La contabilización correspondiente de los fondos públicos puede constituir un instrumento importante en el proceso de evaluación de las políticas. En esta sección se analiza si los documentos de formulación de políticas sobre la droga incluyen presupuestos específicos y si se dispone de información sobre el gasto real. Dado, no obstante, que los fondos se asignan a distintos niveles de la Administración pública y que las prácticas de contabilidad presupuestaria varían en Europa, solo se ofrecerá una panorámica preliminar de las prácticas nacionales al respecto.

El gasto público en materia de drogas puede verse afectado por los programas de austeridad aplicados por algunos países tras la reciente recesión económica mundial. Este aspecto se analiza en un primer análisis de los datos indicativos de tendencias en el gasto público en este ámbito.

Las estrategias en materia de drogas y los presupuestos

De los veintinueve países europeos que disponen de estrategias o planes de acción nacionales en materia de drogas, siete señalan que el documento correspondiente prevé un presupuesto global o sectorial. En Chipre, se adjunta un presupuesto anual a la estrategia 2009-12 sobre drogas y se publica el gasto anual. En Estonia, las estrategias nacionales en materia de drogas van acompañadas de un presupuesto y se calcula el gasto anual. En la República Checa, el plan de acción 2010-12 ha estado acompañado, por primera vez, por un presupuesto indicativo. En Grecia, el plan de acción 2011-12 cuenta con un presupuesto. Lo mismo sucede con el plan nacional francés de 2008-11 (ampliado a 2012), aun cuando su ejecución no se evalúa públicamente. En la estrategia sobre drogas del Reino Unido no se prevé ningún presupuesto central, pero las estrategias de Irlanda del Norte, de Escocia y de Gales llevan asociado un presupuesto y se publican estimaciones de gasto. En Inglaterra, aunque no existe un presupuesto específico, se publican regularmente cuentas de gasto. En algunos casos, el presupuesto cubre solo una parte de la estrategia sobre drogas, como ocurre en Rumanía con las partidas de asistencia sanitaria y social del plan de acción sobre las drogas de 2009-12.

Tres países informan de que ya no se aprueban presupuestos asociados a su estrategia sobre drogas. Irlanda, Portugal y Eslovaquia incluyeron presupuestos

y estimaciones de gastos anuales en los planes de acción anteriores, pero no en el actual. No obstante, en Portugal y en Eslovaquia hay comisiones interministeriales trabajando sobre el tema.

En ocho países, se establece anualmente, en el marco de la elaboración del presupuesto general nacional, un presupuesto específico que cubre la totalidad o parte de la estrategia o plan de acción nacional en materia de drogas. En Luxemburgo, el plan de acción plurianual está respaldado por un presupuesto anual y se hacen además estimaciones globales de gastos. En Croacia, el presupuesto anual en materia de drogas está estrechamente vinculado al plan de acción. En Bulgaria, Dinamarca, Hungría, Suecia, Finlandia y Noruega se aprueban presupuestos anuales para financiar iniciativas en materia de drogas.

Once países no disponen actualmente de presupuestos en materia de drogas asociados a los documentos nacionales de formulación de políticas al respecto. En estos casos, la financiación necesaria proviene directamente de los órganos encargados de su ejecución.

Existe una amplia gama de prácticas en Europa, y muy pocos países han adoptado un enfoque claro y transparente de las consignaciones crediticias y de la aprobación de la gestión presupuestaria en materia de drogas. Aunque la causa puede estar en dificultades técnicas, eso contribuye a los problemas existentes en el cálculo del gasto público en materia de drogas en Europa y en la evaluación económica de las políticas en este campo.

Tendencias del gasto público en materia de drogas

Un aspecto esencial de la situación actual es el derivado del impacto de la reciente crisis económica y de las consiguientes medidas de austeridad sobre las políticas en materia de drogas y los presupuestos correspondientes. Este tema se examina haciendo referencia a estimaciones recientes del gasto público en materia de drogas en los países europeos. Se requiere, no obstante, alguna cautela, ya que la cantidad y la calidad de la información disponible de los distintos países varían enormemente, aparte de que los estudios abarcan diferentes años, utilizan variadas metodologías y no siempre estiman la misma porción del presupuesto.

Una parte del gasto que las administraciones públicas destinan a actividades relacionadas con las drogas figura como tal en el presupuesto nacional (gasto «consignado»). Sin embargo, la mayor parte del gasto público en esta materia no aparece como tal en el presupuesto nacional (gasto «no consignado») y ha de ser estimado sirviéndose

de algún modelo de costes. El presupuesto total es la suma de ambos conceptos: el gasto consignado y el no consignado.

En los últimos años, ha disminuido el gasto público en materia de drogas en seis países. En el Reino Unido, la reducción del 5 % del gasto público consignado de Inglaterra en 2010-11 ⁽⁵⁾ en comparación con el año anterior no se vio compensada por los pequeños aumentos de esas mismas partidas en Irlanda del Norte, Escocia y Gales. En Estonia, el gasto consignado disminuyó en 2010 en un 3 % en comparación con 2009, pero en un 54 % en comparación con 2008; en Irlanda, la reducción fue del 3 % respecto al año anterior. En Hungría, una revisión del presupuesto a mitad de ejercicio de 2010 supuso el recorte de las actividades amparadas por ese tipo de gasto en un 25 %. En Croacia, los datos disponibles indican una disminución de un 10 % del gasto consignado en el presupuesto de 2010 en comparación con 2009. En la República Checa, a pesar de una mejora de la cobertura numérica indicativa de un aumento de los gastos en 2010, un análisis detallado revela una disminución de los fondos disponibles para tratamiento y para reducción de daños.

En otros cuatro países, no hay signos de recorte presupuestario en las estimaciones más recientes del gasto en materia de drogas. En Bélgica, el gasto público total en este ámbito aumentó en un 18,5 % entre 2004 y 2008 (antes de la recesión). En Suecia, experimentó un incremento sustancial en 2010 en comparación con 2007. En Luxemburgo, el aumento en 2010 fue de un 5,6 % anual. En Finlandia, el incremento en 2009 fue de un 1,6 %.

Los estudios realizados hasta la fecha indican la existencia de una notable variación entre los países en cuanto a la naturaleza y la gravedad del impacto de la crisis económica sobre los presupuestos y gastos en materia de drogas.

Legislación nacional sobre nuevas sustancias psicotrópicas

En años recientes ha crecido en Europa a un ritmo sin precedentes la gama de nuevas sustancias psicotrópicas ampliamente disponibles. La velocidad de lanzamiento de estas nuevas sustancias, combinada con la falta de información sobre los riesgos asociados a su uso, afecta a la eficacia del procedimiento establecido para la inclusión de nuevas sustancias en la lista de las que están controladas por la legislación sobre drogas. Aunque

la mayoría de los países europeos siguen aplicando ese procedimiento, algunos han adoptado cambios innovadores en su legislación o en sus políticas de cumplimiento de la ley ⁽⁶⁾.

Los cambios más importantes han sido los consistentes en la aprobación de una nueva legislación penal que tipifica como delito la distribución no autorizada de sustancias psicotrópicas, como ha ocurrido en Irlanda, Austria y Rumanía. Entre estos tres países hay algunas semejanzas, pero también diferencias esenciales. En cuanto al fondo, los tres países definen como sustancia psicotrópica aquella que estimula o deprime el sistema nervioso central y se asocia a dependencia, alucinaciones o trastornos de la función motriz o de la conducta. En Irlanda, estos trastornos deben ser «significativos»; en Austria, solamente pueden incluirse en la lista tales sustancias si es probable su consumo por determinados sectores de la sociedad y eso implica una posible amenaza para la salud de los consumidores. En la legislación rumana, ha desaparecido el requisito del daño, a diferencia de lo previsto en un reglamento dictado en fecha anterior del mismo año. En Austria, el Ministerio de Sanidad debe especificar las sustancias o grupos de sustancias en un reglamento, mientras que en Irlanda y en Rumanía no se requiere esa especificación: está incluida implícitamente toda sustancia que posea las propiedades definidas en la legislación. El suministro constituye un delito en Austria si el suministrador tiene intención de lucro y trata de que se consuma el producto por sus efectos psicoactivos; en Irlanda, basta con que se tenga conocimiento del probable consumo humano; en Rumanía no se requiere ni eso. Las penas máximas por el suministro son de dos años de privación de libertad en Austria, cinco en Irlanda y ocho en Rumanía, elevándose significativamente en Austria y Rumanía si se causan lesiones graves o la muerte.

Aunque manteniendo en vigor su legislación sobre drogas, varios países la han adaptado para reforzar o acelerar el procedimiento utilizado para incluir nuevas sustancias en la lista de drogas. Se han creado grupos científicos de evaluación de riesgos en Hungría (2010) y en Finlandia (2011) a fin de que aporten la base de datos contrastados necesaria para el control de esas sustancias. En 2011, el Reino Unido estableció un nuevo procedimiento (el de las «órdenes temporales sobre drogas de una determinada clase») para someter al control de la legislación vigente durante un período de hasta un año las sustancias que se especifiquen, a fin de poder estudiar durante ese tiempo la necesidad de un control permanente. Una propuesta

⁽⁵⁾ Inglaterra cuenta con el 84 % de la población del Reino Unido y su presupuesto en materia de drogas es habitualmente más del 80 % del total. El gasto consignado representa una pequeña parte del gasto total en materia de drogas del Reino Unido.

⁽⁶⁾ Para un resumen de las cuestiones relativas a la formulación de políticas en los países europeos, véase OEDT (2011d).

similar, relativa al establecimiento de una lista de control temporal, se aprobó en el Parlamento eslovaco, pero se suspendió ante las elecciones de 2012. Otra adaptación aplicada por algunos países ha consistido en ampliar la cobertura de la legislación en vigor incluyendo en la lista de drogas sustancias pertenecientes a un grupo determinado, en lugar de incluirlas individualmente. En 2009 y en 2011, se definieron los cannabinoides sintéticos como grupos de sustancias controladas en Luxemburgo y en Italia, respectivamente, e Italia añadió posteriormente las catinonas. En 2011, Chipre añadió a la lista los cannabinoides sintéticos, las catinonas y las feniletilaminas, y Francia y Alemania han estudiado la viabilidad de esta estrategia.

La modificación de la legislación en vigor puede ser un proceso largo y en algunos países se hace uso de otras disposiciones legales vigentes para agilizar la respuesta a las nuevas sustancias. Al menos en ocho países se ha utilizado la legislación sobre medicamentos para el control de sustancias no terapéuticas. Se han aprobado asimismo disposiciones sobre seguridad del consumidor en Italia, Polonia, Portugal y el Reino Unido que en realidad van dirigidas a los productos psicotrópicos en general (y que han dado lugar al cierre de establecimientos) o a algunos de ellos en concreto. Por ejemplo, la mefedrona se vendía como «alimento vegetal» o como «sales de baño» a pesar de no usarse para esos fines. Por esta vía son posibles intervenciones rápidas en tanto se adopta la legislación de control correspondiente y se gana tiempo además para diseñar respuestas innovadoras.

Otra opción para el control de las sustancias potencialmente perjudiciales es la adaptación de la legislación en vigor. En 2010, Polonia excluyó la exigencia de peligrosidad y la aplicación de las normas generales sobre seguridad de los productos de la definición de «droga de sustitución» (sustancia que se usa en lugar de una droga o para los mismos fines). Paralelamente, actualizó la legislación de protección de la salud para permitir su aplicación en caso de sospecha de amenaza para la salud humana de cualquier droga de sustitución. En Hungría, en 2012 se añadió a la Ley de medicamentos un apéndice temporal con una lista de sustancias no terapéuticas que afectan al sistema nervioso central y tienen la capacidad de alterar el estado mental, la conducta o la percepción, por lo que pueden presentar una amenaza grave para la salud pública, análogamente a las sustancias que figuran en las listas de drogas. Tras la modificación del artículo correspondiente del Código penal, la oferta o la distribución de tales sustancias se castiga con una pena de privación de libertad de hasta tres años. En Suecia, se facultó en 2011 a las fuerzas de

seguridad para actuar por motivos de protección de la seguridad pública e incautarse y destruir las sustancias especificadas usadas presuntamente para fines de intoxicación y que amenacen con causar lesiones o la muerte. Nuevas disposiciones adoptadas en Austria y en el Reino Unido permiten a la policía, en determinadas circunstancias, confiscar cualquier cantidad de una sustancia, aunque no haya habido delito.

Cada vez son más variadas las respuestas a la publicidad y la venta franca de las nuevas sustancias psicotrópicas. La publicidad de los efectos psicoactivos de una sustancia para su venta se castiga con una pena de privación de libertad de hasta cinco años en Irlanda y de uno a tres años en Rumanía. En la República Checa, la pena para la promoción de la adicción a una sustancia psicotrópica puede ser de hasta ocho años. En Rumanía, la publicidad de la venta legal de los productos se castiga con penas de tres a diez años. En Polonia, el suministro de «drogas de sustitución» puede castigarse con una elevada multa, pero su publicidad puede acarrear una pena de privación de libertad de un año. En Rumanía, se impone una fuerte multa a los sitios web que, siendo culpables, no se eliminen dentro de las doce horas siguientes a la solicitud del ministerio en tal sentido.

La rápida aparición de drogas nuevas y desconocidas ha impulsado la aplicación de variadas respuestas, sujetas además a evolución constante: desde 2009, al menos siete países han aplicado una respuesta innovadora y posteriormente han iniciado otra. La gravedad de las penas y el grado de psicoactividad o de posible perjuicio que activan esas penas varían ampliamente en Europa. No obstante, se advierten dos tendencias: la utilización de la amenaza de la privación de libertad para disuadir a los proveedores y la exclusión de la sanción penal en caso de posesión de una sustancia para uso personal.

Investigación sobre las drogas

Como complemento y apoyo a las prioridades establecidas en su estrategia sobre las drogas, la Comisión Europea financia una serie de investigaciones y estudios en esta materia. Desde 2007, ha invertido 18 millones de euros en el séptimo programa marco de investigación e innovación.

Dos estudios europeos se han centrado en la dependencia de las drogas y del alcohol en el contexto de los trastornos cerebrales. Uno de ellos, recientemente finalizado y relativo a los «Factores psicosociales relevantes para los trastornos cerebrales en Europa» (Paradise), demuestra que el trastorno por abuso de sustancias se

asocia a una pesada carga e impacto en la vida diaria. Las dificultades más comunes se dan en las funciones cognitivas, las funciones emocionales, el autocuidado, las relaciones con otros, el empleo y la vida económica. En 2011, otro importante proyecto europeo observó que los trastornos cerebrales, medidos en años de vida ajustados a la discapacidad, son el primero de los factores contribuyentes a la carga total de enfermedad en la Unión Europea, con un 26,6 % del total (Wittchen y otros, 2011). El estudio clasificó la dependencia del alcohol y de las drogas entre los trastornos cerebrales más frecuentes, solo superados por los trastornos de ansiedad, el insomnio, la depresión mayor y los trastornos somatoformes.

El proyecto «Acceso a los opiáceos en Europa» (ATOME) investiga las razones por las que estos medicamentos para el tratamiento del dolor moderado y de la dependencia de opiáceos no suelen estar disponibles cuando se necesitan y no se usan adecuadamente. Concluirá al final de 2014 y los primeros resultados incluyen la publicación de las nuevas directrices de la OMS (2011), disponibles en catorce lenguas, y una revisión de las posibles barreras al acceso y la disponibilidad de opiáceos. El proyecto dará lugar a la elaboración de informes nacionales con recomendaciones concretas de cambios legislativos.

El «Proyecto sobre adicciones y estilos de vida en la Europa contemporánea: nuevo marco para las adicciones» (ALICE RAP) durará hasta 2016 y se beneficiará de las aportaciones de más de cien

investigadores y setenta instituciones de investigación de más de treinta países. A través de siete bloques de trabajo, el proyecto se propone consolidar datos científicos contrastados que inspiren el diálogo público y político sobre los retos que plantean a la sociedad europea las drogas y otras adicciones y que estimulen el debate sobre los enfoques de las adicciones.

El proyecto «Sujetar los eslabones de la cadena: comprender las consecuencias indeseadas de las medidas internacionales de lucha contra los estupefacientes para la UE (Linksch)» comenzó en febrero de 2012 y reúne a siete socios de cuatro países que propugnan la aplicación de una política más amplia en este ámbito dirigida a minimizar las consecuencias indeseadas. Por último, la Red del Espacio Europeo de Investigación (ERA-NET) sobre drogas ilegales estará en marcha en 2013.

También el «Programa sobre prevención e información en materia de drogas» (DPIP), de la Comisión Europea, ha financiado varios proyectos, entre ellos un estudio sobre «Análisis complementario del mercado de drogas ilegales en la UE y de las respuestas al mismo», que analizó las características y el funcionamiento de los mercados de cannabis, cocaína, anfetaminas y éxtasis de la Unión Europea, y el proyecto «Nuevos instrumentos metodológicos para evaluación de las políticas y los programas» (DPE), en el que se están elaborando indicadores para seguir la oferta y la demanda de drogas ilegales y para evaluar las políticas e intervenciones (7).

DRUID: Conducción bajo los efectos de drogas, del alcohol y de medicamentos

El proyecto DRUID, que se completó en 2011, trató de ofrecer nuevas perspectivas del impacto del alcohol, las drogas ilegales y los medicamentos sobre la seguridad vial, y elaboró recomendaciones para la política sobre esta materia. Se usaron protocolos armonizados de recogida de datos para obtener muestras de los líquidos corporales de unos 50 000 conductores seleccionados al azar en trece países europeos y de 4 500 conductores lesionados gravemente o fallecidos en accidente. Se observó que el 3,5 % de los conductores tenían alcohol en el organismo. El 1,5 % superaban el límite legal común de alcohol en sangre de 0,5 g por litro, lo que aumentaba significativamente el riesgo de muerte en un accidente de tráfico en comparación con los conductores que no habían consumido alcohol.

Los restos de drogas ilegales detectados con mayor frecuencia en los conductores evaluados al azar fueron los de tetrahidrocannabinol (THC) (1,3 %) y los de cocaína (0,4 %). La presencia de THC se asoció a un ligero aumento del riesgo de lesión para el conductor o de responsabilidad suya en un accidente mortal, mientras que la presencia de

cocaína y de anfetamina aumentó significativamente los riesgos para el propio conductor. Se detectaron sustancias psicotrópicas, principalmente benzodiazepinas, en el 1,4 % de los conductores, con el correspondiente y significativo aumento del riesgo de muerte en accidente de tráfico. Todos los riesgos aumentaron grandemente cuando las sustancias se combinaban con alcohol u otras drogas, como suele ocurrir en Europa.

Atendiendo a las respuestas observadas, el proyecto constató que la mayor parte de los dispositivos y técnicas utilizados en la detección de drogas en la circulación no son suficientemente precisos. Las intervenciones que resultan eficaces son la retirada del permiso de conducir durante períodos de hasta doce meses y los programas de rehabilitación. Sin embargo, su eficacia depende de que se trace la adecuada distinción entre los distintos tipos de causantes. En todo caso, una de las principales conclusiones de DRUID fue que los esfuerzos para frenar la conducción bajo los efectos de las drogas no deben distraer recursos de los esfuerzos para frenar la conducción bajo los efectos del alcohol.

(7) Puede consultarse más información sobre las investigaciones acerca del problema de las drogas en Europa en la página web de investigación del OEDT.

Evolución de la investigación sobre las adicciones ⁽¹⁾

La investigación sobre las adicciones casi se triplicó, en términos cuantitativos, en los Estados miembros en el último año, aunque los científicos de los Estados Unidos siguen acaparando un tercio de las nuevas publicaciones. En 2011 creció el número de artículos sobre el alcohol, la nicotina o los psicoestimulantes, aunque se observaron también fuertes aumentos de los estudios genéticos y sobre técnicas de imagen en el ámbito de las adicciones. No obstante, menos del 7 % de los estudios se referían a ensayos clínicos relativos a nuevas estrategias terapéuticas sobre las adicciones, un ámbito necesitado de desarrollo.

Entre los ensayos clínicos más relevantes publicados al respecto destacan los relativos al tratamiento de sustitución o a los fármacos contra el deseo compulsivo de consumir en los casos de adicción a metanfetamina, al uso de buprenorfina/naxolona en la adicción a opiáceos, o a las nuevas terapias contra la dependencia de opiáceos,

como tetrodotoxina. Otros estudios se centraron en la base conductual, fisiológica y molecular del aprendizaje asociativo, o condicionado, en los paradigmas de abuso de drogas, o en la exploración de nuevos posibles objetivos para el desarrollo terapéutico.

Gran parte de las investigaciones neurocientíficas sobre las adicciones se centran en el sistema de recompensa y en la dopamina del cerebro, aun cuando nuevos datos apuntan a otras posibilidades. Por ejemplo, estudios de neuroimagen en animales y en seres humanos han puesto de relieve que el córtex prefrontal tiene una influencia importante en la conducta de drogadicción. Las interacciones entre las regiones dorsal y ventral del córtex prefrontal cambian a lo largo del proceso de adicción, lo que sugiere la intervención de neurotransmisores como la noradrenalina, la serotonina, el glutamato y los cannabinoides.

⁽¹⁾ Preparado por los miembros del Comité científico del OEDT Fernando Rodríguez de Fonseca y Jean-Pol Tassin.

Capítulo 2

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

Introducción

Este capítulo ofrece una panorámica de las respuestas a los problemas relacionados con las drogas en Europa y, en la medida de lo posible, destaca tendencias y evoluciones. Primero se examinan las medidas de prevención, seguidas de las intervenciones en los ámbitos del tratamiento, la reinserción social y la reducción de daños. Todas estas medidas forman parte de un sistema global de reducción de la demanda de drogas y están cada vez más coordinadas e integradas. La última sección se centra en el establecimiento de prioridades en el cumplimiento de la legislación sobre drogas y en las infracciones de la misma.

Prevención

La prevención en materia de drogas se articula en diferentes niveles o estrategias, desde la dirigida a la sociedad en su conjunto (prevención ambiental) hasta la dirigida a las personas en situación de riesgo (prevención indicada). Los retos principales que se plantean a las políticas de prevención consisten en ajustar esos diferentes niveles de prevención al grado de vulnerabilidad de los grupos destinatarios (Derzon, 2007) y garantizar que las intervenciones cuentan con una base científica y una cobertura suficiente. La mayoría de las estrategias de prevención se centran en el uso de sustancias en general y algunas también en problemas asociados, como la violencia y las conductas de riesgo sexual; solo un número reducido de programas se centran en una sustancia concreta, ya sea el alcohol, el tabaco o el cannabis.

Estrategias de prevención ambiental

Las estrategias de prevención ambiental tienen por objeto cambiar el entorno cultural, social, material y económico en el que las personas toman sus decisiones sobre el consumo de drogas. Suelen incluir medidas como la fijación de los precios del alcohol o las prohibiciones de la publicidad y del consumo de tabaco, de cuya eficacia hay pruebas claras. Otras estrategias ambientales se centran en el desarrollo de entornos educativos protectores. Entre

los ejemplos comunicados por los países europeos cabe mencionar los consistentes en la promoción de un clima de aprendizaje positivo y de apoyo (Polonia, Finlandia), la educación en las normas y valores de la ciudadanía (Francia) y la mayor presencia policial en los barrios para hacer los centros educativos más seguros (Portugal).

Se ha argumentado que una serie de problemas sociales, como el consumo de sustancias, los embarazos juveniles y la violencia, son más frecuentes en los países con elevados niveles de desigualdad social y sanitaria (Wilkinson y Pickett, 2010). Muchos países escandinavos, como Finlandia, ponen muchos esfuerzos en políticas ambientales generales dirigidas a favorecer la inclusión social a escala de la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad y que contribuyen y ayudan a mantener niveles más bajos de consumo de drogas. En estos países se aplican menos los programas y las intervenciones de prevención dirigidos a problemas o drogas concretos.

Prevención universal

La prevención universal se dirige a todas las poblaciones, principalmente en entornos escolares y de la comunidad. Su objetivo es reducir las conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias ofreciendo a los jóvenes las competencias necesarias para impedirlo o retrasarlo. Una evaluación reciente del programa de prevención «Desenchufado» de la República Checa observó que los estudiantes participantes notificaron tasas significativamente reducidas de tabaquismo, así como casos menos frecuentes de consumo de tabaco, de embriaguez, de consumo de cannabis y de consumo de drogas de cualquier tipo (Gabrhelik y otros, 2012). No obstante, informes recientes aluden a reducciones presupuestarias en materia de prevención universal en Grecia y España y en los niveles de dotación de personal en este campo en Letonia, que confirman las sugerencias previas de que se trata de un área afectada por los recortes presupuestarios en este período de recesión económica (OEDT, 2011a).

El manual de estándares de prevención de la UE (OEDT, 2011b) ha sido diseñado para ayudar a los Estados

Prevención: el contexto ambiental

Recientes hallazgos de las neurociencias sociales (Steinberg, 2008) apoyan las pruebas de los estudios sociales indicativas de que el contexto ambiental influye en gran medida en la adopción por los adolescentes de conductas de riesgo.

Hacia la pubertad aumentan los comportamientos de riesgo como consecuencia de los cambios en el sistema socioemocional del cerebro, que inducen la búsqueda de recompensas y reducen el control de los impulsos en presencia de los compañeros. Este aumento de la sensibilidad a las opiniones y las normas percibidas de los demás puede contribuir a explicar por qué muchas conductas de riesgo de los adolescentes, como el consumo incontrolado de drogas y de alcohol y la conducción temeraria, se producen casi exclusivamente en contextos sociales. En los momentos decisivos, puede ocurrir que los jóvenes en grupo no tomen «decisiones informadas» o no evalúen los riesgos de forma racional.

Los estudios hechos sugieren que, en lugar de concentrarse en el suministro de información, las intervenciones de prevención para los jóvenes deben enfocar las normas y percepciones de normalidad. Subrayan la importancia, desde una perspectiva de prevención, de centrarse en contextos ambientales como la escuela, la familia o los entornos recreativos. Los estudios destacan asimismo la importancia del control de los padres y apoyan las medidas dirigidas a limitar las oportunidades de que se produzcan consecuencias perjudiciales en los entornos en los que los jóvenes interactúan en grupo, especialmente los recreativos y de vida nocturna. Por encima de todo, las pruebas apoyan el enfoque de prevención ambiental, que depende más del cambio de los contextos que de la persuasión por sí sola.

miembros a garantizar la calidad de sus programas en este ámbito, y se han notificado mejoras en varios países. Recientemente, Irlanda ha evaluado la aplicación de su programa de prevención nacional en las escuelas de posprimaria. La República Checa ha introducido mejoras en su régimen de ayudas a la prevención, estableciendo el primer sistema de certificación de Europa, lo que significa que únicamente se concede financiación para los programas certificados. Con la certificación de los profesionales se trata de mejorar la calidad de aplicación de los programas de prevención y de garantizar el gasto eficiente de los fondos públicos.

Prevención selectiva

La prevención selectiva se dirige a grupos o familias específicos, o bien a comunidades en las que las personas,

a causa de sus reducidos vínculos sociales y recursos, pueden ser más propicias a desarrollar un hábito de consumo de drogas o evolucionar hacia una dependencia. Alemania, Dinamarca, España, Portugal y Austria han aplicado programas de prevención para alumnos de los centros de formación profesional, que constituyen un grupo de jóvenes de elevado riesgo en lo que respecta al consumo de drogas. Irlanda ha adoptado un enfoque de prevención más amplio entre los jóvenes, tratando de mejorar la alfabetización y la competencia numérica de los estudiantes desfavorecidos. Las intervenciones a escala de la comunidad dirigidas a grupos de jóvenes de alto riesgo, como las notificadas por Italia y por algunos municipios del norte de Europa, combinan estrategias individuales y ambientales a través de la asistencia social, el trabajo con jóvenes y la cooperación formal entre entidades locales y organizaciones no gubernamentales. Estos enfoques van dirigidos a jóvenes de alto riesgo sin incluirles en programas específicos.

Son frecuentes en Europa los enfoques de intervención precoz, pero el objeto y contenido de los programas varían entre unos países y otros. La reciente política de prevención del Reino Unido ha devuelto a este tipo de intervenciones su significado original: prestar apoyo social, emocional y al aprendizaje a los niños inmersos en situaciones desfavorecidas durante sus primeros años de vida ⁽⁸⁾. Lo que se pretende es retrasar o prevenir la aparición de los problemas (incluido el consumo de sustancias), en lugar de esperar y responder a los problemas cuando aparecen (Allen, 2011). Los programas para los padres pueden desempeñar también un importante papel en estas estrategias de intervención precoz, pero el trabajo anticipativo con ellos y su formación siguen siendo infrecuentes en el ámbito de la prevención selectiva.

Prevención indicada

La prevención indicada tiene por objeto identificar a las personas con problemas psicológicos o de conducta que podrían predisponerles al consumo problemático de drogas en una etapa posterior de su vida, y desarrollar intervenciones concretas para ellas. En la mayoría de los países europeos, la prevención indicada sigue basándose en la oferta de consejo a los consumidores jóvenes de sustancias. Una excepción es Preventure ⁽⁹⁾, un programa canadiense adaptado a la situación del Reino Unido que se dirige selectivamente a los bebedores jóvenes buscadores de emociones. Se trata de uno de los programas actuales más positivamente evaluados y ahora también se aplica en la República Checa y en los Países Bajos.

⁽⁸⁾ Diferente del uso reciente del término «intervención precoz» en el sentido de intervención realizada en una fase «precoz» de la práctica de consumo de sustancias.

⁽⁹⁾ Disponible en el sitio web de la base de datos de intercambio sobre actividades de reducción de la demanda de drogas (EDDRA)

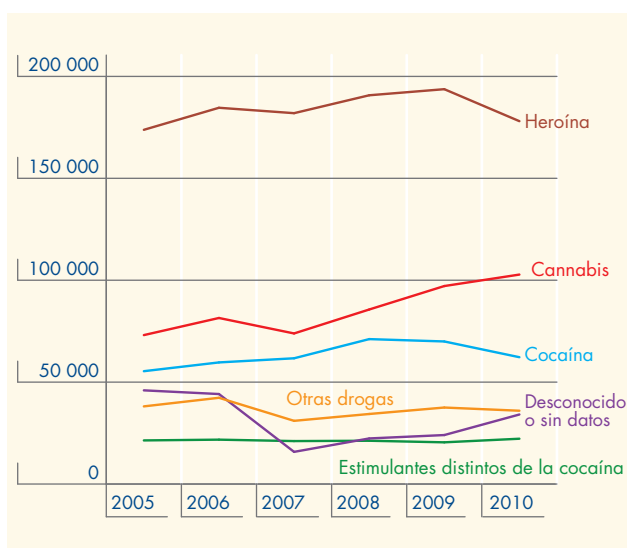
Tratamiento

Las intervenciones psicosociales, la sustitución de opiáceos y la desintoxicación son las principales modalidades utilizadas para el tratamiento de los problemas de drogas en Europa. La importancia relativa de esas diferentes modalidades en cada país depende de distintos factores, tales como la organización del sistema nacional de asistencia sanitaria. Los servicios de tratamiento de drogadicciones pueden prestarse en distintos entornos: unidades especializadas, ya sean ambulatorias u hospitalarias, centros y hospitales de salud mental, unidades de establecimientos penitenciarios, centros de bajo umbral o consultas de medicina general.

No existen datos que permitan describir el conjunto de la población de consumidores de droga que están recibiendo actualmente tratamiento para su drogodependencia en Europa. No obstante, el indicador de la demanda de tratamiento del OEDT recoge información sobre un importante subgrupo de esa población, constituido por todos los que reciben servicios especializados de tratamiento de drogodependencias, que permite conocer sus características y perfiles de consumo de drogas ⁽¹⁰⁾. En 2010, el indicador registró unas 472 000 personas que iniciaron tratamiento, el 38 % (178 000) de ellas por primera vez en su vida. La heroína, el cannabis y la cocaína son las drogas principales que han justificado este tratamiento en los últimos cinco años, habiéndose observado el mayor incremento con el cannabis (véase el gráfico 2).

Basándose en diferentes fuentes, entre ellas el indicador de demanda mencionado y los registros nacionales de sustitución de opiáceos, puede estimarse que al menos 1 100 000 personas recibieron tratamiento por consumo de drogas ilegales en la Unión Europea, Croacia, Turquía y Noruega en 2010 ⁽¹¹⁾. Aunque en más de la mitad de los casos el tratamiento consistió en sustitución de opiáceos, un número considerable de esas personas recibieron otras formas de tratamiento por problemas relacionados con el consumo de opiáceos, estimulantes, cannabis y otras drogas ilegales ⁽¹²⁾. Esta estimación del tratamiento de la drogadicción en la Unión Europea, aunque todavía mejorable, revela un alto nivel de tratamiento, al menos para los consumidores de opiáceos. Tal es la consecuencia de una importante expansión en las últimas dos décadas de los servicios ambulatorios

Gráfico 2: Tendencias del número estimado de pacientes que inician tratamiento por drogas



N. B.: Para más información, véase el gráfico TDI-1 (parte ii) del boletín estadístico de 2012.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

especializados, con la notable intervención de los servicios de atención primaria, los servicios generales de salud mental, los servicios de asistencia social y los proveedores de servicios de bajo umbral.

Tratamiento en régimen ambulatorio

Se dispone de información sobre unos 400 000 consumidores de drogas que empezaron a recibir tratamiento ambulatorio especializado en 2010. Casi la mitad (48 %) mencionaron los opiáceos, en especial la heroína, como droga principal consumida, mientras que el 27 % mencionaron el cannabis, el 17 % la cocaína y el 4 % otros estimulantes distintos de la cocaína ⁽¹³⁾. La vía más frecuente de acceso al tratamiento fue la presentación voluntaria (35 %), seguida por la derivación por los servicios sanitarios o sociales (29 %) y la derivación por el sistema de la justicia penal (20 %). Los demás pacientes fueron derivados por familiares, amigos y redes informales ⁽¹⁴⁾.

Los consumidores de drogas que inician un tratamiento en régimen ambulatorio tienen, en promedio, 31 años de edad. Los hombres superan en número a las mujeres en una proporción de casi cuatro a uno, lo que refleja en parte el

⁽¹⁰⁾ El indicador de la demanda de tratamiento recibe datos de centros especializados en el tratamiento de drogodependencias de veintinueve países. La mayoría de los países facilitan datos de más del 60 % de sus unidades, aunque en algunos países no se conoce el porcentaje de unidades cubiertas (véase el cuadro TDI-7 del boletín estadístico de 2012).

⁽¹¹⁾ Véanse el recuadro «Estimación del número de consumidores de drogas en tratamiento en Europa», y el cuadro HSR-10 del boletín estadístico de 2012.

⁽¹²⁾ Se ofrece información más detallada sobre los tipos concretos de tratamientos para las diferentes sustancias en los capítulos respectivos.

⁽¹³⁾ Véase el cuadro TDI-19 del boletín estadístico de 2012.

⁽¹⁴⁾ Véase el cuadro TDI-16 del boletín estadístico de 2012.

predominio masculino entre los consumidores de drogas más problemáticos. La proporción entre hombres y mujeres es elevada para todas las sustancias, aunque varía según la droga y el país ⁽¹⁵⁾. Es normalmente más alta en los países meridionales de Europa y entre los consumidores de cocaína y de cannabis; se notifican proporciones más bajas en el norte de Europa y entre los consumidores de estimulantes y de opiáceos ⁽¹⁶⁾. De los pacientes que inician tratamiento, los consumidores de cannabis como droga principal son casi diez años más jóvenes (25) que los consumidores de cocaína (33) y de opiáceos (34) como droga principal. En términos generales, los pacientes más jóvenes (26-27 años) se registran en Eslovaquia, Hungría, Polonia y Rumanía y los de más edad (34-35 años) en Italia, Portugal y Noruega ⁽¹⁷⁾.

Las dos modalidades principales de tratamiento en régimen ambulatorio en Europa son las intervenciones psicosociales y la sustitución de opiáceos. Incluyen el consejo, el refuerzo de la motivación, las terapias cognitivo-conductuales, la gestión de casos, las terapias de grupo y familiares y la prevención de las recaídas. Las intervenciones psicosociales ofrecen apoyo a los consumidores en sus intentos de gestionar y superar sus problemas con las drogas, y constituyen la principal forma de tratamiento para los consumidores de drogas estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas ⁽¹⁸⁾. Se ofrecen también a los consumidores de opiáceos, generalmente en combinación con un tratamiento de sustitución.

En casi todos los países, la competencia de la oferta de tratamiento psicosocial en régimen ambulatorio es compartida por instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales. Aunque las instituciones públicas son el principal proveedor en veinte países, las organizaciones no gubernamentales lo son en ocho ⁽¹⁹⁾ y aparecen como segundo proveedor en otros once. Los proveedores comerciales tienen en general una importancia menor en esta modalidad de tratamiento, pero aparecen como segundo proveedor en ocho países (Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Chipre, Letonia, Lituania, Eslovaquia, Turquía), en los que atienden a una proporción de pacientes que varía entre el 5 % y el 35 %.

En una encuesta de 2010, los expertos nacionales señalaron que, en Europa, el tratamiento psicosocial en

régimen ambulatorio estaba a disposición de casi todos los que lo pedían en catorce países y de la mayoría de los que lo pedían en once países. No obstante, en tres países (Bulgaria, Estonia, Rumanía) estaba a disposición de menos de la mitad de quienes lo pedían de forma activa. Estas proporciones podrían ocultar variaciones considerables entre los países y diferencias en la disponibilidad de los programas para grupos destinatarios específicos, como los consumidores de más edad o las minorías étnicas. Algunos países informan de dificultades para prestar servicios especializados en una época de recesión económica y recortes presupuestarios.

En lo que respecta al acceso a tratamiento psicosocial en régimen ambulatorio, expertos de doce de los veintinueve países que facilitaron información indicaron que no había ningún período de espera, mientras que en once países había un período de espera medio inferior a un mes. En Noruega, ese período se estima en ocho semanas, mientras que no pudieron hacer ninguna estimación los expertos de cuatro países. En Dinamarca, por imperativo legal, el tratamiento se inicia en el plazo de catorce días.

El tratamiento de sustitución de opiáceos es la principal modalidad terapéutica para los consumidores de este tipo de drogas en Europa. En general se administra en régimen ambulatorio, aunque en algunos países se ofrece también en régimen de ingreso en centros sanitarios y cada vez más en establecimientos penitenciarios ⁽²⁰⁾. Por su parte, los médicos generales que pasan consulta, a menudo en regímenes de asistencia compartida con centros especializados, desempeñan una función cada vez más destacada. Se ofrece tratamiento de sustitución de opiáceos en todos los Estados miembros de la UE, así como en Croacia, Turquía y Noruega ⁽²¹⁾. En términos generales, se estima que en 2010 se administraron en Europa unos 710 000 tratamientos de sustitución. En comparación con 2009, en la mayoría de los países aumentó el número de pacientes, aunque España y Eslovaquia informaron de pequeñas disminuciones ⁽²²⁾.

Tratamiento en régimen de ingreso

Se dispone de datos sobre unos 50 000 consumidores de drogas que iniciaron tratamiento de la drogadicción en régimen de ingreso en Europa en 2010 ⁽²³⁾. La principal

⁽¹⁵⁾ Para información sobre las personas en tratamiento en función de la sustancia consumida como droga principal, véanse los capítulos respectivos.

⁽¹⁶⁾ Véase el cuadro TDI-21 del boletín estadístico de 2012.

⁽¹⁷⁾ Véanse los cuadros TDI-9 (parte iv) y TDI-103 del boletín estadístico de 2012.

⁽¹⁸⁾ Para información sobre el tratamiento en función de la sustancia consumida como droga principal, véanse los capítulos respectivos.

⁽¹⁹⁾ Las instituciones públicas y las organizaciones no gubernamentales tienen la misma cuota de personas sometidas a tratamiento psicosocial en régimen ambulatorio (y de ingreso) en Bulgaria.

⁽²⁰⁾ Véase la «Cuestión específica» de 2012 sobre los consumidores de drogas en establecimientos penitenciarios.

⁽²¹⁾ Véanse los cuadros HSR-1 y HSR-2 del boletín estadístico de 2012.

⁽²²⁾ Véase el cuadro HSR-3 del boletín estadístico de 2012. Para más información sobre la disponibilidad, accesibilidad y tendencias del tratamiento de sustitución, véase el capítulo 6.

⁽²³⁾ Esta cifra debe interpretarse con precaución, porque no incluye a todos los consumidores que se someten a tratamiento en régimen de ingreso.

Estimación del número de consumidores de drogas en tratamiento en Europa

Desde 2008, el OEDT recoge anualmente datos sobre el número total de pacientes sometidos a tratamiento de la drogodependencia en Europa. Para 2010, catorce países ofrecieron estimaciones fiables mínimas del número total de esas personas: unas 900 000. Para los dieciséis países restantes se usó un subconjunto de datos constituido por el número más alto de los dos siguientes: el de demandas de tratamiento o el de pacientes en tratamiento de sustitución de opiáceos. En concreto, se empleó esta segunda opción en siete países (171 000 pacientes) y la primera en nueve países (48 000 pacientes). En conjunto, estos datos indican que al menos 1,1 millones de personas estuvieron en contacto con los servicios de tratamiento en Europa en 2010. El OEDT colabora con los Estados miembros en la garantía de calidad de las estimaciones nacionales de la población total sometida a tratamiento, que mejorará aún más esas estimaciones a escala europea.

droga notificada por la mitad de estos pacientes fueron los opiáceos (48 %), seguidos del cannabis (16 %), las anfetaminas y otros estimulantes distintos de la cocaína (13 %) y la cocaína (6 %). Los pacientes eran en su mayoría hombres jóvenes, con una edad media de 31 años y una proporción de unos tres hombres por cada mujer ⁽²⁴⁾.

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

En los centros en régimen de ingreso, los pacientes reciben alojamiento y tratamientos psicosociales estructurados e individualizados, y participan en actividades orientadas a su rehabilitación y reinserción social. En estos contextos se adopta a menudo un enfoque terapéutico comunitario ⁽²⁵⁾. También los hospitales psiquiátricos ofrecen tratamiento de la drogodependencia en régimen de ingreso, especialmente a los pacientes que presentan comorbilidad con trastornos psiquiátricos.

Las instituciones públicas son los principales proveedores de tratamientos de desintoxicación en veintidós países, mientras que el sector privado lo es en Chipre y Luxemburgo y el segundo mayor proveedor en otros doce países. Las organizaciones no gubernamentales son los principales proveedores en los Países Bajos, y el segundo mayor en otros ocho países. Según los expertos nacionales, se administra tratamiento de desintoxicación a casi todas las personas que lo piden en doce países y a la mayoría de los que lo piden en otros nueve. Hay siete países (Estonia, Irlanda, Grecia, Hungría, Letonia, Rumanía, Noruega) en los que se administra a menos de la mitad de quienes lo piden de forma activa. En quince países, el tiempo de espera medio estimado es inferior a dos semanas. Es de dos semanas a un mes en ocho países, y de más de un mes en Austria y Eslovenia. Los expertos de tres países no proporcionaron ninguna estimación. Estas estimaciones nacionales de los tiempos de espera podrían ocultar, sin embargo, variaciones importantes dentro de un mismo país.

Las instituciones públicas son los principales proveedores de tratamiento en régimen de ingreso en catorce países, y las organizaciones no gubernamentales en once países. Las instituciones privadas son los principales proveedores en Dinamarca y el segundo mayor proveedor en seis países. Según los expertos nacionales, se administra tratamiento psicosocial en régimen interno a casi todas las personas que lo piden en diez países y a la mayoría en otros once países. En siete países (Bulgaria, Dinamarca, Estonia, Chipre, Hungría, Rumanía, Finlandia), se administra a menos de la mitad de quienes lo piden de forma activa.

Expertos de Grecia, Polonia, Portugal, Eslovaquia y Croacia declararon que no había plazo de espera para el tratamiento en régimen de ingreso. En trece países, el plazo de espera era inferior a un mes, y en cuatro países superior a un mes.

Reinserción social

El nivel de exclusión social entre los consumidores problemáticos de drogas suele ser elevado, especialmente entre los que toman opiáceos. Los datos sobre las condiciones sociales de quienes iniciaron un tratamiento de drogodependencia en 2010 indican que más de la mitad (56 %) estaban desempleados y, en los últimos cinco años, este porcentaje ha aumentado en quince de los veinticuatro países que han facilitado datos sobre tendencias. También era frecuente el bajo nivel de estudios, ya que el 38 % no habían pasado de la

⁽²⁴⁾ Véanse los cuadros TDI-7, TDI-10, TDI-19, TDI-21 y TDI-24 del boletín estadístico de 2012.

⁽²⁵⁾ Véase el recuadro «Comunidades terapéuticas para la rehabilitación de los consumidores de drogas en Europa».

Comunidades terapéuticas para la rehabilitación de los consumidores de drogas en Europa

La comunidad terapéutica ha sido históricamente identificada como un entorno libre de drogas en el que personas con problemas de drogas (y de otros tipos) conviven de forma organizada y estructurada para promover el cambio social y psicológico. Los consumidores son considerados como participantes activos en su propio tratamiento y en el tratamiento de los demás, y la responsabilidad cotidiana de la marcha de la comunidad es compartida por ellos mismos y por el personal. En los últimos años, este planteamiento se ha ido adaptando para atender las necesidades de los pacientes en tratamiento de sustitución de opiáceos, de los adolescentes, de los hombres y mujeres sin hogar, de las madres y sus hijos, de los infectados por el VIH o de las personas con problemas de salud mental.

Una publicación de 2013 en la serie «Insights» del OEDT examinará la función de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de los consumidores de drogas en Europa.

enseñanza primaria y el 2 % ni siquiera alcanzaban ese nivel. Había asimismo muchas personas sin hogar, ya que el 10 % no tenían alojamiento estable.

La mejora de la capacidad individual para conseguir y mantener el empleo —la empleabilidad— es un elemento clave de la reinserción social de los consumidores de drogas. Las intervenciones en este ámbito reconocen que el consumo de drogas y los problemas consiguientes pueden poner en peligro no solo la entrada y la reinserción en el mercado de trabajo, sino también la capacidad para conservar el empleo. La formación profesional en Europa abarca una amplia gama de programas que tratan de mejorar las destrezas y cualidades necesarias para encontrar y conservar el empleo, tales como las destrezas de realización de entrevistas y de presentación, la gestión del tiempo, la alfabetización informática, la autoeficacia y el compromiso con el trabajo. Además, en algunos casos se ofrecen planes de desarrollo de competencias y cualificaciones laborales concretas por parte de los servicios de tratamiento de la drogodependencia y de proveedores especializados, como los organismos nacionales de formación y los servicios de empleo (OEDT, 2011a).

Un enfoque prometedor es el que incluye la integración de actividades de apoyo, tales como las de orientación profesional, las de formación para la adquisición de destrezas y las de colocación, en los programas de los tratamientos de la drogodependencia. Entre los modelos que se han estudiado está el basado en la oferta de

formación en adquisición de destrezas a consumidores de drogas en desempleo que reciben tratamiento psicosocial en régimen ambulatorio. Se ha evaluado asimismo la eficacia de la orientación profesional individual, del apoyo a la búsqueda de trabajo, del empleo subvencionado, de la gestión de casos y de otras intervenciones en pacientes beneficiarios de tratamiento de sustitución. Varios estudios han dado resultados alentadores en algunas medidas de resultados, tales como la tasa de empleo, la percepción de ingresos y la utilización de servicios de bienestar (OEDT, 2012b). No obstante, no se han identificado intervenciones que den resultados sistemáticamente positivos, y las diferencias en el enfoque, en las poblaciones de estudio y en los resultados evaluados, así como su carácter no repetitivo, impiden sacar conclusiones firmes al respecto (Foley y otros, 2010). Por otra parte, los datos disponibles se centran casi exclusivamente en intervenciones de reinserción social para los consumidores de opiáceos, mientras que no se abordan de manera sistemática las necesidades de los pacientes en tratamiento que utilizan otros medicamentos.

El trabajo y otras actividades que promueven un sentimiento de inclusión y brindan oportunidades de contacto social pueden ayudar a prevenir las caídas y las recaídas entre los consumidores de drogas (McIntosh y otros, 2008). En algunos países europeos se está experimentando, en el mundo de la economía social, con las cooperativas dedicadas a «tareas de recuperación», como transición de la situación de tratamiento a la de empleo (Bélgica, la República Checa, España, Letonia, Finlandia). Se trata de pequeñas empresas que ayudan a entrar o a volver al mundo del trabajo y que, al mismo tiempo, hacen hincapié en el apoyo, en los servicios para la comunidad y en la participación en la vida comunitaria. Hay además otras intervenciones especializadas que, integradas en los problemas de tratamiento de las drogodependencias y de rehabilitación, pueden mejorar las probabilidades de obtener resultados positivos. Entre ellas hay que incluir el apoyo al empleo de grupos de contratación difícil, como el de los consumidores de drogas causantes de delitos o con problemas de salud mental (OEDT, 2012b). Con todo, aunque los programas consigan enseñar destrezas de empleabilidad, los consumidores de drogas han de competir en el mercado de trabajo con otros candidatos en momentos de alto nivel de desempleo en muchos países.

Reducción de daños

Tras la aparición del VIH entre los consumidores de drogas hace más de veinticinco años, han aumentado y se han vigorizado en Europa las respuestas al consumo

Publicación de la serie «Insights» sobre la mejora de la participación en el mercado de trabajo de los consumidores de drogas en tratamiento

Una nueva publicación del OEDT expone la evolución reciente de la reinserción social de los consumidores de drogas y las pruebas de eficacia de las intervenciones para la mejora de la empleabilidad. La publicación trata de ayudar a los responsables de la formulación de políticas y a los profesionales del sector a elaborar estrategias eficaces para promover la integración social de los consumidores de drogas.

«Cuestión particular» sobre los consumidores de drogas con hijos

Una «Cuestión particular» publicada por el OEDT se centra en el tema de los consumidores de drogas con hijos. Aborda, entre cuestiones, las opciones de tratamiento para las consumidoras embarazadas, la reducción de las barreras de acceso al tratamiento de los consumidores de drogas con hijos y los programas de prevención dirigidos a ellos.

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

de drogas y se ha intensificado su integración con otros servicios sanitarios, terapéuticos y de asistencia social. La reducción de daños abarca actualmente todo lo relativo a las necesidades sanitarias y sociales en sentido amplio de los consumidores de drogas problemáticos, sobre todo de los que sufren exclusión social. Las intervenciones fundamentales en este campo corresponden a los programas de tratamiento de sustitución de opiáceos y de reposición de jeringuillas y agujas, que tienen como objetivo reducir el número de muertes por sobredosis y la propagación de enfermedades infecciosas. Otras intervenciones son las de asistencia social, promoción de la salud y educación sanitaria, y suministro de equipos de inyección distintos de las agujas y jeringuillas. La reducción de daños abarca una amplia gama de conductas y daños, incluidos los relacionados con el alcohol y con el consumo de drogas recreativo (OEDT, 2010b).

En 2003, el Consejo Europeo recomendó una serie de políticas e intervenciones a los Estados miembros de la UE para abordar la gestión de los daños relacionados con la salud asociados a la drogodependencia ⁽²⁶⁾. En un informe de seguimiento de 2007, la Comisión Europea confirmó que la prevención y reducción de los daños relacionados

con las drogas son objetivos de salud pública en todos los países ⁽²⁷⁾. Las políticas nacionales en materia de drogas han ido atendiendo cada vez más los objetivos de reducción de daños definidos en la estrategia de la UE en este campo, y en la actualidad hay un amplio acuerdo entre los países sobre la importancia de reducir la propagación de enfermedades infecciosas y la morbilidad y mortalidad por sobredosis y otros daños.

En las dos últimas décadas, las políticas de reducción de daños han fomentado la adopción de enfoques basados en datos contrastados y han ayudado a eliminar las barreras de acceso a los servicios. El resultado ha sido un aumento significativo en Europa del número de consumidores de drogas que están en contacto con los servicios de salud y reciben tratamiento. Se observan intervenciones de este tipo en todos los Estados miembros de la UE y, aunque algunos solo están empezando a desarrollar los servicios, la mayoría pueden comunicar elevados niveles de prestación y de cobertura.

Aun cuando las medidas de reducción de daños han contribuido al control del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa, con la consiguiente y considerable disminución de las declaraciones de nuevas infecciones, el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública y se han notificado nuevos brotes ⁽²⁸⁾. Junto con el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), el OEDT publicó unas directrices para los responsables de la formulación de políticas en los ámbitos de las drogas y de las enfermedades infecciosas en las que se ofrece una síntesis de los datos contrastados actuales en la prevención y el control de esas enfermedades entre los consumidores de drogas por vía parenteral (ECDC y OEDT, 2011). Estas directrices conjuntas tratan de mejorar las probabilidades europeas de prevenir la mayor parte, si no la totalidad, de las infecciones por el VIH relacionadas con la vía parenteral.

Normas de calidad

El estudio EQUUS de la Comisión Europea trata de alcanzar un consenso europeo sobre las normas mínimas de calidad en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas. El informe final de 2012 propone treinta y tres normas mínimas para la prevención del consumo de drogas, veintidós para el tratamiento de la drogodependencia o la rehabilitación y dieciséis para la reducción de daños en Europa ⁽²⁹⁾. Estas normas mínimas operan a tres niveles (las intervenciones, los servicios y el

⁽²⁶⁾ 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 (2003/488/CE).

⁽²⁷⁾ COM(2007) 199 final.

⁽²⁸⁾ Véase el recuadro «Brotes de VIH en Grecia y en Rumanía» (capítulo 7).

⁽²⁹⁾ El informe final puede consultarse en línea.

sistema), que corresponden a las diferentes necesidades de los profesionales, los gestores de los servicios y los responsables de la formulación de políticas.

El estudio EQUUS incluye también una revisión, en la que participaron expertos de veinticuatro países europeos, de las normas de calidad existentes ya aplicadas a escala nacional. En relación con los procesos de tratamiento de la drogodependencia, las normas más frecuentemente mencionadas como vigentes son las relativas a la confidencialidad de los datos de los clientes y a la evaluación de su historia de consumo de drogas, mientras que las menos mencionadas son las referentes a la cooperación habitual con otros servicios y a la formación continua del personal. En el ámbito de los resultados del tratamiento, los dos tipos de normas más mencionadas son las relativas a la mejora de la salud y a la reducción del consumo de sustancias. Entre las menos mencionadas se encuentran las referidas a la evaluación externa y a la supervisión del alta de los clientes, en relación con las cuales se señalan problemas de aplicación.

El estudio señala la existencia de un amplio nivel de consenso en Europa en torno un conjunto de normas de calidad mínimas en materia de reducción de la demanda de drogas, que pueden servir de referencia útil para el examen de la evolución futura. La lista completa de las normas comentadas en el estudio EQUUS y de los resultados observados puede encontrarse en el portal de buenas prácticas.

Cumplimiento de la legislación sobre drogas e infracciones

El cumplimiento de la legislación sobre drogas es un importante componente de las políticas nacionales y europeas en este ámbito. Incluye una gran diversidad de intervenciones que corresponden principalmente a las fuerzas policiales y de seguridad del Estado (por ejemplo, aduanas). Aquí se comenta brevemente una cuestión importante para las fuerzas de seguridad: la fijación de prioridades estratégicas y operativas. La sección concluye con un resumen de las infracciones de la legislación sobre drogas.

Fijación de prioridades estratégicas y operativas

La mayoría de las infracciones de la legislación sobre drogas constituyen delitos consentidos, acerca de los cuales se discute, a escala individual e institucional, si está justificada su investigación, cuál debe ser la profundidad de esta y cuánto tiempo ha de mantenerse. Ninguna unidad de las fuerzas de seguridad puede

«Cuestión particular» sobre las drogas y los establecimientos penitenciarios

Los consumidores de drogas representan una parte importante de la población reclusa y presentan en términos desproporcionados problemas sociales y de salud relacionados con ese hábito. En Europa se les ofrece ayuda en los establecimientos penitenciarios, aunque los tipos de intervenciones, de tratamiento y de servicios varían mucho.

Una «Cuestión particular» publicada por el OEDT sobre las drogas y los establecimientos penitenciarios ofrece una visión de conjunto actualizada del consumo de drogas y los problemas correspondientes en la población reclusa, de las condiciones sanitarias y sociales de esta, y de las intervenciones centradas en el consumo y en sus consecuencias.

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

trabajar en todas las infracciones de la legislación sobre drogas que se descubran, y hay que concederle un cierto grado de discrecionalidad (Dvorsek, 2006). El proceso de fijación de las prioridades depende tanto de los datos sobre el cumplimiento de la ley como de la «experiencia investigadora» o del conocimiento de las fuerzas de seguridad al respecto. En todo caso, aunque esas prioridades no siempre sean transparentes, no son arbitrarias, sino que suelen estar sujetas a una serie de obligaciones legales y organizativas. En ocasiones, se encomienda a una unidad la investigación de un tipo determinado de delito, como la intermediación o la venta de droga al por mayor, o que se ocupe de un aspecto concreto, como la recuperación de los productos del delito. Otras veces, se da prioridad a todo lo relacionado con una droga concreta, por razón de los daños o de la alteración del orden público causados, o incluso debido a la cobertura especialmente intensa de los medios de comunicación (Kirby y otros, 2010). Puede influir también la necesidad de mostrar cifras indicativas de un buen desempeño profesional (Stock y Kreuzer, 1998). Un número elevado de casos investigados puede servir para subrayar la importancia y la urgencia del problema de las drogas en comparación con otras amenazas para la seguridad y, a su vez, justificar la necesidad de actuaciones concretas en este ámbito. En todos los casos, la disponibilidad de recursos humanos y financieros facilitará determinadas opciones, limitando otras.

Aun cuando se hace uso de datos para fijar las prioridades estratégicas y operativas, también estas influyen en los datos que se recogen y se hacen públicos

(Stock y Kreuzer, 1998). Las incautaciones de drogas, por ejemplo, pueden influir en el proceso de fijación de prioridades, pero ser también uno de sus resultados. La administración de justicia puede utilizar la información sobre esas incautaciones como un indicador de la gravedad de los delitos que se persiguen. Unos niveles de incautación elevados pueden sugerir también la necesidad de investigaciones y recursos adicionales. En general, se acepta que las cifras de incautaciones son básicamente un indicador de la actividad de las fuerzas de seguridad y que su interpretación exige un conocimiento del contexto en que se producen. Así, pueden ser fruto de la investigación activa de determinados sospechosos o, en términos más generales, deberse a la presencia de las fuerzas de seguridad en lugares como los puertos y aeropuertos. En particular, las operaciones secretas y de vigilancia encubierta centradas en las entregas de drogas ilegales pueden dar lugar a incautaciones importantes. Menos clara está la proporción de estas incautaciones resultantes directamente de la fijación de las prioridades operativas, en comparación con las resultantes de la casualidad.

Los datos sobre infracciones de la legislación sobre drogas (véase el apartado siguiente) constituyen además un indicador directo de la actividad de las fuerzas de seguridad, puesto que se refieren a delitos consentidos que generalmente no son denunciados por las víctimas potenciales. En general, se les considera un indicador indirecto del consumo y el tráfico de drogas, aunque incluyen solo las actividades que llegan a atraer la atención de las fuerzas de seguridad. Para comprender bien los datos relativos al cumplimiento de la legislación sobre drogas, ya se refieran al número de delitos, al de detenciones o al de incautaciones, hay que tener en cuenta, por consiguiente, los procesos subyacentes de fijación de prioridades estratégicas y operativas, junto con sus consecuencias.

Infracciones de la legislación sobre drogas

Los únicos datos sobre delincuencia relacionada con las drogas disponibles normalmente en Europa son los informes iniciales sobre infracciones de las legislaciones nacionales sobre la materia, en su mayoría elaborados por la policía ⁽³⁰⁾. Estos datos se refieren normalmente a delitos relacionados tanto con el consumo de drogas (consumo y posesión para consumo) como con su suministro (producción, tráfico y venta), aunque en algunos países se notifican también otros tipos de delitos (por ejemplo, los relacionados con precursores de las drogas). Suelen reflejar también diferencias nacionales en la legislación, en las prioridades y en

COSI: Comité Permanente de Cooperación en materia de Seguridad Interior

La fijación de prioridades a escala europea en el ámbito del cumplimiento operativo de la legislación sobre drogas es actualmente una competencia del Comité Permanente de Cooperación en materia de Seguridad Interior (COSI) del Consejo y se basa en las evaluaciones de las amenazas de la delincuencia organizada que realiza Europol ⁽¹⁾. El COSI se estableció en 2010 en virtud del Tratado de Lisboa y se creó mediante Decisión del Consejo (Consejo de la Unión Europea, 2009). Está constituido por funcionarios de alto nivel de los ministerios del Interior de los Estados miembros y por representantes de la Comisión, y tiene amplias competencias: facilitar, promover y reforzar la coordinación de las acciones operativas de las autoridades competentes en el ámbito de la seguridad interior.

Entre sus principales tareas figuran el desarrollo, seguimiento y aplicación de la estrategia de seguridad interior, y el apoyo a la aplicación de un ciclo plurianual de políticas dirigido a hacer frente a las principales amenazas delictivas con que se enfrenta la Unión Europea mediante la intensificación de la cooperación entre las autoridades policiales de los Estados miembros, las instituciones de la UE y las agencias de la UE. Con el apoyo del COSI, el Consejo ha adoptado recientemente ocho prioridades en materia de formulación de políticas para el período de 2011 a 2013, tres de ellas sobre el cumplimiento de la legislación sobre drogas. Una de estas prioridades pretende reducir la producción y distribución de drogas sintéticas, incluidas las nuevas sustancias psicotrópicas, en la Unión Europea. En el plan de acción operativo correspondiente, se asigna a Europol y al OEDT el seguimiento rutinario del desmantelamiento de las instalaciones de drogas sintéticas en Europa. El próximo ciclo de políticas, para 2013-17, se basará en la evaluación de 2013 de la amenaza de delincuencia grave y organizada en la Unión.

⁽¹⁾ La fijación de prioridades a escala europea en el ámbito de la política contra las drogas es competencia del Grupo Horizontal «Drogas».

los recursos. Por otra parte, hay grandes diferencias en los sistemas nacionales de información en toda Europa, especialmente en lo que se refiere a los procedimientos de registro y notificación. Por ello, resulta difícil realizar comparaciones válidas de los datos facilitados por los distintos países, y es preferible comparar tendencias que cifras absolutas.

En conjunto, el aumento del número de infracciones de la legislación sobre drogas notificadas en años anteriores se ha frenado desde 2009. Un índice de la UE, basado en los datos facilitados por veintidós Estados miembros que representan el 93 % de la población de 15 a 64 años de la Unión Europea, indica que el número

⁽³⁰⁾ Véase un análisis de la relación entre las drogas y la delincuencia y una definición de «delincuencia relacionada con las drogas» en OEDT (2007b).

de infracciones declaradas aumentó en cerca de un 15 % entre 2005 y 2010, estabilizándose la tendencia desde 2008. Si se consideran todos los países que facilitan información, se aprecia una tendencia al alza en diecinueve y un descenso generalizado en siete durante ese mismo período ⁽³¹⁾.

Infracciones relacionadas con el consumo y el suministro

No se aprecia ningún cambio importante en la relación entre las infracciones de la legislación sobre drogas relativas al consumo y las relativas al suministro en comparación con años anteriores. En la mayoría de los países europeos (veintidós), las infracciones relativas al consumo o a la posesión para consumo personal siguieron representando la mayor parte del total en 2010, dándose las proporciones más altas en España, Francia, Hungría, Austria y Turquía (85-93 %) ⁽³²⁾.

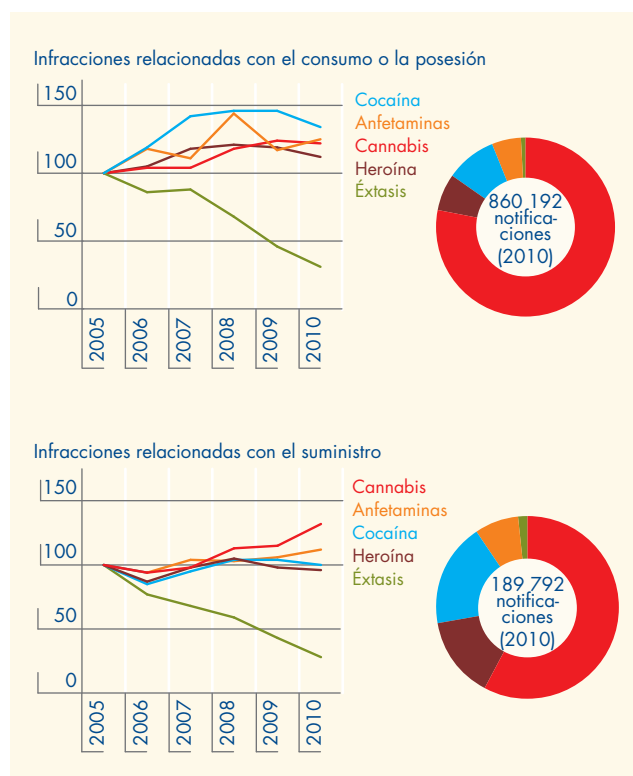
Las infracciones relacionadas con el consumo aumentaron entre 2005 y 2010 en un 19 %. En este análisis hay que señalar algunas diferencias entre países, ya que el número de infracciones aumentó en dieciocho países y disminuyó en siete. Se aprecia, sin embargo, un descenso general en los datos más recientes (2009-10) (gráfico 3). Por su parte, las infracciones relacionadas con el suministro de drogas aumentaron en ese mismo período de 2005-10 en un 17 %. En concreto, veinte países notificaron un aumento, mientras que Alemania, Estonia, los Países Bajos, Austria y Polonia comunicaron un descenso general ⁽³³⁾.

Tendencias por tipos de droga

El cannabis continúa siendo la droga ilegal causante de más infracciones de la legislación sobre drogas en Europa ⁽³⁴⁾. En la mayoría de los países europeos, representó en 2010 entre un 50 % y un 90 % del total. Únicamente en cuatro países quedó por debajo del número de infracciones relacionadas con otras drogas: en la República Checa y Letonia en relación con la metanfetamina (54 % y 34 %), y en Lituania y Malta en relación con la heroína (34 % y 30 %).

En el período 2005-10, el número de infracciones relacionadas con el cannabis aumentó en quince de los países que facilitaron información, registrándose un aumento estimado del 20 % en la Unión Europea. Se notificaron tendencias a la baja en Alemania, Italia, Malta, los Países Bajos y Austria ⁽³⁵⁾.

Gráfico 3: Notificaciones de infracciones de la legislación relacionadas con el consumo o la posesión de droga para consumo personal y con el suministro de droga en los Estados miembros de la Unión Europea: tendencias del período 2005-10 indizadas y desglose por drogas de las notificaciones de 2010



N. B.: Las tendencias se basan en la información disponible sobre el número de notificaciones de infracción de la legislación sobre drogas (penal y no penal) hechas en los Estados miembros de la UE; todas las series están indizadas a una base 100 en 2010 y ponderadas en función de los tamaños de la población nacional para obtener una tendencia global de la UE; el desglose por tipo de droga se refiere al número total de casos notificados en 2010. Para más información, véanse los gráficos DLO-4 y DLO-5 del boletín estadístico de 2012.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

El número de infracciones relacionadas con la cocaína aumentó en el período 2005-10 en doce países que facilitaron información, mientras que disminuyó en Alemania, Grecia, Austria y Croacia. En el conjunto de la Unión Europea, esas infracciones aumentaron cerca de un 12 % en el mismo período, aunque se mantuvieron estables en los dos últimos años ⁽³⁶⁾.

En el caso de la heroína, el descenso en el número de infracciones registradas en 2009 continuó en 2010. El promedio de la UE se mantuvo relativamente estable, observándose un aumento del 7 % en el período

⁽³¹⁾ Véanse el gráfico DLO-1 y el cuadro DLO-1 del boletín estadístico de 2012.

⁽³²⁾ Véase el cuadro DLO-2 del boletín estadístico de 2012.

⁽³³⁾ Véanse el gráfico DLO-1 y el cuadro DLO-5 del boletín estadístico de 2012.

⁽³⁴⁾ Véase el gráfico DLO-3 del boletín estadístico de 2012.

⁽³⁵⁾ Véanse el gráfico DLO-3 y el cuadro DLO-6 del boletín estadístico de 2012.

⁽³⁶⁾ Véanse el gráfico DLO-3 y el cuadro DLO-8 del boletín estadístico de 2012.

2005-10. Hubo un descenso en más de la mitad en los países que facilitaron información (doce) y un aumento general en otros nueve durante ese período ⁽³⁷⁾.

En lo que respecta a las anfetaminas, el número de infracciones en la Unión Europea aumentó en un 24 % en

el período 2005-10, aunque parece haberse estabilizado en los dos últimos años. Por el contrario, el número de infracciones relacionadas con el éxtasis se redujo en ese período en unas dos terceras partes (disminución del 71 %).

Eurojust: cooperación judicial en la Unión Europea

Las redes de delincuencia organizada operan a través de las fronteras y esto exige la cooperación de los países para garantizar la captura de los delincuentes y su procesamiento allí donde se encuentren. Para abordar esta cuestión se creó en 2002 Eurojust, la agencia europea para el refuerzo de la cooperación judicial. Su constitución representa el último paso de un proceso histórico en el que la cooperación judicial en la Unión Europea ha pasado de ser un concepto puramente intergubernamental a un ámbito más directo de interacción entre las autoridades judiciales.

La función de Eurojust, en relación con los delitos transfronterizos, es facilitar y coordinar el intercambio de información, los equipos de investigación conjunta, las entregas controladas, la aplicación de las órdenes

de detención europeas, la transferencia de pruebas y de procedimientos penales, la ejecución de las solicitudes de asistencia jurídica mutua, la prevención y solución de los conflictos jurisdiccionales y la recuperación internacional de activos. Un reciente análisis pone de manifiesto que el tráfico de drogas es el tipo de delincuencia más común en la jurisprudencia de Eurojust, ya que representa aproximadamente un quinto de los asuntos registrados (Eurojust, 2012). En 2011 se remitieron a Eurojust 242 asuntos de tráfico de drogas y habían funcionando ocho equipos de investigación conjunta en este campo. Los datos revelan que los Estados miembros que intervienen con más frecuencia en la cooperación judicial en materia de tráfico de drogas son los Países Bajos y España, seguidos a distancia por Italia, Alemania y Francia.

⁽³⁷⁾ Véanse el gráfico DLO-3 y el cuadro DLO-7 del boletín estadístico de 2012.

Capítulo 3

Cannabis

Introducción

El cannabis es la droga ilegal más extendida en Europa, donde se importa o se produce internamente. En la mayoría de los países europeos, su consumo aumentó durante el decenio de 1990 y a principios del decenio de 2000. Europa podría estar entrando ahora en una nueva fase, ya que los datos procedentes de las encuestas de población general y de la encuesta entre escolares ESPAD apuntan a una estabilización relativa en muchos países. No obstante, los niveles de consumo se mantienen elevados respecto a los históricos. En los últimos años se ha producido una creciente sensibilización respecto a las implicaciones para la salud pública de su consumo generalizado, y a la vez un aumento de la demanda de tratamiento para problemas relacionados con el cannabis.

Suministro y disponibilidad

Producción y tráfico

El cannabis puede cultivarse en entornos muy diversos y crece de manera silvestre en muchas regiones del mundo. Se ha estimado que se cultiva en 172 países y territorios (ONUDD, 2009). Las estimaciones más recientes de la ONUDD han reconocido las dificultades para establecer un cómputo exacto de la producción mundial de cannabis, que dicha organización cifró en 2008 entre 13 300 y 66 100 toneladas de hierba de cannabis y entre 2 200 y 9 900 toneladas de resina.

El cultivo de cannabis está ampliamente extendido en Europa y parece aumentar. Los veintinueve países

Cuadro 2: Incautaciones, precio y potencia de la resina y de la hierba de cannabis

	Resina de cannabis	Hierba de cannabis	Plantas de cannabis ⁽¹⁾
Cantidad total incautada	1 136 toneladas	6 251 toneladas	n. d.
Cantidad incautada en UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	534 toneladas (563 toneladas)	62 toneladas (106 toneladas)	3,1 millones de plantas y 35 toneladas (3,1 millones de plantas y 35 toneladas) ⁽²⁾
Número de incautaciones en UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	341 000 (358 000)	332 000 (382 000)	25 000 (37 000)
Precio medio de venta al por menor (euros por gramo)			
Intervalo (Intervalo intercuartílico) ⁽³⁾	3-17 (7,0-10,2)	3-25 (6,5-9,9)	n. d.
Potencia media (% contenido de THC)			
Intervalo (Intervalo intercuartílico) ⁽³⁾	1-12 (4,5-10,0)	1-17 (5,1-8,0)	n. d.

⁽¹⁾ Los países declaran la cantidad incautada indicando el número de plantas o el peso; aquí se indican los totales de ambas cantidades.

⁽²⁾ La mitad de las incautaciones totales de plantas de cannabis en 2010 correspondieron a los Países Bajos. Las cifras no están completas, pero pueden considerarse una indicación razonable.

⁽³⁾ Intervalo referido a la mitad de los valores de la serie.

N. B.: Todos los datos son de 2010; n. d.: datos no disponibles.

Fuentes: ONUDD (2012) para los valores mundiales; puntos focales de la red Reitox para los datos europeos.

Europeos que facilitan información al OEDT hacen referencia al cultivo interior, aunque la escala y la naturaleza del fenómeno registran considerables variaciones. En cualquier caso, es probable que una proporción significativa del cannabis consumido en Europa proceda del tráfico intrarregional. Según un reciente análisis del OEDT, Suiza y Rusia aparecen mencionadas asimismo como fuentes de la hierba de cannabis disponible en Europa. También Albania y, en menor medida, Kosovo ⁽³⁸⁾, la Antigua República Yugoslava de Macedonia y Serbia son orígenes importantes de la hierba de cannabis incautada en Europa central y sudoriental (OEDT, 2012a).

Por otro lado, parte de la hierba de cannabis se importa, principalmente de África (en concreto, Sudáfrica) y con menor frecuencia de las Américas (especialmente de las islas caribeñas) (OEDT, 2012a).

En cuanto a la resina de cannabis, una encuesta reciente indica que Afganistán ha desplazado a Marruecos como primer productor mundial. La producción de Afganistán se estima entre 1 200 y 3 700 toneladas anuales (ONUDD, 2011a). En todo caso, aunque una parte de la resina de cannabis producida en Afganistán se venda en Europa, es probable que Marruecos siga siendo el principal proveedor de esta droga en Europa. La producción de Marruecos se introduce clandestinamente, sobre todo a través de la península ibérica, actuando los Países Bajos y Bélgica como centros importantes de distribución secundaria y almacenamiento. Informes recientes indican que la resina marroquí hace escala en Estonia, Lituania y Finlandia en ruta hacia Rusia.

Incautaciones

En 2010, las autoridades se incautaron de 6 251 toneladas de hierba de cannabis y de 1 136 toneladas de resina de cannabis en todo el mundo (cuadro 2), lo que revela una estabilización de la situación en comparación con el año anterior. América del Norte siguió registrando la proporción más elevada de las incautaciones de hierba (69 %), mientras que la mayor parte de las incautaciones de resina se produjeron en Europa occidental y central (47 %) (ONUDD, 2012).

Las incautaciones de hierba de cannabis en Europa han aumentado de forma constante desde 2005, y su número,

con un total de unas 382 000 en 2010, sobrepasó por primera vez al de incautaciones de resina de cannabis (cuadro 2). En 2010 se interceptaron en total 106 toneladas, casi la mitad (44 toneladas) procedentes de Turquía, lo que supone una cifra record ⁽³⁹⁾. Se observan tendencias divergentes, manteniéndose relativamente estables las cantidades interceptadas entre 2005 y 2010, aunque aumentando al cuádruple en Turquía.

En cuanto a la resina de cannabis, en 2010, tras un aumento constante a lo largo de la última década, el número de incautaciones disminuyó a 358 000. Las cantidades interceptadas se han reducido en total en los últimos diez años, registrándose un nuevo mínimo en 2010, con unas 563 toneladas. Estas cifras siguen siendo muy superiores a las correspondientes a la hierba de cannabis ⁽⁴⁰⁾. En 2010, como en años anteriores, España comunicó la mitad del número total de incautaciones y unos dos tercios de las cantidades incautadas de resina de cannabis.

En lo que respecta a las plantas de cannabis, el número de incautaciones ha aumentado desde 2005, estimándose en 2010 en 37 000. Los países informan de las cantidades incautadas o bien haciendo una estimación del número de plantas incautadas o bien indicando el peso. En cuanto a lo primero, las incautaciones se mantuvieron estables en unos 2,5 millones de plantas en el período 2005-07 ⁽⁴¹⁾; no es posible determinar las tendencias de 2008 y de 2009 debido a la falta de datos fiables de los Países Bajos, país que informa históricamente de grandes cantidades. En 2010, se estima que se incautaron en este país más de la mitad de los 3,1 millones notificados en toda Europa, seguido por el Reino Unido. En cuanto a las incautaciones notificadas por el peso, se triplicaron entre 2005 y 2008 y luego disminuyeron ligeramente a 35 toneladas en 2010, en su mayor parte correspondientes a España (27 toneladas) y a Bulgaria (4 toneladas).

Potencia y precio

La potencia de los productos del cannabis está determinada por su contenido de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), su principal sustancia psicotrópica. Esa potencia varía ampliamente tanto entre

⁽³⁸⁾ Esta designación se ofrece sin perjuicio de ninguna posición sobre el estatuto y está de acuerdo con la Resolución 1244 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y con la opinión de la Corte Internacional de Justicia sobre la declaración de independencia de Kosovo.

⁽³⁹⁾ Los datos sobre incautaciones de droga en Europa que se mencionan en este capítulo puede encontrarse en los cuadros SZR-1 a SZR-6 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁴⁰⁾ A causa de las diferencias existentes en cuanto al volumen de mercancía transportada y a las distancias recorridas, así como de la necesidad de cruzar fronteras internacionales, el riesgo de incautación podría ser mayor en el caso de la resina de cannabis que en el de la hierba de cannabis producida localmente.

⁽⁴¹⁾ El análisis no incluye las incautaciones practicadas en Turquía, ya que no se informa de estas desde 2005. Los datos anteriores mostraban incautaciones importantes en ese país (20 millones de plantas de cannabis en 2004).

los distintos países como dentro de cada uno, así como entre los distintos productos del cannabis y entre las distintas variedades genéticas. La información sobre la potencia se basa principalmente en análisis forenses de una selección de muestras del cannabis incautado. No es fácil determinar en qué medida las muestras analizadas son reflejo del mercado en su conjunto y, por ello, los datos sobre potencia deben interpretarse con cautela.

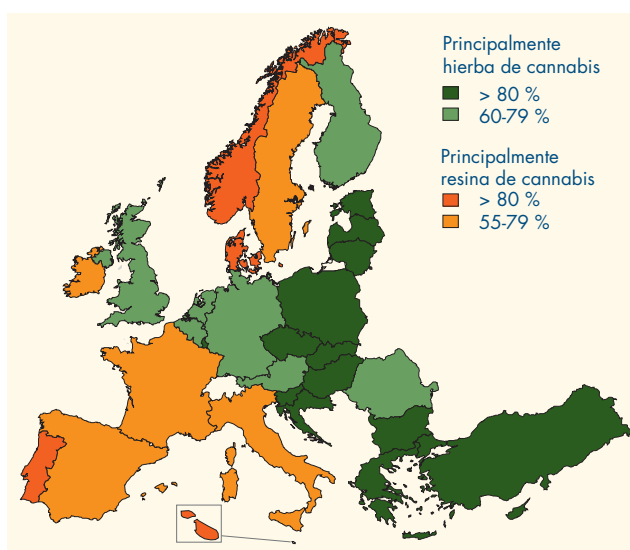
En 2010, la media nacional notificada de contenido de THC de la resina de cannabis varió entre el 1 % y el 12 %. En el caso de la hierba de cannabis, la potencia media (excluida la variedad «sin semilla», que es la que tiene la mayor potencia) varió entre el 1 % y el 16,5 %. Solo tres países indicaron la potencia media de la variedad sin semilla: 8 % en Suecia, 11 % en Alemania y 16,5 % en los Países Bajos. En el período 2005-10, la potencia media de la resina de cannabis muestra divergencias entre los quince países que han facilitado suficientes datos. Siguió siendo relativamente estable o disminuyó en diez países, y aumentó en Bulgaria, Estonia, Francia, Italia, Eslovaquia y Finlandia. Entre 2005 y 2010, la potencia de la variedad sin semilla se mantuvo estable en Alemania y disminuyó ligeramente en los Países Bajos ⁽⁴²⁾.

El precio de venta al por menor de la resina de cannabis en 2010 osciló entre 3 y 17 euros por gramo en los veintiséis países que facilitaron información, situándose la banda en catorce de ellos entre 7 y 10 euros. El precio medio de venta al por menor de la hierba de cannabis osciló entre 3 y 25 euros por gramo en los veintitrés países que facilitaron información, situándose la banda en trece de ellos entre 6 y 10 euros. En el período 2005-10, los precios medios de venta al por menor tanto de la resina como de la hierba de cannabis se mantuvieron estables o aumentaron en la mayor parte de los países que facilitaron datos.

Cuotas de mercado estimadas de los productos del cannabis

Algunas fuentes de datos indican un predominio de la hierba de cannabis en toda Europa en 2009. Parece ser el producto del cannabis más utilizado en dos tercios de los treinta países que facilitaron información, mientras que lo es la resina de cannabis en el tercio restante (véase el gráfico 4). Estas cuotas de mercado parecen mantenerse estables a lo largo del tiempo en algunos países, en los que pueden reflejar pautas de consumo largamente arraigadas; en otros son consecuencia de cambios recientes (OEDT, 2012a).

Gráfico 4: Cuotas de mercado estimadas de los productos de cannabis consumidos en Europa, 2008-09



Fuente: OEDT, 2012a.

Prevalencia y pautas de consumo

Consumo de cannabis en la población en general

Según estimaciones conservadoras, han consumido cannabis al menos una vez (prevalencia a lo largo de la vida) unos 80,5 millones de europeos, lo que equivale a una de cada cuatro personas de 15 a 64 años (véase en el cuadro 3 un resumen de los datos). La situación varía significativamente diferente según los países y la prevalencia nacional varía de un 1,6 % a un 32,5 %. En la mayoría de los países, la prevalencia se estima entre un 10 % y un 30 % de los adultos.

Se estima que unos 23 millones de europeos consumieron cannabis durante el último año, lo que representa una media del 6,8 % de la población de 15 a 64 años. Las estimaciones de la prevalencia de consumo durante el último mes incluyen a las personas que consumen cannabis más regularmente, aunque no necesariamente de forma diaria o intensiva. Se estima que 12 millones de europeos consumieron esta droga en el último mes, lo que corresponde a una media del 3,6 % de las personas de 15 a 64 años.

Consumo de cannabis entre adultos jóvenes

El consumo de cannabis se concentra principalmente en los adultos jóvenes (15-34 años), siendo los de 15 a 24 años los que generalmente indican la prevalencia más alta de consumo durante el último año ⁽⁴³⁾.

⁽⁴²⁾ Véanse los datos sobre potencia y precio en los cuadros PPP-1 y PPP-5 del boletín estadístico de 2012. Para la definición de los productos del cannabis, véase el glosario en línea.

⁽⁴³⁾ Véase el gráfico GPS-1 del boletín estadístico de 2012.

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

Grupo de edad	Período de consumo		
	A lo largo de la vida	Durante el último año	Durante el último mes
15-64 años			
Número estimado de consumidores en Europa	80,5 millones	23 millones	12 millones
Media europea	23,7 %	6,8 %	3,6 %
Intervalo	1,6-32,5 %	0,3-14,3 %	0,1-7,6 %
Países con la prevalencia más baja	Rumanía (1,6 %) Bulgaria (7,3 %) Hungría (8,5 %) Grecia (8,9 %)	Rumanía (0,3 %) Grecia (1,7 %) Hungría (2,3 %) Bulgaria, Polonia (2,7 %)	Rumanía (0,1 %) Grecia, Polonia (0,9 %) Suecia (1,0 %) Lituania, Hungría (1,2 %)
Países con la prevalencia más alta	Dinamarca (32,5 %) España, Francia (32,1 %) Italia (32,0 %) Reino Unido (30,7 %)	Italia (14,3 %) España (10,6 %) República Checa (10,4 %) Francia (8,4 %)	España (7,6 %) Italia (6,9 %) Francia (4,6 %) República Checa, Países Bajos (4,2 %)
15-34 años			
Número estimado de consumidores en Europa	42,5 millones	16 millones	8,5 millones
Media europea	32,5 %	12,4 %	6,6 %
Intervalo	3,0-49,3 %	0,6-20,7 %	0,2-14,1 %
Países con la prevalencia más baja	Rumanía (3,0 %) Grecia (10,8 %) Bulgaria (14,3 %) Polonia (16,1 %)	Rumanía (0,6 %) Grecia (3,2 %) Polonia (5,3 %) Hungría (5,7 %)	Rumanía (0,2 %) Grecia (1,5 %) Polonia (1,9 %) Suecia, Noruega (2,1 %)
Países con la prevalencia más alta	República Checa (49,3 %) Francia (45,1 %) Dinamarca (44,5 %) España (42,4 %)	República Checa (20,7 %) Italia (20,3 %) España (19,4 %) Francia (17,5 %)	España (14,1 %) Italia (9,9 %) Francia (9,8 %) República Checa (8,0 %)
15-24 años			
Número estimado de consumidores en Europa	18 millones	9,5 millones	5 millones
Media europea	29,7 %	15,4 %	7,8 %
Intervalo	3,0-52,2 %	0,9-23,9 %	0,5-17,2 %
Países con la prevalencia más baja	Rumanía (3,0 %) Grecia (9,0 %) Chipre (14,4 %) Portugal (15,1 %)	Rumanía (0,9 %) Grecia (3,6 %) Portugal (6,6 %) Eslovenia, Suecia (7,3 %)	Rumanía (0,5 %) Grecia (1,2 %) Suecia (2,2 %) Noruega (2,3 %)
Países con la prevalencia más alta	República Checa (52,2 %) España (39,1 %) Francia (38,1 %) Dinamarca (38,0 %)	España (23,9 %) República Checa (23,7 %) Italia (22,3 %) Francia (20,8 %)	España (17,2 %) Francia (11,8 %) Italia (11,0 %) Reino Unido (9,0 %)
N. B.: Las estimaciones europeas se calculan a partir de las estimaciones de la prevalencia nacional, ponderadas para tener en cuenta la población del grupo de edad correspondiente en cada país. Para estimar el número total de consumidores en Europa, se aplica la media de la Unión Europea a los países para los que no se dispone de datos de prevalencia (lo que representa no más del 3 % de la población objetivo). Poblaciones utilizadas como base: 15-64 años, 338 millones; 15-34 años, 130 millones; 15-24 años, 61 millones. Al basarse las estimaciones europeas en encuestas realizadas entre 2004 y 2010-11 (principalmente en 2008-10), no se refieren a un único año. Los datos aquí resumidos pueden encontrarse en la sección «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2012.			

La información extraída de encuestas de población indica que, como media, el 32,5 % de todos los adultos jóvenes europeos (de 15 a 34 años) consumieron cannabis alguna vez, mientras que el 12,4 % lo hicieron durante el último año y un 6,6 % durante el último mes. Se estima que una proporción aún mayor de jóvenes europeos de 15 a 24 años consumieron cannabis durante el último año (15,4 %) o durante el último mes (7,8 %). Las estimaciones nacionales de prevalencia del consumo varían mucho de un país a otro en todas las determinaciones (cuadro 3).

El consumo de cannabis es generalmente mayor entre los hombres que entre las mujeres; por ejemplo, la proporción de hombres a mujeres entre los jóvenes adultos que declararon haber consumido cannabis durante el último año osciló entre algo más de 6:1 en Portugal y algo menos de 1:1 en Noruega ⁽⁴⁴⁾.

Comparaciones internacionales

Las cifras facilitadas por Australia, Canadá y los Estados Unidos sobre el consumo de cannabis a lo largo de la

⁽⁴⁴⁾ Véase el cuadro GPS-5 (parte iii y parte iv) del boletín estadístico de 2012.

vida y durante el último año entre los adultos jóvenes están todas por encima de las medias europeas, que se sitúan en el 32,5 % y el 12,4 %, respectivamente. Por ejemplo, en Canadá (2010) la prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida entre adultos jóvenes fue del 50,4 % y la prevalencia durante el último año, del 21,1 %. En los Estados Unidos, la SAMHSA (2010) estimó en un 52,1 % la prevalencia del consumo a lo largo de la vida (grupo de 16 a 34 años, nuevo cálculo del OEDT) y en un 24,5 % la prevalencia del consumo durante el último año, mientras que en Australia (2010) las cifras fueron del 43,3 % y el 19,3 % en los adultos jóvenes.

Tendencias en el consumo de cannabis

A finales del decenio de 1990 y principios del de 2000, muchos países europeos notificaron un aumento del consumo de cannabis, tanto en las encuestas de población general como en las encuestas escolares. Desde entonces, muchos países han comunicado una estabilización o incluso un descenso de las tendencias ⁽⁴⁵⁾.

Aunque casi todos los países europeos han realizado encuestas de población general en los últimos años, solo dieciséis han facilitado datos suficientes para poder analizar las tendencias en el consumo de cannabis durante un período más largo. De ellos, cinco países (Bulgaria, Grecia, Hungría, Suecia, Noruega) han informado siempre de una baja prevalencia del consumo durante el último año entre los jóvenes de 15 a 34 años, con niveles no mayores del 10 %.

Otros seis países (Dinamarca, Alemania, Estonia, Irlanda, Eslovaquia, Finlandia) han notificado niveles más elevados de prevalencia, pero nunca mayor del 15 % en su última encuesta. Dinamarca, Alemania e Irlanda comunicaron aumentos notables del consumo de cannabis en el decenio de 1990 y a principios del de 2000, tras lo cual se estableció una tendencia cada vez más estable o en descenso. Los aumentos observados en Estonia y en Finlandia en la pasada década no muestran signos de estabilización.

España, Francia, Italia, el Reino Unido y la República Checa han comunicado, al menos en algún momento de los últimos diez años, consumos por los adultos jóvenes durante el último año del 20 % o superiores. Las pautas en estos distintos países divergen desde mediados del decenio de 2000, ya que en España y en Francia se aprecian tendencias generalmente estables, mientras que en Italia se produjo un aumento del 2008 y en el Reino Unido se han conseguido disminuciones significativas, hasta registrarse una prevalencia del consumo durante

el último año en adultos jóvenes que se sitúa ahora en la media de la UE.

En 2010-11, siete países notificaron datos de nuevas encuestas que permiten tomar en consideración ciertas tendencias recientes en el consumo de cannabis. En comparación con la encuesta anterior, hecha de uno a cinco años antes, seis de esos países notificaron niveles relativamente estables de la prevalencia del consumo durante el último año entre adultos jóvenes, y un país (Finlandia) comunicó un aumento.

Pautas de consumo de cannabis

Los datos disponibles indican distintas pautas de consumo de cannabis, desde el consumo experimental hasta la dependencia. Muchas personas tienden a abandonar el consumo de cannabis al cabo de una o dos experiencias; otras lo consumen de forma ocasional o durante un período limitado. Influyen en todo esto las percepciones del riesgo, y a este respecto merece la pena señalar que en una encuesta de actitudes a escala de la UE, la mayoría (91 %) de los jóvenes europeos reconocieron los riesgos para la salud asociados al consumo regular de cannabis, aunque solo el 52 % mostraron una percepción de los riesgos para la salud que plantea el consumo ocasional.

De las personas de 15 a 64 años de edad que han consumido alguna vez cannabis, el 70 % no lo han hecho durante el último año ⁽⁴⁶⁾. Y de estas, casi la mitad, por término medio, lo han hecho durante el último mes, lo que podría ser indicio de un consumo más regular. No obstante, estas proporciones varían mucho de un país a otro y entre hombres y mujeres. Se dan niveles de prevalencia muy superiores a la media europea entre algunos grupos de jóvenes, como los que acuden a determinados locales nocturnos o discotecas. El consumo de cannabis también se asocia con frecuencia a un consumo elevado de alcohol: los adultos jóvenes (de 15 a 34 años de edad) que declararon consumir alcohol con frecuencia o en elevadas cantidades presentaban una probabilidad entre dos y seis veces mayor de declararse asimismo consumidores de cannabis que la población general (OEDT, 2009b).

Los tipos de cannabis y las pautas de consumo pueden llevar aparejados riesgos diferentes. Las pautas que pasan por consumir dosis elevadas pueden entrañar un mayor riesgo de dependencia u otros problemas (OEDT, 2008). Ejemplos de estas prácticas son el consumo de cannabis con un contenido muy alto de THC o en grandes cantidades, y su inhalación con una pipa de agua.

⁽⁴⁵⁾ Véase el gráfico GPS-4 (parte ii) del boletín estadístico de 2012.

⁽⁴⁶⁾ Véase el gráfico GPS-2 del boletín estadístico de 2012.

Las encuestas rara vez distinguen entre el consumo de los distintos tipos de cannabis; sin embargo, la encuesta británica sobre la delincuencia de 2009-10 estimó que el 12,3 % de los adultos (de 15 a 59 años) habían consumido alguna vez lo que pensaban que era *skunk* (nombre con el que se conoce en la calle una forma generalmente muy potente de la droga). Mientras que los porcentajes de consumidores que declaraban haber consumido alguna vez en la vida hierba de cannabis (50 %) o resina de cannabis (49 %) eran similares, entre los que habían consumido la droga durante el último año era más probable que hubieran tomado hierba (71 %) que resina (38 %) (Hoare y Moon, 2010). Datos de las encuestas de población general de diecisiete países ⁽⁴⁷⁾ representativas de casi el 80 % de la población adulta de la Unión Europea y Noruega indican que solo algo más del 40 % de los consumidores de cannabis durante el último mes la habían consumido durante uno a tres días. Puede estimarse que el 1 % de los adultos (de 15 a 64 años) de la Unión Europea y Noruega, es decir, unos 3 millones de personas ⁽⁴⁸⁾, consumen cannabis a diario o casi a diario (variando la prevalencia en los distintos países del 0,1 % al 2,6 %). Unas tres cuartas partes de ellos son adultos jóvenes, de 15 a 34 años. En este grupo de edad, la probabilidad de ser consumidor diario de cannabis es 3,5 veces mayor entre los hombres que entre las mujeres. De los once países, representativos del 70 % de la población de la UE, en los que es posible determinar las tendencias en el consumo intensivo de cannabis, nueve informan de una situación estable aproximadamente desde 2000 ⁽⁴⁹⁾. En los otros dos ha habido cambios que han durado períodos de cinco a seis años: en el Reino Unido se ha observado una disminución, mientras que Portugal notificó un aumento en 2007.

Cada vez está más reconocido que el consumo regular de cannabis puede abocar a la dependencia, incluso entre los consumidores jóvenes, y en algunos países europeos (véase más abajo) cada vez es mayor el número de quienes solicitan ayuda debido al consumo de cannabis. Determinados consumidores, sobre todo los de carácter más intensivo, pueden experimentar problemas sin cumplir necesariamente los criterios clínicos que permiten hablar de dependencia.

Consumo de cannabis entre escolares

La encuesta ESPAD de 2011 (Hibell y otros, 2012) recogió información sobre las pautas y tendencias de consumo

Informe ESPAD de 2011: Encuesta escolar europea sobre el consumo de sustancias

El Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el consumo de alcohol y otras drogas (ESPAD) ofrece instantáneas regulares de los niveles de consumo de drogas, las tendencias y las actitudes de los escolares de 15 a 16 años de edad en toda Europa.

Esta encuesta normalizada se realiza cada cuatro años y ofrece datos comparables sobre el consumo de drogas ilegales, de alcohol, de tabaco y de otras sustancias por los escolares. Informa asimismo sobre la disponibilidad percibida, la edad de inicio en relación con tales sustancias y la percepción de los riesgos y los daños.

En la edición de 2011 (Hibell y otros, 2012) se entrevistó a los escolares nacidos en 1995 de treinta y seis países europeos, entre ellos veintiséis de los treinta países del OEDT. Por primera vez, se utilizaron métodos estadísticos para determinar si había diferencias significativas (nivel del 95 %) tanto entre la encuesta de 2011 y la de 2007 y entre los niños y las niñas. En informes ESPAD anteriores solo se consideraban relevantes las diferencias de al menos 4 puntos porcentuales.

Los resultados del proyecto ESPAD relativos al consumo de cannabis se examinan en este capítulo. En su caso, se presentan también los resultados de encuestas comparables llevadas a cabo en España y en el Reino Unido. Los resultados relativos al consumo de éxtasis, de anfetaminas y de cocaína se recogen en los capítulos siguientes.

de cannabis entre los escolares de veintiséis de los treinta países del OEDT. Los niveles más elevados de consumo a lo largo de la vida entre los jóvenes de 15 a 16 años se dieron en la República Checa (42 %) y en Francia (39 %) (gráfico 5). Ninguno de los demás países incluidos, ni España, notificaron un nivel superior al 27 %. Únicamente en esos dos países, la República Checa y Francia, se registraron cifras más altas que las observadas en un grupo de edad comparable de los Estados Unidos en el mismo año (35 %).

El consumo durante el último mes en los escolares de 15 a 16 años osciló entre el 24 % en Francia y el 2 % en Rumanía y en Noruega.

El grado de diferencia entre los dos sexos varía en los distintos países, desde una proporción de chicos a chicas de 1:1 en España, Francia y Rumanía hasta 2,5 chicos por cada chica en Grecia y Chipre.

⁽⁴⁷⁾ Encuestas finalizadas entre 2003 y 2011 utilizando variadas metodologías y contextos. Véanse los cuadros GPS-10 y GPS-121 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁴⁸⁾ Se trata de una estimación mínima debido a la infranotificación en las encuestas, a la no inclusión en las muestras de determinadas poblaciones de consumidores intensivos de cannabis y a la exclusión de las personas con episodios de consumo intensivo de cannabis durante el último año, pero con bajos niveles durante el último mes.

⁽⁴⁹⁾ Solo se tuvieron en cuenta en este análisis datos recogidos con posterioridad a 2000.

Tendencias entre los escolares

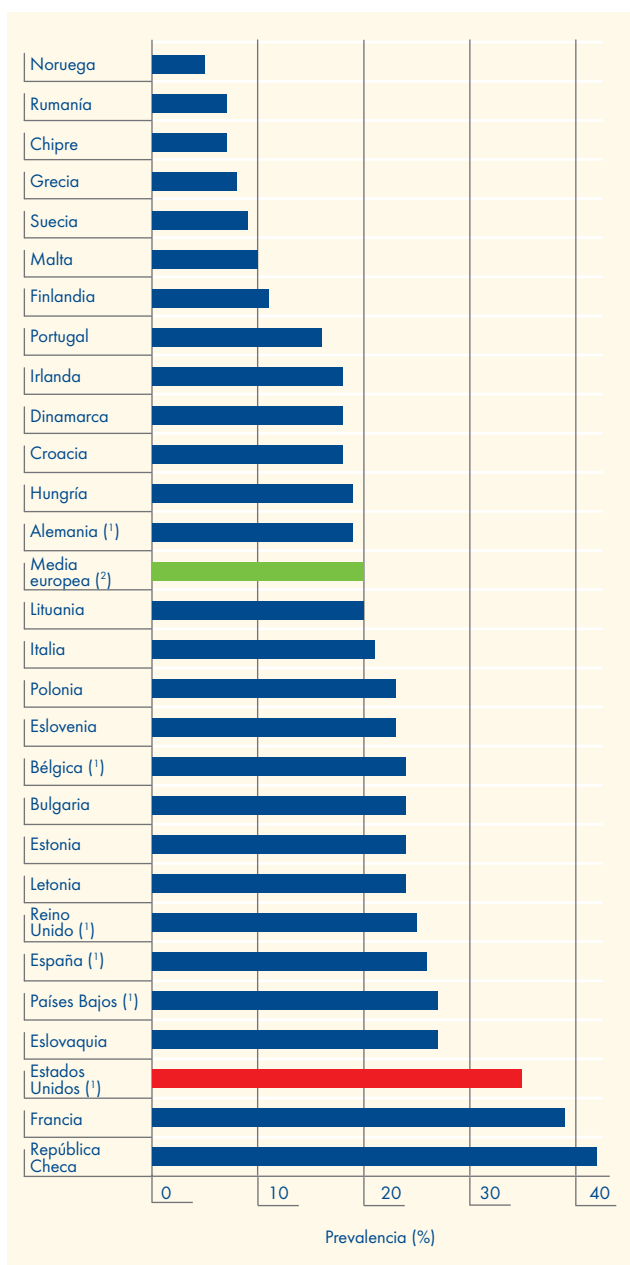
Durante el período de dieciséis años que abarcan las encuestas ESPAD, se observa en general entre los escolares europeos un aumento de la prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida. La tendencia al ascenso que se observó entre los jóvenes de 15 a 16 años hasta 2003 retrocedió en 2007, manteniéndose el mismo nivel en 2011. De los veintitrés países que participaron tanto en la ronda de 2011 como en la de 1995 o la de 1999, la prevalencia es ahora al menos 4 puntos porcentuales mayor en catorce países, e inferior en dos.

Las tendencias en este período pueden agruparse por niveles de prevalencia y por zonas geográficas. Ocho países, situados principalmente en Europa septentrional y meridional (gráfico 6, izquierda), presentan una baja prevalencia durante todo el período. En cinco de esos países, la prevalencia en 2011 difirió en menos de 3 puntos porcentuales del nivel alcanzado en las encuestas ESPAD de 1995 o 1999. En los otros tres, en cambio, la prevalencia es ahora notablemente más alta que en la encuesta de principios del decenio de 1990: Portugal (9 puntos porcentuales más), Finlandia (6 puntos porcentuales más) y Rumanía (6 puntos porcentuales más). Entre 2007 y 2011, cinco de esos países notificaron un aumento significativo, y uno, un descenso significativo.

Un segundo grupo está formado por ocho países de Europa occidental que notificaron una prevalencia relativamente alta en las primeras encuestas ESPAD (gráfico 6, centro). En dos de ellos, la prevalencia ha disminuido drásticamente durante el período de 16 años: Irlanda, en 19 puntos porcentuales, y el Reino Unido, en 16 puntos porcentuales. Se observan también disminuciones entre las primeras encuestas de 2003 y la de 2011 en Alemania (9 puntos porcentuales) y en Bélgica (7 puntos porcentuales). Los dos países de este grupo que habían registrado los niveles más bajos de consumo de cannabis en 1995 (Dinamarca e Italia) comunicaron niveles similares en el informe de 2011. En este grupo, únicamente Francia presenta un incremento de al menos 4 puntos porcentuales entre su primera encuesta ESPAD (1999) y la más reciente. Además, frente a los siete países en que la tendencia entre 2007 y 2011 fue decreciente o estable, Francia comunicó un aumento (8 puntos porcentuales).

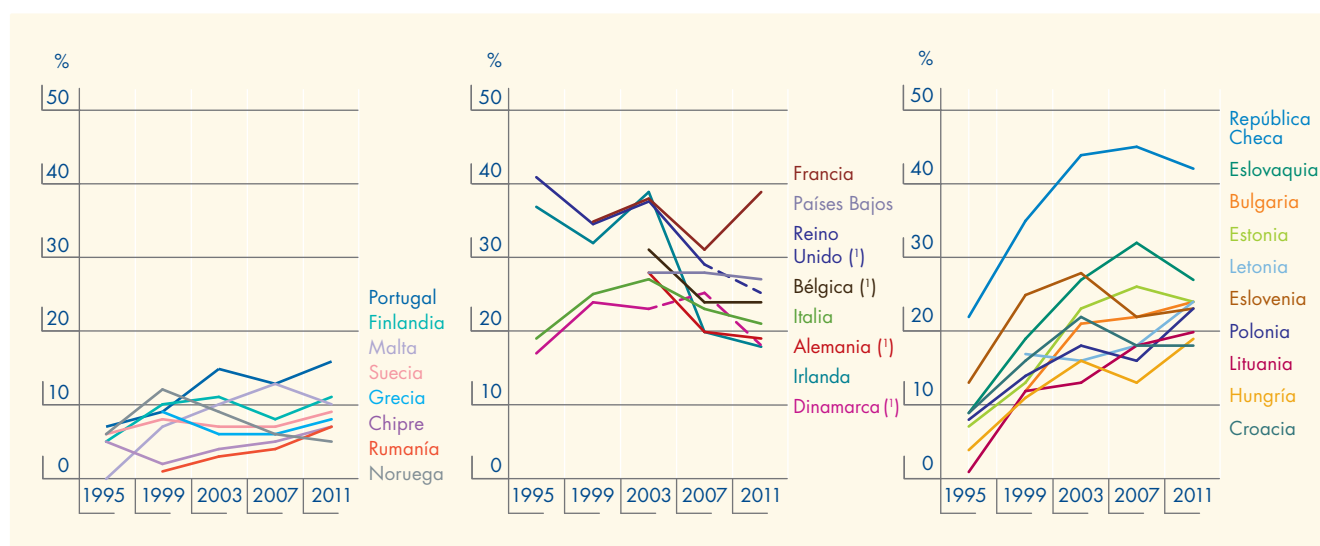
En un tercer grupo de diez países, situados entre el mar Báltico y la península de los Balcanes, la prevalencia del consumo de cannabis aumentó entre la primera encuesta realizada en 1995 o 1999 y la de 2011, registrándose en ocho países incrementos de al menos 10 puntos

Gráfico 5: Prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida entre los escolares de 15 a 16 años de edad en las encuestas ESPAD y otras comparables realizadas en 2010 y 2011



(¹) Comparabilidad limitada: los datos de Bélgica se refieren a la Comunidad Flamenca; los datos de Alemania se refieren a cinco Estados federados; solo una pequeña proporción de las escuelas del Reino Unido tomaron parte en la encuesta ESPAD, si bien una encuesta nacional establecida notificó una prevalencia muy similar en 2010 (27 %); los datos de España, que no participa en la ESPAD, proceden de una encuesta nacional realizada en 2010; los datos de los Estados Unidos, que tampoco participan en la ESPAD, se recogieron en 2011 y corresponden a una media de edad de 16,2, que está por encima de la media ESPAD de 15,8.

(²) Media no ponderada de los países europeos aquí presentados.
Fuentes: ESPAD y puntos focales nacionales de la red ReitoX para los datos europeos; Johnston y otros (2012) para los datos de los Estados Unidos.

Gráfico 6: Diferentes pautas en las tendencias de prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida entre los escolares de 15 a 16 años en las cinco ediciones de la encuesta ESPAD

(¹) Comparabilidad limitada: los datos de Bélgica se refieren a la Comunidad Flamenca; los datos de Alemania se refieren a cinco Estados federados; los datos de 2011 del Reino Unido y los datos de 2007 para Dinamarca se basan en proporciones pequeñas de las muestras de escuelas.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

porcentuales (gráfico 6, derecha). La República Checa se distingue por los niveles más altos. En la mayoría de los demás países del grupo, la prevalencia del consumo a lo largo de la vida pasó de un bajo nivel a un nivel igual o superior a la media europea. Gran parte de los cambios en las tendencias de consumo en este grupo tuvieron lugar en 2003, y en 2007 había indicios de nivelación. Desde 2007, la prevalencia ha aumentado considerablemente en tres países (Letonia, Hungría, Polonia), se ha reducido en uno (Eslovaquia) y ha permanecido estable en seis.

Si se comparan las dos últimas rondas de la encuesta ESPAD, se observa una tendencia estable en el consumo de cannabis entre escolares a lo largo de la vida en la mitad de los veintiséis países participantes del OEDT, con disminuciones significativas en cuatro países y aumentos significativos en nueve. Los aumentos más pronunciados, entre 6 y 8 puntos porcentuales, son los de Francia, Letonia, Hungría y Polonia.

Pautas de consumo entre los escolares

La encuesta ESPAD de 2011 revela que, en términos generales, la percepción del riesgo del consumo de cannabis entre los escolares es mayor en los países con menos consumidores. En su percepción de los riesgos y los daños, los escolares distinguen claramente entre el consumo experimental y el regular: del 12 % al 47 %

piensan que el consumo de cannabis una vez o dos veces supone un gran riesgo para la salud, mientras que del 56 % al 80 % piensan lo mismo del consumo regular (⁵⁰).

El inicio temprano del consumo de cannabis se ha asociado al desarrollo posterior de formas más intensivas y problemáticas de drogadicción, y ocho países (Bulgaria, la República Checa, España, Estonia, Francia, los Países Bajos, Eslovaquia, el Reino Unido) indicaron porcentajes del 5 % o más en el inicio de ese consumo a los 13 años o antes (⁵¹); en los Estados Unidos, esa cifra es del 15 %.

En consumo de cannabis se inicia antes y es más frecuente entre los chicos que entre las chicas: entre el 5 % y el 11 % de los escolares de sexo masculino de 15 a 16 años de nueve países europeos declararon haber consumido cannabis en cuarenta o más ocasiones a lo largo de la vida. En la mayoría de los países, la proporción era al menos el doble que entre las chicas.

Efectos negativos para la salud derivados del consumo de cannabis

En general, se acepta que los riesgos para la salud derivados del consumo de cannabis son menores que los asociados a drogas como la heroína o la cocaína. Sin embargo, la elevada prevalencia del consumo de cannabis significa que su impacto sobre la salud pública puede ser significativo.

(⁵⁰) Véase el cuadro EYE-1 (parte iv) del boletín estadístico de 2012.

(⁵¹) Véase el cuadro EYE-23 (parte i) del boletín estadístico de 2012.

Se han establecido una serie de problemas agudos y crónicos para la salud asociados al consumo de cannabis. Entre los efectos adversos agudos se encuentran las náuseas, la alteración de la coordinación y el rendimiento, la ansiedad y los síntomas psicóticos, que pueden ser más frecuentes entre los que consumieron por primera vez. Estudios epidemiológicos observacionales demuestran que el consumo de cannabis por los conductores también aumenta el riesgo de colisión (Asbridge y otros, 2012).

Son efectos crónicos del consumo de cannabis la dependencia y las enfermedades respiratorias. El consumo regular de cannabis en la adolescencia puede afectar a la salud mental, habiendo pruebas de una elevación del riesgo de síntomas y trastornos psicóticos, que aumenta con la frecuencia y el número (Hall y Degenhardt, 2009).

Tratamiento

Demanda de tratamiento

En 2010, el cannabis fue la droga principal en unos 108 000 casos de tratamiento en veintinueve países (el 25 % del total), ocupando el segundo lugar después de la heroína. Fue además la droga secundaria más mencionada, con unos 98 000 casos. Los consumidores de cannabis como droga principal supusieron más del 30 % de las personas sometidas a tratamiento por primera vez en Bélgica, Dinamarca, Alemania, Francia, Chipre, Hungría, los Países Bajos y Polonia, menos del 10 % en Bulgaria, Estonia, Luxemburgo, Malta, Rumanía y Eslovenia, y entre el 10 % y el 30 % en los demás países ⁽⁵²⁾. Aproximadamente el 70 % de los consumidores de cannabis que iniciaron tratamiento en Europa se localizaban en Alemania, España, Francia y el Reino Unido.

Las diferencias en la prevalencia del consumo de cannabis y los problemas relacionados contribuyen a explicar alguna de las variaciones en los niveles de inicio del tratamiento entre los distintos países. Son también importantes otros factores, como las prácticas de derivación y el tipo de tratamiento administrado. Francia, por ejemplo, tiene un sistema de centros de consejo para consumidores jóvenes, que son principalmente consumidores de cannabis ⁽⁵³⁾, mientras que en Hungría a los infractores de la legislación se les ofrece la posibilidad de tratamiento como alternativa a la

imposición de una pena; ambos sistemas elevan las cifras de personas que inician tratamiento.

A lo largo de los últimos cinco años se ha producido un aumento general (de 73 000 clientes en 2005 a 106 000 en 2010) del número de consumidores de cannabis que han iniciado un tratamiento en veinticinco países para los que se dispone de datos, y especialmente de los que acuden a tratamiento por primera vez en su vida.

Perfil de los consumidores de cannabis que reciben tratamiento

El tratamiento de los consumidores de cannabis se inicia principalmente en centros ambulatorios y consta como uno de los grupos que lo inicia a una edad más prematura, como media 25 años. Los jóvenes que citan el cannabis como principal droga de consumo representan el 76 % de los consumidores de 15 a 19 años de edad que inician tratamiento y el 86 % de los menores de 15 años. La proporción hombre-mujer es la más alta de todas las observadas entre los consumidores de drogas (alrededor de cinco hombres por cada mujer). En conjunto, aproximadamente la mitad de los consumidores de cannabis como droga principal la consumen diariamente, el 21 % de dos a seis veces a la semana, el 13 % una vez por semana o con menos frecuencia y el 17 % de forma ocasional, de suerte que parte de ellos no la consumieron durante el mes anterior al inicio del tratamiento. Hay considerables diferencias entre los países. En Hungría, por ejemplo, donde la mayor parte de los consumidores de cannabis que inician tratamiento son derivados por la administración judicial penal, la mayoría de ellos son consumidores ocasionales o no lo han consumido durante el mes anterior al inicio del tratamiento ⁽⁵⁴⁾.

Administración de tratamiento

El tratamiento de la dependencia del cannabis en Europa incluye una amplia serie de medidas, entre las que se incluyen el tratamiento por internet, el consejo, las intervenciones psicosociales estructuradas y el tratamiento en régimen de ingreso. Además es frecuente que se solapen la prevención selectiva, la prevención específica y las intervenciones terapéuticas (véase el capítulo 2).

En 2011, más de la mitad de los países europeos notificaron la existencia de programas específicos de tratamiento por consumo de cannabis a disposición de los consumidores, lo que supone un aumento de un tercio sobre las cifras de 2008. En su evaluación más

⁽⁵²⁾ Véanse el gráfico TDI-2 (parte ii) y los cuadros TDI-5 (parte ii) y TDI-22 (parte i) del boletín estadístico de 2012.

⁽⁵³⁾ Además, muchos consumidores de opiáceos en Francia reciben tratamiento de médicos generales y sus casos no son notificados para el cálculo del indicador de la demanda de tratamiento, con lo que se inflan las proporciones de consumidores de otras drogas.

⁽⁵⁴⁾ Véanse los cuadros TDI-10 (parte iii y parte iv), TDI-21 (parte ii) y TDI-111 (parte viii) del boletín estadístico de 2012.

reciente, los expertos nacionales de Grecia, Alemania, Italia, Croacia, Lituania, Luxemburgo, los Países Bajos, Eslovenia, Eslovaquia y el Reino Unido estimaron que hay programas de este tipo a disposición de la mayoría de los consumidores de cannabis que necesitan tratamiento, mientras que los expertos de Bélgica, la República Checa, Dinamarca, España, Austria, Portugal, Rumanía y Noruega señalaron que estaban a disposición solo de una minoría de ellos. Bulgaria, Estonia, Chipre, Hungría y Polonia señalaron que estaba previsto para los próximos tres años el establecimiento de programas específicos de tratamiento de este tipo.

El tratamiento de la drogadicción por cannabis se presta principalmente en centros ambulatorios, a los que se deriva a los consumidores por iniciativa del sistema judicial penal, de los servicios hospitalarios de urgencia o de las unidades de salud mental. En Hungría, dos tercios de los consumidores de cannabis que iniciaron tratamiento en 2010 recibieron consejo, impartido por una red de organizaciones acreditadas.

Se prestan servicios de terapia familiar multidimensional y de terapia cognitivo-conductual a jóvenes con problemas relacionados con el consumo de cannabis y a sus padres en Bélgica, Alemania, Francia y los Países Bajos, en el marco de un ensayo clínico en curso que se está realizando también en Suiza (véase más adelante). En Dinamarca se está introduciendo un enfoque terapéutico breve, de carácter grupal, para los problemas de consumo de cannabis, tras una fase piloto culminada con el éxito en Copenhague. Incluye elementos del refuerzo de la motivación, la terapia cognitivo-conductual y la terapia centrada en soluciones.

Un número cada vez mayor de países europeos ofrecen servicios de internet para facilitar el acceso al tratamiento a quienes no pueden o no quieren acudir al sistema especializado. En Hungría, un programa en línea ofrece tratamiento por internet a quienes quieren reducir o suspender el consumo de cannabis y tiene enlaces con distintos centros de tratamiento ambulatorio de Budapest. Se basa en la experiencia de programas similares de otros países europeos.

Estudios recientes sobre el tratamiento de los consumidores de cannabis

Se observa un aumento gradual de la publicación de estudios de evaluación de los tratamientos de la

drogadicción por cannabis, la mayoría de ellos centrados en intervenciones psicosociales como la terapia familiar y la terapia cognitivo-conductual.

El OEDT encomendó recientemente un metaanálisis de los estudios realizados en Europa y en los Estados Unidos sobre la terapia familiar multidimensional. Los estudios de los Estados Unidos acreditan la obtención de resultados positivos con este enfoque, en términos de reducción del consumo de sustancias y de la delincuencia relacionada, en comparación con la terapia cognitivo-conductual individual y con una terapia de grupo para adolescentes inspirada en un manual y basada en principios del aprendizaje social y de la terapia cognitivo-conductual (Liddle y otros, 2009). En el ámbito del tratamiento de los jóvenes en el marco de la justicia penal en los Estados Unidos, la terapia familiar multidimensional ha permitido reducciones del consumo de consumo de cannabis entre los casos más graves (Henderson y otros, 2010). También el análisis de los estudios europeos indica que se trata de una alternativa viable para adolescentes con un consumo intenso de sustancias y trastornos de conducta. Tales fueron las conclusiones provisionales del estudio multicéntrico internacional europeo sobre la necesidad de tratamiento del consumo de cannabis (Incant), realizado desde 2003 en Bélgica, Alemania, Francia, los Países Bajos y Suiza.

Pueden definirse las intervenciones breves como las basadas en el asesoramiento, en el consejo o en ambas técnicas para reducir el consumo de drogas tanto legales como ilegales. Un reciente estudio internacional relacionó la selección de los casos de consumo de alcohol, de tabaquismo y de consumo de sustancias con intervenciones breves y consiguió reducciones del consumo de cannabis en el seguimiento (Humeniuk y otros, 2011).

Se está investigando asimismo con productos farmacéuticos que presten apoyo a las intervenciones psicosociales en el tratamiento de los problemas relacionados con el cannabis reduciendo los síntomas del síndrome de abstinencia, el deseo compulsivo de consumir o el consumo. En el caso de la dependencia del cannabis, se están examinando las posibilidades del THC sintético oral como tratamiento de reposición, y rimonabant, un agonista, ha dado resultados positivos en la reducción de los problemas fisiológicos agudos ligados al consumo de cannabis (Weinstein y Gorelick, 2011).



Capítulo 4

Anfetaminas, éxtasis, sustancias alucinógenas, GHB y ketamina

Introducción

En muchos países europeos, las anfetaminas (término genérico que incluye la anfetamina y la metanfetamina) o el éxtasis constituyen la segunda sustancia ilegal más consumida después del cannabis. Además, en algunos países, el consumo de anfetaminas constituye una parte importante de la problemática ligada al consumo de drogas y representa una proporción considerable de las personas que requieren tratamiento.

La anfetamina y la metanfetamina son estimulantes del sistema nervioso central. De las dos, 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, más recientemente, a Eslovaquia. También ha aparecido metanfetamina en los mercados de la droga de otros países en los últimos años, sobre todo en el norte de Europa (Letonia, Suecia, Noruega y, en menor medida, Finlandia), donde parece haber sustituido parcialmente a la anfetamina. En 2010 se comunicaron nuevos signos de consumo problemático de metanfetamina, aunque probablemente a niveles muy bajos, en Alemania, Grecia, Hungría, Chipre y Turquía, mientras las incautaciones de la droga han aumentado en Estonia y Austria.

El término «éxtasis» hace referencia a sustancias sintéticas químicamente relacionadas con las anfetaminas, pero cuyos efectos varían ligeramente. La sustancia más conocida de esta familia es la 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), aunque en ocasiones también se encuentran en las pastillas de éxtasis otras sustancias análogas (MDA y MDEA). La popularidad de estas drogas está ligada históricamente a las discotecas, aunque en los últimos años se ha reducido el consumo y la disponibilidad de éxtasis en Europa. Los últimos datos señalan, no obstante, un retorno de la MDMA en algunos países europeos.

En términos generales, los niveles de consumo de drogas alucinógenas como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y los hongos alucinógenos son por lo general bajos y se han mantenido ampliamente estables en los últimos años.

Desde mediados del decenio de 1990 se tienen noticias del consumo recreativo de ketamina y de gamma-hidroxi-butyrate (GHB) —dos anestésicos— entre algunos subgrupos de consumidores de drogas en Europa. El problema ha ido reconociéndose paulatinamente y se han empezado a ofrecer servicios a estos consumidores. Se han ido reconociendo también los problemas de salud relacionados con estas sustancias, en particular la cistopatía asociada al consumo crónico de ketamina.

Suministro y disponibilidad

Precusores de drogas

La anfetamina, la metanfetamina y el éxtasis son drogas sintéticas cuyo proceso de fabricación requiere el uso de precursores químicos. Pueden obtenerse indicios de la producción ilícita de estas sustancias a partir de los informes sobre incautaciones de las sustancias químicas controladas —desviadas del comercio legal— que se emplean para su fabricación.

Los esfuerzos internacionales orientados a prevenir la desviación de precursores químicos utilizados en la fabricación ilegal de drogas sintéticas se coordinan a través del «proyecto Prisma». El proyecto se basa en un sistema de notificaciones previas a la exportación para el comercio legal y en la notificación de los decomisos e incautaciones practicadas cuando se detectan transacciones sospechosas (JIFE, 2012b).

Según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), las incautaciones mundiales de 1-fenil-2-propanona (P2P, BMK), sustancia que puede utilizarse para la fabricación ilegal de anfetamina y metanfetamina, se multiplicaron por cinco, pasando de 4 900 litros en 2009 a 26 300 litros en 2010. En 2010, las incautaciones practicadas en México (14 200 litros), en Canadá (6 000 litros) y en Bélgica (5 000 litros) representaron en conjunto el 95 % de las notificadas por la JIFE. En la Unión Europea, las incautaciones de P2P también se incrementaron considerablemente, pasando

Cuadro 4: Incautaciones, precio y pureza de la anfetamina, la metanfetamina, el éxtasis y el LSD				
	Anfetamina	Metanfetamina	Éxtasis	LSD
Cantidad incautada a escala mundial (en toneladas)	19	45	3,8	n. d.
Cantidad incautada en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	5,1 toneladas (5,4 toneladas)	500 kilos (600 kilos)	Pastillas 3,0 millones (3,9 millones)	Unidades 97 900 (98 000) ⁽¹⁾
Número de incautaciones en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	36 200 (36 600)	7 300 (7 300)	7 800 (9 300)	970 (990)
Precio medio al por menor (euros)	Gramos 6-41	Gramos 10-70	Pastillas 2-17	Dosis 3-26
Intervalo (Intervalo intercuartílico) ⁽²⁾	(9,6-21,2)		(3,9-8,4)	(6,5-13,1)
Pureza media (o contenido de MDMA en el caso del éxtasis)				
Intervalo (Intervalo intercuartílico) ⁽²⁾	5-39 % (7,8-27,2 %)	5-79 % (28,6-64,4 %)	3-104 mg (33,0-90,4 mg)	n. d.
⁽¹⁾ La cantidad total incautada de LSD en 2010 está subestimada debido a la falta de datos correspondientes a ese año en Suecia, país que notificó incautaciones relativamente grandes en 2009.				
⁽²⁾ Intervalo referido a la mitad de los valores de la serie.				
N. B.: Todos los datos corresponden a 2010; n. d.: datos no disponibles.				
Fuentes: ONUDD (2012) para los valores mundiales, Puntos focales nacionales de la red ReitoX para los datos europeos.				

de 863 litros en 2009 a 7 493 litros en 2010 (Comisión Europea, 2011). Las incautaciones mundiales de ácido fenilacético, un precursor de P2P, se cuadruplicaron en 2010 (JIFE, 2012a). Las realizadas en la Unión Europea en 2010 (1,5 kg) fueron pequeñas en comparación con las de 2009 (277 kg) (Comisión Europea, 2011). Las incautaciones mundiales de efedrina y pseudoefedrina, dos precursores esenciales de la metanfetamina, disminuyeron en 2010 (JIFE, 2012a). En cambio, en la Unión Europea aumentaron: 1,2 toneladas de efedrina (685 kg en 2009) y 1,5 toneladas de pseudoefedrina (186 kg en 2009) (Comisión Europea, 2011).

Hay dos precursores químicos asociados principalmente a la fabricación de MDMA: la 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona (3,4-MDP2P, PMK) y el safrol. En 2010, las incautaciones mundiales de PMK fueron en total de 2 litros, por debajo de los 40 litros de 2009, mientras que las de safrol disminuyeron de 1 048 litros en 2009 a 168 litros en 2010. En la Unión Europea, no hubo en ese año ninguna incautación de PMK y solo cuatro de safrol, con un total de 85 litros.

En 2010 siguió interceptándose en la Unión Europea gamma-butirolactona, un precursor de GHB, y se practicaron 139 incautaciones con un total de 253 litros.

Anfetamina

La producción mundial de anfetamina sigue concentrada en Europa, donde están casi todos los laboratorios que

la fabrican según datos de 2010 (ONUDD, 2012). Las incautaciones mundiales de anfetamina disminuyeron en 2010 en un 42 %, situándose en unas 19 toneladas (véase el cuadro 4). En Europa occidental y central siguieron siendo elevadas, aunque se redujeron a 5,4 toneladas, frente a las 8,9 toneladas de 2009. Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), las mayores disminuciones se produjeron en las regiones del Próximo y Medio Oriente y del Asia sudoccidental. Una parte importante de esas incautaciones se hicieron en forma de comprimidos de Captagon (ONUDD, 2012), algunos de los cuales pueden ser originarios de la Unión Europea.

La mayor parte de la anfetamina incautada en Europa se produce, por orden de importancia, en los Países Bajos, Bélgica, Polonia, Bulgaria, Turquía y Estonia. En 2010 se descubrieron en la Unión Europea y se notificaron a Europol veintiocho centros de producción, elaboración de comprimidos o almacenamiento de anfetamina ⁽⁵⁵⁾.

En 2010 hubo en Europa una 36 600 incautaciones, correspondientes a 5 toneladas de polvo de anfetamina y 1,4 millones de comprimidos ⁽⁵⁶⁾. Dentro de una tendencia general a la baja, el número de incautaciones ha fluctuado en los últimos cinco años. A lo largo del período 2005-10 disminuyó sensiblemente el número de comprimidos decomisados debido a la reducción de las incautaciones en Turquía. Después de la interceptación sin precedentes de unas 8 toneladas de polvo de

⁽⁵⁵⁾ Diez de esos veintiocho centros participaban también en la producción, elaboración de comprimidos o almacenamiento de otras drogas, en la mayor parte de los casos metanfetamina.

⁽⁵⁶⁾ Tres cuartas partes de los comprimidos de anfetamina interceptados se vendía como Captagon y se recuperaron en Turquía. Los comprimidos vendidos en el mercado de las drogas ilegales como Captagon suelen contener una mezcla de anfetaminas y cafeína.

anfetamina entre 2007 y 2009, la cifra se redujo hasta unas 5 toneladas en 2010 ⁽⁵⁷⁾.

La pureza de las muestras de anfetamina interceptadas en Europa en 2010 siguió presentando amplias variaciones, desde menos del 8 % en Bulgaria, Italia, Portugal, Austria, Eslovenia, Croacia, y Turquía hasta más del 20 % en países de producción (Bélgica, Letonia, Lituania, los Países Bajos) o con un consumo relativamente alto (Finlandia, Suecia, Noruega) y en la República Checa ⁽⁵⁸⁾. En los últimos cinco años, la pureza se ha reducido o ha permanecido estable en la mayor parte de los países que facilitan datos suficientes para el análisis de tendencias.

En 2010, el precio medio de venta al por menor de anfetamina osciló entre 10 y 22 euros por gramo en más de la mitad de los dieciocho países que facilitaron información. A lo largo del período 2005-10, ha disminuido o se ha mantenido estable en catorce de los veinte países que han facilitado datos ⁽⁵⁹⁾.

Metanfetamina

En 2010, se incautaron en todo el mundo 45 toneladas de metanfetamina, lo que supone un sensible aumento sobre las 31 toneladas de 2009. La mayor parte de las incautaciones tuvieron lugar en América del Norte (34 %), destacando México, un importante país productor, con una cifra de 13 toneladas. Fueron importantes también las incautaciones en Asia oriental y suroriental, región que representó el 32 % del total mundial, con 20 toneladas, apareciendo Birmania/Myanmar como un país productor clave (ONUDD, 2012).

En Europa, la producción ilegal de metanfetamina se concentra en la República Checa, donde en 2010 se descubrieron 307 centros de producción, en su mayoría «pequeños laboratorios» (frente a 342 en 2009). También se produce esta droga en Eslovaquia, así como en Alemania, Lituania, los Países Bajos y Polonia. Alemania notificó en 2010 un aumento sustancial de las cantidades incautadas de metanfetamina (26,8 kg, frente a 7,2 kg en 2009); la mayor parte se interceptó en Sajonia y Baviera, colindantes con la República Checa, de donde parecía proceder.

En 2010 se notificaron en Europa cerca de 7 300 incautaciones de metanfetamina, con un total de 600 kg. Durante el período 2005-10 aumentaron tanto el número como la cantidad de las incautaciones, observándose un fuerte incremento entre 2008 y 2009 y una estabilización en 2010.

En 2010, la pureza de la metanfetamina presentó grandes variaciones en los veinte países que facilitaron datos, desde menos del 15 % en Bélgica y Dinamarca hasta más del 60 % en la República Checa, Eslovaquia, el Reino Unido y Turquía. También los precios de venta al por menor variaron mucho en los siete países que facilitaron estos datos, desde unos 10-15 euros por gramo en Bulgaria, Letonia, Lituania y Hungría, hasta unos 70 euros por gramo en Alemania y Eslovaquia.

Éxtasis

En 2010 se redujo a cuarenta y cuatro el número de laboratorios productores de éxtasis que se dismantelaron (frente a 52 en 2009). La mayor parte estaban en Australia (diecisiete), Canadá (trece) e Indonesia (doce). La producción siguió estando geográficamente muy dispersa y se situó cerca de los mercados de consumo de Asia oriental y sudoriental, América del Norte y del Sur, y Oceanía. Pese a ello, es probable que Europa occidental siga siendo un centro importante de producción.

A escala mundial, las incautaciones de éxtasis ascendieron en 2010 a 3,8 toneladas (ONUDD, 2012), correspondiendo el 20 % a América del Norte, seguida de Europa occidental y central (13 %).

En términos generales, tanto el número de incautaciones de éxtasis como las cantidades interceptadas han disminuido en Europa desde 2005. A lo largo del período 2005-10, se dividió por cuatro el número de pastillas incautadas, aunque se produjo un aumento en 2010, principalmente a causa de las incautaciones en Turquía y Francia. En 2010 hubo en Europa unas 9 300 incautaciones, que permitieron la interceptación de más de 3,9 millones de pastillas, de las cuales 1,6 millones correspondieron a Francia y Turquía.

El contenido medio de MDMA en las pastillas de éxtasis analizadas en 2010 osciló entre 3 y 104 mg en los diecinueve países que facilitaron datos. Además, algunos países informaron de la existencia de pastillas que contenían más de 130 mg de MDMA (Bélgica, Bulgaria, Alemania, los Países Bajos, Croacia). A lo largo del período 2005-10, ese contenido medio de MDMA disminuyó en diez países y aumentó en nueve.

En los últimos años se ha producido un cambio en lo que respecta al contenido, ya que de una situación en la que la mayoría de los comprimidos analizados contenían MDMA u otra sustancia análoga al éxtasis (MDEA, MDA)

⁽⁵⁷⁾ Los datos sobre incautaciones de drogas en Europa mencionados en este capítulo pueden encontrarse en los cuadros SZR-11 a SZR-18 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁵⁸⁾ Los datos sobre la pureza de las drogas que se mencionan en este capítulo pueden encontrarse en el cuadro PPP-8 del boletín estadístico de 2012. Las indizaciones de la tendencia de la UE pueden consultarse en el gráfico PPP-2 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁵⁹⁾ Los datos sobre los precios de las drogas en Europa que se mencionan en este capítulo pueden encontrarse en el cuadro PPP-4 del boletín estadístico de 2012.

como única sustancia psicotrópica se ha pasado a otra en la que se detectan contenidos más diversos y una menor presencia de sustancias análogas a la MDMA. Este cambio se agudizó en 2009, cuando solo tres países informaron de que una gran parte de las pastillas analizadas contenían sustancias análogas a la MDMA. En 2010, esa cifra aumentó a ocho países.

Las anfetaminas, a veces en combinación con sustancias análogas a la MDMA, son relativamente frecuentes en los comprimidos analizados en Polonia, Eslovenia y Turquía. La mayoría de los países informantes mencionan la detección de piperacinas, y en particular mCPP, solas o en combinación con otras sustancias, en las pastillas analizadas; esas sustancias se encontraban en más de 20 % de pastillas analizadas en Bélgica, Dinamarca, Alemania, Chipre, Hungría, Austria, Finlandia, el Reino Unido y Croacia.

El éxtasis es ahora considerablemente más barato que en el decenio de 1990, y la mayoría de los países notifican precios al por menor medios comprendidos entre 4 y 9 euros por comprimido. A lo largo del período 2005-10, esos precios disminuyeron o se mantuvieron estables en dieciocho de los veintitrés países en los que pudieron hacerse análisis.

Alucinógenos y otras sustancias

El consumo y el tráfico de LSD en Europa siguen considerándose fenómenos marginales. El número de incautaciones aumentó entre 2005 y 2010, mientras que las cantidades fluctuaron entre 50 000 y 150 000 unidades, después de un pico de 1,8 millones de unidades en 2005. En ese mismo período, el precio al por menor de LSD disminuyó o se mantuvo estable en la mayoría de los países que facilitaron datos. En 2010, osciló entre 6 y 14 euros por unidad en la mayoría de los catorce países que aportaron información.

En 2010 únicamente informaron de incautaciones de hongos alucinógenos, ketamina y GHB y GBL tres o cuatro países, dependiendo de la droga. No está claro hasta qué punto tales incautaciones reflejan la disponibilidad limitada de estas sustancias o simplemente la falta de atención sistemática de las fuerzas de seguridad.

Prevalencia y pautas de consumo

En unos pocos países, los consumidores de anfetaminas, frecuentemente por vía parenteral, representan una proporción importante del número total de consumidores problemáticos de drogas y de los que solicitan ayuda por problemas relacionados con las drogas. En contraste,

las anfetaminas y el éxtasis, tomados generalmente por vía oral o esnifados, tienen una relación más general con la asistencia a locales nocturnos y discotecas. Se observa el consumo combinado de éxtasis y anfetaminas con alcohol, registrándose entre los grandes bebedores o los que beben con frecuencia niveles de consumo de anfetaminas o de éxtasis muy superior a la media de la población (OEDT, 2009b).

Anfetaminas

Según las estimaciones sobre prevalencia de la drogas, unos 13 millones de europeos han probado las anfetaminas y unos 2 millones las consumieron durante el último año (véase en el cuadro 5 un resumen de los datos). En adultos jóvenes (de 15 a 34 años), la prevalencia de ese consumo a lo largo de la vida varía considerablemente en función del país, oscilando el margen entre el 0,1 % y el 12,9 %, y situándose la media ponderada en el 5,5 %. El consumo durante el último año en este grupo de edad fluctúa entre el 0 % y el 2,5 %, estimando la prevalencia la mayoría de los países entre el 0,5 % y el 2,0 %. Se calcula que 1,5 millones (1,2 %) de jóvenes europeos consumieron anfetaminas durante el último año. Los niveles de consumo durante el último año son más altos en las encuestas hechas entre los jóvenes que acuden a locales nocturnos o discotecas, y en este sentido en 2010 se registraron en la República Checa, los Países Bajos y el Reino Unido cifras comprendidas entre el 8 % y el 27 %.

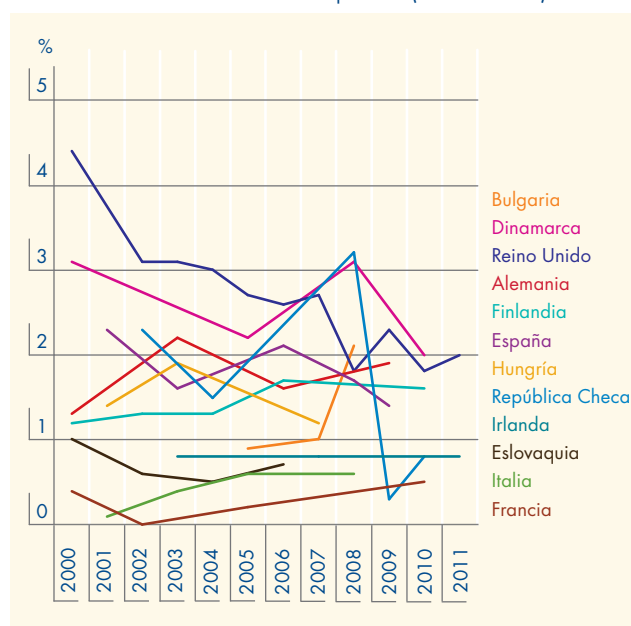
Entre los escolares de 15 a 16 años, la prevalencia del consumo de anfetaminas a lo largo de la vida oscila entre el 1 y el 7 % en los veinticuatro Estados miembros de la UE, Croacia y Noruega, según datos de la encuesta ESPAD 2011, aunque únicamente Bélgica, Bulgaria y Hungría notificaron niveles superiores al 4 %⁽⁶⁰⁾. La encuesta española entre estudiantes de enseñanzas secundarias informa de un 1 %, mientras que la cifra en los Estados Unidos es del 9 %.

Entre 2005 y 2010, el consumo de anfetaminas durante el último año se mantuvo relativamente bajo y estable entre la población general en la mayoría de los países europeos, registrándose niveles de prevalencia de menos de 3 % en todos los países que facilitan información. Durante ese período, únicamente informó de un aumento un país, Bulgaria, donde la prevalencia creció un punto porcentual entre los adultos jóvenes (gráfico 7). En general, las encuestas escolares ESPAD realizadas en 2011 indicaron poco cambio en los niveles de experimentación con anfetaminas y con éxtasis entre los escolares de 15 a 16 años.

⁽⁶⁰⁾ Véase el cuadro EYE-11 del boletín estadístico de 2012.

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

Grupo de edad	Período de consumo	
	A lo largo de la vida	Durante el último año
15-64 años		
Número estimado de consumidores en Europa	13 millones	2 millones
Media europea	3,8 %	0,6 %
Intervalo	0,1-11,6 %	0,0-1,1 %
Países con la prevalencia más baja	Grecia, Rumanía (0,1 %) Chipre (0,7 %) Portugal (0,9 %) Eslovaquia (1,2 %)	Grecia, Rumanía (0,0 %) Francia, Portugal (0,2 %) República Checa, Chipre, Eslovaquia (0,3 %)
Países con la prevalencia más alta	Reino Unido (11,6 %) Dinamarca (6,2 %) Suecia (5,0 %) Irlanda (4,5 %)	Estonia, Reino Unido (1,1 %) Bulgaria, Letonia (0,9 %) Suecia, Finlandia (0,8 %)
15-34 años		
Número estimado de consumidores en Europa	7 millones	1,5 millones
Media europea	5,5 %	1,2 %
Intervalo	0,1-12,9 %	0,0-2,5 %
Países con la prevalencia más baja	Rumanía (0,1 %) Grecia (0,2 %) Chipre (1,2 %) Portugal (1,3 %)	Rumanía (0,0 %) Grecia (0,1 %) Portugal (0,4 %) Francia (0,5 %)
Países con la prevalencia más alta	Reino Unido (12,9 %) Dinamarca (10,3 %) Irlanda (6,4 %) Letonia (6,1 %)	Estonia (2,5 %) Bulgaria (2,1 %) Dinamarca, Reino Unido (2,0 %) Alemania, Letonia (1,9 %)
N. B.: Las estimaciones europeas se calculan a partir de las estimaciones de la prevalencia nacional, ponderadas para tener en cuenta la población del grupo de edad correspondiente en cada país. Para estimar el número total de consumidores en Europa, se aplica la media de la Unión Europea a los países para los que se carece de datos de prevalencia (lo que representa no más del 6 % de la población objetivo en el caso de los adultos jóvenes en relación con las estimaciones del consumo durante el último año y no más del 3 % de la población en relación con las demás estimaciones). Poblaciones utilizadas como base: 15-64 años, 338 millones; 15-34 años, 130 millones. Al basarse las estimaciones europeas en encuestas realizadas entre 2004 y 2010-11 (principalmente en 2008-10), no se refieren a un único año. Los datos aquí resumidos pueden encontrarse en la sección «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2012.		

Gráfico 7: Tendencias en la prevalencia del consumo de anfetaminas durante el último año entre adultos jóvenes (15 a 34 años)

N. B.: Solo se presentan los datos de los países para los que se dispone de al menos tres encuestas. Para más información, véase el gráfico GPS-8 del boletín estadístico de 2012.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox, obtenidos de encuestas de población, informes o artículos científicos.

Consumo problemático de anfetaminas

Se dispone de estimaciones recientes de la prevalencia del consumo problemático de anfetaminas en dos países ⁽⁶¹⁾. En la República Checa se calculó que en 2010 había entre 27 300 y 29 100 consumidores problemáticos de metanfetamina (de 3,3 a 3,9 casos por cada 1 000 personas de 15 a 64 años), lo que supone un aumento respecto a años anteriores y más del doble del número de consumidores problemáticos de opiáceos. En Eslovaquia, la cifra correspondiente se estimó entre 5 800 y 15 700, en 2007 (de 1,5 a 4 casos por cada 1 000 personas de 15 a 64 años), casi un 20 % menos que el número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos.

También ha aparecido metanfetamina en los mercados de droga de otros países, en particular del norte de Europa (Letonia, Suecia, Noruega y, en menor medida, Finlandia), donde parece haber sustituido parcialmente a la anfetamina. En 2010, se comunicaron signos adicionales de consumo problemático de metanfetamina, aunque probablemente a niveles muy bajos, en Alemania, Grecia, Hungría, Chipre y Turquía, mientras que aumentaron las incautaciones en Estonia y Austria.

⁽⁶¹⁾ Se define como «consumo problemático de anfetaminas» el que se hace por vía parenteral, es de larga duración o es regular.

Una pequeña proporción de quienes inician tratamiento en Europa mencionan las anfetaminas como la droga principal consumida: un 6 % en 2010 (23 000 personas) ⁽⁶²⁾. Además, casi 20 000 personas que inician tratamiento por problemas relacionados con otras drogas principales mencionan otros estimulantes (diferentes de la cocaína) como segunda droga consumida. Los consumidores de anfetaminas como droga principal representan una proporción significativa de quienes inician tratamiento en Suecia (28 %), Polonia (24 %), Letonia (19 %) y Finlandia (17 %), y se cita la metanfetamina como droga principal consumida por una gran proporción de las personas que se hallan en esa misma situación en la República Checa (63 %) y Eslovaquia (35 %). Los consumidores de anfetaminas constituyen entre el 5 % y el 15 % de quienes inician tratamiento en otros seis países (Bélgica, Dinamarca, Alemania, Hungría, los Países Bajos, Noruega); en los demás países, la proporción no llega al 5 %. Entre 2005 y 2010, las tendencias de los consumidores de anfetaminas como droga principal que inician tratamiento se mantuvieron estables en la mayoría de los países, con la excepción de la República Checa y Eslovaquia: ambos países notificaron un aumento del número y de la proporción de las personas que inician tratamiento por el consumo de metanfetamina a lo largo de ese período y un incremento sustancial entre 2009 y 2010 ⁽⁶³⁾.

Los consumidores de anfetaminas que inician tratamiento tienen una edad media de 30 años, y la proporción entre hombres y mujeres (2:1) es menor que en el caso de cualquier otra droga ilegal. En los países en los que los consumidores de anfetaminas constituyen una elevada proporción de quienes inician tratamiento, muchos de ellos las consumen por vía parenteral. En la República Checa, Letonia, Finlandia, Suecia y Noruega, pertenecían a ese grupo entre el 63 % y el 80 % de los consumidores de anfetaminas como droga principal ⁽⁶⁴⁾. Las cifras son más bajas en Eslovaquia (34 %), donde han disminuido desde 2005 ⁽⁶⁵⁾.

Éxtasis

Según las estimaciones de prevalencia de las drogas, unos 11,5 millones de europeos han probado el éxtasis

y unos 2 millones lo consumieron durante el último año (véase en el cuadro 6 un resumen de los datos). El consumo durante el último año se concentra en los adultos jóvenes, siendo los niveles correspondientes generalmente más altos entre los chicos que entre las chicas en todos los países. La prevalencia del consumo de éxtasis a lo largo de la vida en el grupo de 15-34 años varía desde menos del 0,6 % hasta el 12,4 %, aunque la mayoría de los países comunican valores entre el 2,1 % y el 5,8 % ⁽⁶⁶⁾.

La prevalencia del consumo de éxtasis a lo largo de la vida entre los escolares de 15 a 16 años oscila entre el 1 % y el 4 % en los países europeos encuestados en 2011 ⁽⁶⁷⁾, aunque solo el Reino Unido notificó un nivel del 4 %, tanto en la encuesta ESPAD como en la encuesta escolar inglesa. La encuesta española entre estudiantes de enseñanzas secundarias indica un 2 %. A efectos de comparación, el consumo a lo largo de la vida entre los escolares de la misma edad en los Estados Unidos se estima en el 7 %.

Las encuestas sobre cuestiones específicas realizadas en los locales nocturnos proporcionan una idea del consumo «recreativo» de drogas estimulantes entre los adultos jóvenes que acuden a ellos en toda Europa. Se dispone de información sobre la prevalencia del consumo de éxtasis durante el último año entre los asistentes a locales nocturnos y discotecas en 2010-11 para dos países: la República Checa (43 %) y los Países Bajos (Ámsterdam, 33 %). En los dos casos, el consumo de éxtasis fue más frecuente que el de anfetaminas. Un estudio por internet realizado en 2012 en el Reino Unido señaló que, entre los asistentes habituales a discotecas del Reino Unido, el consumo de éxtasis durante el último año superó al de cannabis (Mixmag, 2012). En una encuesta en locales nocturnos realizada en Dinamarca, el 40 % de los entrevistados (edad media, 21 años) declaró haber tomado en algún momento de su vida una droga ilegal distinta del cannabis (normalmente, cocaína, anfetamina o éxtasis). Los datos de las muestras de población de lugares concretos y de las encuestas por internet deben interpretarse, sin embargo, con precaución.

En cinco de los seis países que notifican niveles de consumo de éxtasis superiores a la media durante el último año y en relación con los cuales pueden describirse las tendencias, el consumo entre los jóvenes

⁽⁶²⁾ En Alemania, Lituania y Noruega no es posible distinguir en los datos comunicados al OEDT entre los consumidores de anfetaminas, los de MDMA y los de otros estimulantes, ya que todos se notifican como consumidores de «estimulantes distintos de la cocaína». En términos generales, en los países en que se notifican datos, los consumidores de anfetaminas representan aproximadamente el 90 % de los que consumen «estimulantes distintos de la cocaína».

⁽⁶³⁾ Véanse los cuadros TDI-5 (parte ii) y TDI-22 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁶⁴⁾ Véanse los cuadros TDI-5 (parte iv) y TDI-37 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁶⁵⁾ Véanse los cuadros TDI-2 (parte i), TDI-3 (parte iii), TDI-5 (parte ii) y TDI-36 (parte iv) del boletín estadístico de 2012. Véase también el cuadro TDI-17 de los boletines estadísticos de 2007 y 2012.

⁽⁶⁶⁾ Véase el cuadro GPS-1 (parte iii) del boletín estadístico de 2012.

⁽⁶⁷⁾ Véase el cuadro EYE-11 del boletín estadístico de 2012.

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

Grupo de edad	Período de consumo	
	A lo largo de la vida	Durante el último año
15-64 años		
Número estimado de consumidores en Europa	11,5 millones	2 millones
Media europea	3,4 %	0,6 %
Intervalo	0,4-8,3 %	0,1-1,6 %
Países con la prevalencia más baja	Grecia (0,4 %) Rumanía (0,7 %) Noruega (1,0 %) Polonia (1,2 %)	Suecia (0,1 %) Grecia, Rumanía, Francia (0,2 %) Dinamarca, Polonia, Noruega (0,3 %)
Países con la prevalencia más alta	Reino Unido (8,3 %) Irlanda (6,9 %) Países Bajos (6,2 %) España (4,9 %)	Eslovaquia (1,6 %) Letonia (1,5 %) Países Bajos, Reino Unido (1,4 %) Estonia (1,2 %)
15-34 años		
Número estimado de consumidores en Europa	7,5 millones	1,5 millones
Media europea	5,7 %	1,3 %
Intervalo	0,6-12,4 %	0,2-3,1 %
Países con la prevalencia más baja	Grecia (0,6 %) Rumanía (0,9 %) Polonia, Noruega (2,1 %) Portugal (2,6 %)	Suecia (0,2 %) Grecia, Rumanía, Francia (0,4 %) Noruega (0,6 %) Polonia (0,7 %)
Países con la prevalencia más alta	Reino Unido (12,4 %) Países Bajos (11,6 %) Irlanda (10,9 %) Letonia (8,5 %)	Países Bajos (3,1 %) Reino Unido (3,0 %) Eslovaquia, Letonia (2,7 %) Estonia (2,3 %)
N.B.:	Las estimaciones europeas se calculan a partir de las estimaciones de la prevalencia nacional, ponderadas para tener en cuenta la población del grupo de edad correspondiente en cada país. Para estimar el número total de consumidores en Europa, se aplica la media de la Unión Europea a los países para los que no se dispone de datos de prevalencia (lo que representa no más del 3 % de la población objetivo). Poblaciones utilizadas como base: 15-64 años, 338 millones; 15-34 años, 130 millones. Al basarse las estimaciones europeas en encuestas realizadas entre 2004 y 2010-11 (principalmente en 2008-10), no se refieren a un único año. Los datos aquí resumidos pueden encontrarse en la sección «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2012.	

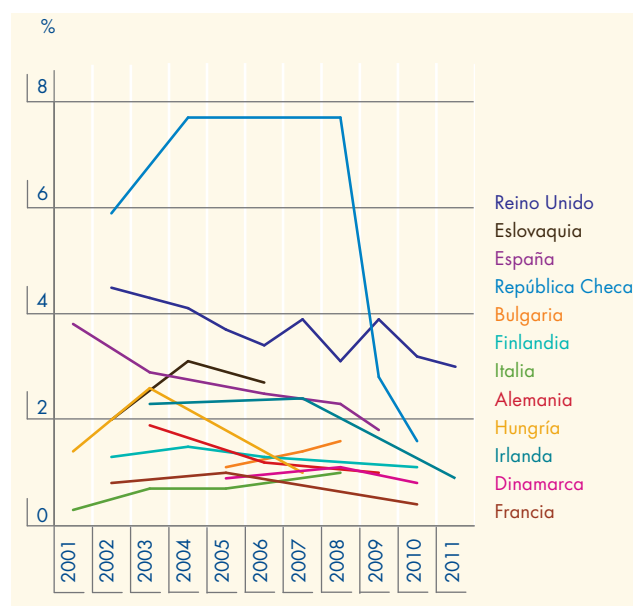
de 15 a 34 años alcanzó su máximo normalmente a principios del primer decenio de 2000, antes de experimentar un declive (la República Checa, Estonia, España, Eslovaquia, el Reino Unido) (gráfico 8). Durante el período 2005-10, todos estos países notificaron tendencias estables o decrecientes en el consumo durante al último año en adultos jóvenes (15 a 34 años).

El número de consumidores de drogas que inician tratamiento por problemas relacionados con el éxtasis es escaso. En 2010, el éxtasis fue mencionado como la droga principal por el 1 % o menos (casi 1 000 personas en total) de quienes iniciaron tratamiento en todos los países europeos ⁽⁶⁸⁾.

Alucinógenos, GHB y ketamina

Entre los adultos jóvenes (15 a 34 años), las estimaciones de prevalencia del consumo de LSD a lo largo de la vida en Europa oscilan entre el 0,1 % y el 5,4 %. En el caso del consumo durante el último año, las cifras son mucho más bajas ⁽⁶⁹⁾. En los pocos países que facilitan datos comparables, la mayoría notifican niveles de consumo de hongos alucinógenos más elevados que de LSD, tanto entre

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



N. B.: Solo se presentan los datos de los países para los que se dispone de al menos tres encuestas. Para más información, véase el gráfico GPS-21 del boletín estadístico de 2012.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox, obtenidos de encuestas de población, informes o artículos científicos.

⁽⁶⁸⁾ Véanse los cuadros TDI-5, TDI-8 y TDI-37 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁶⁹⁾ Véase el cuadro GPS-1 del boletín estadístico de 2012.

la población general como entre la población escolar. En los adultos jóvenes, las estimaciones de prevalencia del consumo de hongos alucinógenos a lo largo de la vida varían entre el 0,3 % y el 8,1 %, y las relativas al consumo durante el último año, entre el 0,0 % y el 2,2 %. Entre los escolares de 15 a 16 años, la mayoría de los países comunican prevalencias de consumo de hongos alucinógenos a lo largo de la vida entre el 1 % y el 4 % ⁽⁷⁰⁾.

Las estimaciones de prevalencia del consumo de GHB y de ketamina en las poblaciones adulta y escolar son mucho más bajas que las relativas al éxtasis. En los Países Bajos, donde el GHB se incluyó por primera vez en la encuesta de población general de 2009, el 0,4 % de la población adulta (de 15 a 64 años) declaró haberlo consumido durante el último año, cifra similar a la correspondiente a las anfetaminas. La encuesta británica sobre la delincuencia, una de las pocas encuestas nacionales que siguen el consumo de ketamina, observó un aumento del consumo de esta droga entre los jóvenes de 16 a 24 años durante el último año: del 0,8 % de 2006-07 se pasó al 2,1 % en 2010-11.

Las encuestas sobre cuestiones específicas realizadas en los locales nocturnos proporcionan una indicación de las drogas que se consumen en ellos, aunque las tasas de prevalencia son difíciles de interpretar. Estudios recientes de la República Checa y de los Países Bajos, así como una encuesta por internet realizada en el Reino Unido, facilitan estimaciones de prevalencia del consumo a lo largo de la vida que oscilan entre el 4 % y el 11 % en el caso del GHB y del 8 % al 48 % en el caso de la ketamina, según el local o el grupo de encuestados. En Dinamarca, una encuesta realizada en locales nocturnos informa de que el 10 % de los entrevistados habían consumido ketamina, GHB, hongos alucinógenos o LSD. Los resultados de un estudio realizado en 2011 en discotecas para homosexuales de la zona de Londres sur apuntan a elevados niveles de consumo de estas sustancias entre algunos subgrupos de la población: el 24 % de los entrevistados indicaron que el GHB era su droga favorita y expresaron su intención de consumirla esa misma noche y más del 10 % dieron una respuesta similar para la ketamina (Wood y otros, 2012b). De los entrevistados en el Reino Unido en una encuesta por internet identificados como asistentes regulares a discotecas, el 40 % declararon el consumo durante el último año de ketamina y el 2 %, de GHB (Mixmag, 2012).

Consecuencias para la salud de las anfetaminas

Muchos de los estudios sobre las consecuencias para la salud del consumo de anfetaminas se han realizado

en países en los que el consumo de metanfetamina cristalizada, prácticamente inexistente en Europa, representa una parte significativa del problema de las drogas. Aunque muchos de los efectos sobre la salud documentados en estos estudios se han notificado también con el consumo de anfetaminas en Europa, no está claro que sus resultados puedan ser directamente traducidos a la situación europea.

El consumo de anfetaminas ilegales se ha asociado a una serie de efectos adversos agudos, como agitación, cefalea, temblores, náuseas, calambres abdominales, sudoración, mareo y disminución del apetito (OEDT, 2010c). Los consumidores con problemas de salud mental subyacentes corren un mayor riesgo de sufrir efectos adversos agudos psicológicos y psiquiátricos, que pueden ir desde el estado de ánimo bajo, la ansiedad, la agresión y la depresión hasta la psicosis paranoide aguda. Al desaparecer los efectos estimulantes, los consumidores pueden experimentar somnolencia o deficiencias en el juicio o en el aprendizaje.

Entre los efectos adversos crónicos asociados al consumo de anfetaminas figuran las complicaciones cardiovasculares debidas al riesgo acumulativo de enfermedad cardíaca y coronaria y de hipertensión pulmonar. En un contexto de patología cardiovascular preexistente, pueden desencadenarse episodios graves y potencialmente mortales (isquemia e infarto de miocardio). Además, el consumo a largo plazo se ha vinculado a daños en el cerebro y en el sistema nervioso, a psicosis y a una serie de trastornos de la personalidad y del estado de ánimo.

Se dispone de pruebas convincentes de un síndrome de dependencia de las anfetaminas tras el consumo intensivo regular. Entre los síntomas asociados a la abstinencia pueden encontrarse el deseo compulsivo de consumir y la depresión con aumento del riesgo de suicidio (Jones y otros, 2011).

La administración de anfetaminas por vía parenteral aumenta el riesgo de enfermedades infecciosas (VIH y hepatitis), y las elevadas tasas de conductas de riesgo sexual han hecho a los consumidores más vulnerables a las infecciones de transmisión sexual. Además, la falta de alimentos y de sueño puede tener consecuencias negativas para la salud. El consumo de anfetaminas en caso de embarazo se asocia a peso bajo al nacer, prematuridad y aumento de la morbilidad fetal.

Prevención en entornos recreativos

A pesar de los altos niveles de consumo de drogas que se han observado en algunos contextos recreativos, solo

⁽⁷⁰⁾ Datos obtenidos de ESPAD en todos los países, exceptuando España. Véase el gráfico EYE-3 (parte v) del boletín estadístico de 2011.

once países notificaron la adopción de estrategias de prevención y de reducción de daños en estos ámbitos. Estas estrategias suelen tener una orientación individual o ambiental. Entre las de orientación individual se encuentran las intervenciones educativas a cargo de iguales y los equipos móviles —como sucede en Bélgica, la República Checa y el Reino Unido— que ofrecen asesoramiento e información sobre las drogas, prestan tratamiento médico y distribuyen materiales para reducción de los daños. Tienen el mismo planteamiento individual las intervenciones en festivales musicales y en grandes acontecimientos recreativos dirigidas a los jóvenes en situación de alto riesgo potencial de presentar problemas. Se incluyen en este grupo las exploraciones mediante escáner para detectar problemas de drogas, la prestación de primeros auxilios y las intervenciones en caso de intoxicación aguda.

Hay además una serie de estrategias normativas de orientación ambiental, que a menudo se centran en la autorización a los locales para vender alcohol y en los responsables de servir las bebidas. Estas intervenciones se dirigen a mejorar la seguridad del personal y de los visitantes en los locales nocturnos mediante el establecimiento de una cooperación formal entre las principales partes interesadas (autoridades locales, policía y propietarios de los locales).

Se incluyen entre estas estrategias de orientación ambiental las iniciativas de gestión de masas y las medidas para garantizar la disponibilidad gratuita de agua y el transporte seguro a altas horas de la noche. El proyecto «Taxi nocturno» de Eslovenia subvenciona el transporte en taxi para los jóvenes de 16 a 30 años. Las pruebas disponibles indican que puede ser de utilidad para reducir los accidentes, pero que no reduce los daños relacionados con el consumo de alcohol o de drogas (Calafat y otros, 2009). Otro ejemplo de estrategia ambiental de prevención en entornos recreativos es el de las etiquetas de calidad «fiesta segura» promovidas por el proyecto europeo «Party+» en Bélgica, Dinamarca, España, los Países Bajos, Eslovenia y Suecia. La experiencia señala que el éxito de las medidas normativas para la prevención de las conductas de riesgo en los locales nocturnos depende de los aspectos de su aplicación. En las intervenciones de prevención en materia de drogas en los bares y discotecas es importante además fijar como objetivo al propio personal debido a su consumo de drogas y de alcohol y a su actitud al respecto.

La Healthy Nightlife Toolbox recientemente presentada comprende tres bases de datos (evaluación de intervenciones, revisiones bibliográficas y detalles del

trabajo de expertos en este ámbito) y un manual que ofrece orientaciones para crear una vida nocturna sana y segura. En él se insiste en que las medidas preventivas en los entornos recreativos deben abordar conjuntamente el consumo de alcohol y el de drogas ilegales, puesto que causan problemas similares y a menudo se combinan. Se subraya también que esas intervenciones pueden tener efectos beneficiosos sobre una serie de conductas problemáticas y de daños, que van desde los problemas de salud agudos relacionados con ese consumo hasta la violencia, la conducción bajo los efectos de esas sustancias y las relaciones sexuales sin protección o los contactos sexuales no deseados.

Tratamiento

Consumo problemático de anfetaminas

Las opciones de tratamiento disponibles para los consumidores de anfetaminas en Europa varían considerablemente entre unos países y otros. En los países de Europa septentrional y central con una larga tradición en este campo hay programas dirigidos específicamente a atender sus necesidades. En los de Europa central y oriental, donde el consumo problemático de anfetaminas no ha adquirido relevancia hasta época reciente, los sistemas de tratamiento apuntan principalmente a los consumidores problemáticos de opiáceos, aunque también van atendiendo cada vez más las necesidades de aquellos. En los países de Europa occidental y meridional, con bajos niveles de consumo problemático de anfetamina, hay una carencia de servicios específicos que puede dificultar el acceso al tratamiento de los consumidores de estas drogas (OEDT, 2010c).

En 2011, doce países informaron de la disponibilidad de programas de tratamiento especializado para los consumidores de anfetaminas que buscan activamente tratamiento, frente a los ocho de 2008. Los expertos nacionales de la República Checa, Alemania, Lituania, Eslovaquia y el Reino Unido estimaron que había programas a disposición de la mayoría de esos consumidores, mientras que en los otros siete países solo estaban disponibles para una minoría. Bulgaria y Hungría señalaron que estaba prevista para los próximos tres años la implantación de programas de ese tipo.

La primera opción de tratamiento para los consumidores de anfetaminas son las intervenciones psicosociales en servicios ambulatorios de tratamiento de la drogodependencia. Son intervenciones de este tipo el refuerzo de la motivación, la terapia cognitivo-conductual, la formación en el autocontrol y el consejo conductual. Los

enfoques psicológicos más frecuentemente estudiados para el tratamiento de la dependencia de la metanfetamina y anfetaminas son la terapia cognitivo-conductual y la gestión de contingencias, a veces en combinación (Lee y Rawson, 2008). Ambos enfoques parecen asociarse a resultados positivos. Los consumidores más problemáticos, como los que han adquirido dependencia de las anfetaminas y además presentan trastornos psiquiátricos, pueden recibir tratamiento en servicios en régimen de ingreso para drogodependientes, centros psiquiátricos u hospitales. En Europa se administran fármacos (antidepresivos, sedantes o antipsicóticos) para el tratamiento de los primeros síntomas de abstinencia al comienzo de un proceso de desintoxicación, generalmente en servicios de psiquiatría y en régimen de ingreso.

En ocasiones se prescribe el tratamiento a largo plazo con antipsicóticos para psicopatologías duraderas asociadas al consumo crónico de anfetaminas. Los profesionales europeos señalan que los síntomas psicológicos, como la autoagresión, la violencia, la agitación y la depresión, que aparecen a veces en los consumidores problemáticos de anfetaminas, pueden exigir una evaluación completa de la salud mental, su tratamiento y un seguimiento exhaustivo. Todos estos casos suelen gestionarse en estrecha relación con los servicios de salud mental.

Estudios sobre el tratamiento de la dependencia de anfetaminas

Los niveles de remisión espontánea de la dependencia, sin tratamiento de por medio, son más altos entre los consumidores de anfetaminas que entre los consumidores de otras sustancias adictivas, ya que se produce esa remisión en casi una de cada dos personas durante un año determinado (Calabria y otros, 2010).

Se han estudiado varios fármacos para el tratamiento de la dependencia de la anfetamina y la metanfetamina, pero aún no se han aportado pruebas sólidas a favor de ningún régimen farmacológico concreto (Karila y otros, 2010). Aunque se ha comunicado que se consigue una cierta reducción del consumo con modafinilo, bupropión o naltrexona, se necesitan ulteriores investigaciones para aclarar la posible función de estas sustancias en el tratamiento de los pacientes con dependencia de las anfetaminas.

La dexamfetamina y el metilfenidato han mostrado posibilidades como tratamientos de sustitución en la dependencia de anfetamina o metanfetamina. En un estudio piloto se indicó que la dexamfetamina puede aumentar el compromiso con el tratamiento en los pacientes con dependencia de anfetamina (Shearer y otros, 2001), y su administración en una forma farmacéutica de liberación sostenida ha reducido el nivel de dependencia de metanfetamina en los pacientes de un ensayo reciente (Longo y otros, 2010). Un estudio aleatorizado reveló que el metilfenidato puede reducir de forma eficaz la administración intravenosa en pacientes con dependencia grave de anfetamina (Tiihonen y otros, 2007).

Dependencia del gamma-hidroxibutirato y su tratamiento

La dependencia del gamma-hidroxibutirato (GHB) es un trastorno clínico reconocido, con un síndrome de abstinencia potencialmente intenso cuando se interrumpe bruscamente su administración después de un consumo regular o crónico. Existen datos que demuestran la posibilidad de que aparezca dependencia física entre los consumidores recreativos, y se han documentado casos de síntomas de abstinencia al dejar de consumir GHB y sus precursores. Se ha descrito también dependencia del GHB entre exalcohólicos (Richter y otros, 2009).

Los estudios realizados se centran principalmente en la descripción de los síntomas de abstinencia del GHB y las complicaciones relacionadas, que pueden ser difíciles de reconocer en casos de urgencia (Van Noorden y otros, 2009). Estos síntomas son temblores, ansiedad, insomnio y agitación. Los pacientes que dejan de tomar GHB pueden presentar también psicosis y delirio como parte del síndrome. Los síntomas leves de abstinencia pueden tratarse en centros ambulatorios; en los demás casos, se recomienda la vigilancia del paciente en régimen de ingreso. De momento, no se han elaborado protocolos normalizados para el tratamiento del síndrome de abstinencia de GHB.

Las benzodiazepinas y los barbitúricos son los fármacos más utilizados para el tratamiento del síndrome de abstinencia de GHB. En los Países Bajos se está investigando actualmente la desintoxicación controlada de GHB utilizando GHB farmacéutico en una dosis ajustada.

Capítulo 5

Cocaína y crack

Introducción

La cocaína sigue siendo la segunda droga ilegal más consumida en Europa después del cannabis, si bien los niveles de prevalencia y las tendencias varían considerablemente entre los países. Solo en un pequeño grupo de países, principalmente de Europa occidental, se aprecia un consumo elevado de cocaína, mientras que en los demás se mantiene limitado. Hay además una considerable diversidad entre los consumidores de cocaína, entre los que se incluyen consumidores ocasionales, consumidores regulares bien integrados socialmente y consumidores más marginados y con frecuencia dependientes, que se inyectan la cocaína o consumen *crack*.

Suministro y disponibilidad

Producción y tráfico

El cultivo de arbusto de coca, fuente de la que proviene la cocaína, sigue concentrado en tres países de la región

andina: Colombia, Perú y Bolivia. La ONUDD (2012) estima que, en 2010, la superficie dedicada al cultivo ascendía a 149 000 hectáreas, lo que supone una reducción del 6 % respecto a las 159 000 hectáreas estimadas en 2009. Esta reducción se atribuye principalmente a la disminución de la superficie de cultivo en Colombia, parcialmente compensada por los incrementos en Perú y Bolivia. Las 149 000 hectáreas de arbusto de coca se tradujeron en una producción potencial de entre 788 y 1 060 toneladas de cocaína pura, frente a las 842-1 111 toneladas estimadas en 2009 (ONUDD, 2012; véase el cuadro 7).

La mayor parte del proceso de transformación de las hojas de coca en clorhidrato de cocaína sigue desarrollándose en Colombia, Perú y Bolivia, aunque también en otros países. La importancia de Colombia en la producción de cocaína se hace evidente a partir de la información relativa a los laboratorios desmantelados y las incautaciones de permanganato potásico, un reactivo químico utilizado en la síntesis del clorhidrato de cocaína.

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

	Cocaína en polvo (clorhidrato)	Crack (cocaína en forma de base) ⁽¹⁾
Estimación de la producción mundial (toneladas de cocaína pura)	788-1 060	n. d.
Cantidad global incautada (toneladas de cocaína, pureza desconocida)	694	n. d.
Cantidad incautada (en toneladas) en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	61 (61)	0,07 (0,07)
Número de incautaciones en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	86 000 (88 000)	7 000 (7 000)
Precio medio de venta al por menor (euros por gramo) Intervalo (Intervalo intercuartílico) ⁽²⁾	45-144 (49,9-73,4)	49-58
Pureza media (%) Intervalo (Intervalo intercuartílico) ⁽²⁾	22-55 (27,9-45,9)	10-62

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

⁽²⁾ Intervalo referido a la mitad de los valores de la serie.

N. B.: Todos los datos son de 2010; n. d.: datos no disponibles.

Fuentes: ONUDD (2012) para los valores mundiales; puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos.

En 2010 se dismantelaron en Colombia 2 623 laboratorios de cocaína (ONUDD, 2012) y se incautaron un total de 26 toneladas de permanganato potásico (el 81 % de las incautaciones mundiales) (JIFE, 2012a).

Los envíos de cocaína a Europa parecen transitar por la mayor parte de los países de América del Sur y de América Central, aunque principalmente por Argentina, Brasil, Ecuador, México y Venezuela. Las islas del Caribe también se emplean con frecuencia en operaciones de transbordo de drogas con destino a Europa. En los últimos años se han detectado rutas alternativas a través de África occidental (OEDT y Europol, 2010) y de África meridional (JIFE, 2012b).

España, los Países Bajos, Portugal y Bélgica parecen constituir los principales puntos de entrada de la cocaína en Europa. Una vez en Europa, los informes mencionan con frecuencia a Alemania, Francia y el Reino Unido como importantes países de tránsito o de destino. El Reino Unido estima que todos los años se introducen en el país 25-30 toneladas de cocaína. Informes recientes indican también una expansión del tráfico hacia el Este (OEDT y Europol, 2010). El contrabando de cocaína es cada vez mayor a través de Europa sudoriental y oriental, sobre todo a lo largo de la ruta de los Balcanes (JIFE, 2012b) y en puertos de Letonia y Lituania. En particular, en 2010 se interceptaron cantidades desusadamente elevadas de cocaína en Estonia, Letonia, Lituania y Turquía.

Incautaciones

La cocaína es la droga objeto de mayor tráfico en todo el mundo, después de la hierba de cannabis y la resina de cannabis. En 2010, las incautaciones mundiales de cocaína se estabilizaron en torno a las 694 toneladas (cuadro 7) (ONUDD, 2012). Las mayores cantidades se aprehendieron en América del Sur, con un 52 % del total, seguida de América del Norte con el 25 %, América Central con el 12 % y Europa con el 9 % (ONUDD, 2012).

Después de aumentar durante veinte años, el número de incautaciones de cocaína en Europa alcanzó su máximo en unas 100 000 en 2008, antes de disminuir a unas 88 000 en 2010. La cantidad total interceptada alcanzó su máximo en 2006 y luego se redujo a la mitad, 59 toneladas, en 2009, debido en gran parte a la disminución de las aprehensiones en España y Portugal ⁽⁷¹⁾. Las cantidades de cocaína interceptadas en Europa en 2010 crecieron ligeramente hasta unas 61 toneladas debido principalmente al importante aumento producido en Bélgica y a la interrupción de la tendencia a la baja comunicada en Portugal y España.

En 2010, España volvió a ser el país que notificó tanto el mayor número de incautaciones de cocaína como la mayor cantidad aprehendida en Europa.

Pureza y precio

En 2010, la pureza media de las muestras de cocaína analizadas osciló entre el 27 % y el 46 % en la mitad de los países que facilitaron datos. Los valores más bajos se notificaron en Hungría (22 %), Dinamarca y el Reino Unido (Inglaterra y Gales) (en ambos casos, solo al por menor, 24 %), y los más altos en Bélgica (55 %), Turquía (53 %) y los Países Bajos (52 %) ⁽⁷²⁾. De los veintitrés países que proporcionaron datos suficientes para analizar las tendencias de la pureza de la droga durante el período 2005-10, veinte notificaron una disminución y tres observaron una tendencia estable o alcista (Alemania, Letonia, Portugal). En conjunto, la pureza de la cocaína se

El tráfico de drogas a través de la aviación general

El tráfico aéreo de drogas ha adquirido importancia en los últimos años; según la ONUDD (2011b), la mayoría de los envíos de heroína, cocaína y estimulantes del tipo de las anfetaminas procedentes de África vuelan a Europa. Con el fin de elaborar y armonizar herramientas y sistemas para mejorar la detección de drogas en los aeropuertos europeos se creó el Grupo de Aeropuertos del Grupo Pompidou del Consejo de Europa. Con apoyo de la Oficina Regional de Enlace de Inteligencia: Europa occidental y de la Organización Mundial de Aduanas, funcionarios de treinta y cinco países, principalmente de Europa, examinan anualmente los datos sobre incautaciones relacionadas con el transporte o con el correo aéreos. En 2010, las autoridades aduaneras de los países participantes interceptaron en los aeropuertos y centros de correo 15 toneladas de drogas ilegales, la mitad correspondientes a cocaína.

La aviación general, esto es, la aviación no comercial desarrollada por aeronaves ligeras y de mediano tamaño que despegan generalmente de pequeños aeródromos, ha pasado a ser un motivo de preocupación: ya puede ser utilizada por organizaciones delictivas para el tráfico de drogas. Para armonizar los métodos, el Grupo de Aeropuertos publicó en 2003 un manual sobre la organización y realización de los controles de la aviación general. En respuesta a las conclusiones del Consejo de la UE de 2010, en las que se alentaba a los Estados miembros a centrar su atención en este riesgo, el Grupo de Aeropuertos formó además un grupo de trabajo que ha preparado una serie de veinte indicadores de riesgo de tráfico de drogas a través de la aviación general.

⁽⁷¹⁾ Véanse los cuadros SZR-9 y SZR-10 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁷²⁾ Para los datos sobre pureza y precios, véanse los cuadros PPP-3 y PPP-7 del boletín estadístico de 2012.

Análisis de aguas residuales: un estudio de diecinueve ciudades

El análisis o epidemiología de las aguas residuales es una disciplina científica en rápida evolución que puede ayudar a vigilar las tendencias del consumo de drogas ilegales entre la población. Mediante la extracción de muestras de aguas residuales —por ejemplo, de un conducto que lleva estas aguas a una depuradora—, los científicos pueden calcular la cantidad total de drogas consumidas por una comunidad midiendo los niveles de los metabolitos de drogas ilegales excretados en la orina.

En marzo de 2011, en un estudio piloto se recogieron y analizaron muestras de aguas residuales de diecinueve ciudades en doce países europeos ⁽¹⁾, lo que representa una población combinada de unos 15 millones de europeos (Thomas y otros, en prensa).

Se midió el consumo de cocaína determinando la concentración del metabolito de cocaína benzoilecgonina. Los resultados variaron ampliamente entre unos países y ciudades y otros, observándose los niveles más altos en las ciudades de Bélgica y de los Países Bajos, donde el consumo de cocaína en la comunidad se estimó entre 500 y 2 000 mg por cada 1 000 habitantes y día. Los niveles más bajos correspondieron a las ciudades de los países de Europa septentrional y oriental (2-146 mg por 1 000 habitantes y día). En la mayoría de las ciudades, el consumo aumentaba los fines de semana, lo que refleja el uso recreativo de esta droga.

Los resultados de los estudios de aguas residuales deben interpretarse con precaución. Los correspondientes a una instantánea específica de una ciudad no pueden extrapolarse como representación de los niveles de consumo nacionales. Además, es posible que no sean comparables los resultados de distintas ciudades debido a las diferencias en la toma de muestras y a las incertidumbres asociadas a la fiabilidad de las determinaciones entre laboratorios. En todo caso, aunque estos métodos no aporten los datos detallados de prevalencia que generan las encuestas sobre drogas (como el desglose entre consumo a lo largo de la vida, consumo reciente y consumo actual), su capacidad de ofrecer estimaciones objetivas y oportunas del consumo de drogas ilegales en una población objetivo hace que sean un complemento útil de las herramientas de seguimiento existentes.

⁽¹⁾ Para más información, véase el sitio web del OEDT.

redujo en un promedio aproximado del 22 % en la Unión Europea durante el período 2005-10 ⁽⁷³⁾.

El precio medio de venta al por menor de la cocaína varió entre 49 y 74 euros por gramo en la mayoría de los países que facilitaron información correspondiente a 2010. El Reino Unido y Polonia notificaron el precio

medio más bajo (45 euros) y Luxemburgo el más elevado (144 euros). De los veintitrés países que facilitaron suficiente información para hacer una comparación, veinte notificaron una estabilización o disminución de los precios entre 2005 y 2010. En el mismo período, el precio de venta al por menor de la cocaína en la Unión Europea disminuyó en un promedio aproximado del 18 % ⁽⁷⁴⁾.

Prevalencia y pautas de consumo

En algunos países europeos, un considerable número de personas solo han consumido cocaína experimentalmente en uno o dos momentos de su vida (Van der Poel y otros, 2009). Entre los consumidores más regulares se pueden diferenciar dos grandes grupos. El primero está formado por los consumidores integrados socialmente, que suelen consumir la droga los fines de semana, en fiestas o en otras ocasiones especiales, a veces en grandes cantidades. Muchos de ellos controlan el consumo imponiéndose normas que limitan la cantidad, la frecuencia o el contexto en el que se produce. El segundo grupo está formado por los consumidores intensivos de cocaína y de *crack* pertenecientes a grupos más marginados socialmente y más desfavorecidos, incluidos los consumidores actuales o pasados de opiáceos que tomen *crack* o se inyecten cocaína.

Consumo de cocaína entre la población general

A lo largo de los últimos diez años, la cocaína se ha consolidado como la droga estimulante ilegal más consumida en Europa, aunque la mayoría de los consumidores se encuentran en un reducido número de países con una alta prevalencia, algunos de ellos con grandes poblaciones. Se estima que unos 15,5 millones de europeos la han consumido al menos una vez en su vida, lo que equivale a una media del 4,6 % de los adultos de 15 a 64 años (véase en el cuadro 8 un resumen de los datos). Los datos a nivel nacional varían entre el 0,3 % y el 10,2 %, y en doce de los veinticuatro países, entre ellos la mayoría de los de Europa central y oriental, se notificaron unos niveles muy bajos de prevalencia del consumo a lo largo de la vida (0,5-2,5 %).

Se estima que 4 millones de europeos consumieron esta droga durante el último año (una media del 1,2 %). Encuestas nacionales recientes estiman una prevalencia de ese consumo durante el último año entre el 0,1 % y el 2,7 %. En cuanto al consumo durante el último mes en Europa, las estimaciones de prevalencia se sitúan en torno al 0,5 % de la población adulta, lo que equivale a 1,5 millones de personas.

⁽⁷³⁾ Véase el gráfico PPP-2 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁷⁴⁾ Véase el gráfico PPP-1 del boletín estadístico de 2012.

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

Grupo de edad	Período de consumo		
	A lo largo de la vida	Durante el último año	Durante el último mes
15-64 años			
Número estimado de consumidores en Europa	15,5 millones	4 millones	1,5 millones
Media europea	4,6 %	1,2 %	0,5 %
Intervalo	0,3-10,2 %	0,1-2,7 %	0,0-1,3 %
Países con la prevalencia más baja	Rumanía (0,3 %) Lituania (0,5 %) Grecia (0,7 %) Polonia (0,8 %)	Grecia, Rumanía (0,1 %) Hungria, Polonia, Lituania, Finlandia (0,2 %) República Checa (0,3 %)	Rumanía, Grecia, Finlandia (0,0 %) República Checa, Suecia, Polonia, Lituania, Estonia (0,1 %)
Países con la prevalencia más alta	España (10,2 %) Reino Unido (8,9 %) Italia (7,0 %) Irlanda (6,8 %)	España (2,7 %) Reino Unido (2,2 %) Italia (2,1 %) Irlanda (1,5 %)	España (1,3 %) Reino Unido (0,8 %) Chipre, Italia (0,7 %) Austria (0,6 %)
15-34 años			
Número estimado de consumidores en Europa	8 millones	3 millones	1 millón
Media europea	6,3 %	2,1 %	0,8 %
Intervalo	0,7-13,6 %	0,2-4,4 %	0,0-2,0 %
Países con la prevalencia más baja	Lituania, Rumanía (0,7 %) Grecia (1,0 %) Polonia (1,3 %) República Checa (1,6 %)	Grecia, Rumanía (0,2 %) Polonia, Lituania (0,3 %) Hungria (0,4 %) República Checa (0,5 %)	Rumanía, Finlandia (0,0 %) Grecia, Polonia, Lituania, Noruega (0,1 %) República Checa, Hungría, Estonia (0,2 %)
Países con la prevalencia más alta	España (13,6 %) Reino Unido (12,8 %) Irlanda (9,4 %) Dinamarca (8,9 %)	España (4,4 %) Reino Unido (4,2 %) Italia (2,9 %) Irlanda (2,8 %)	España (2,0 %) Reino Unido (1,6 %) Chipre (1,3 %) Italia (1,1 %)
N. B.: Las estimaciones europeas se calculan a partir de las estimaciones de la prevalencia nacional, ponderadas para tener en cuenta la población del grupo de edad correspondiente en cada país. Para estimar el número total de consumidores en Europa, se aplica la media de la Unión Europea a los países para los que no se dispone de datos de prevalencia (lo que representa no más del 3 % de la población objetivo para el consumo a lo largo de la vida y durante el último año, pero el 18 % para el consumo durante el último mes). Poblaciones utilizadas como base: 15-64 años, 338 millones; 15-34 años, 130 millones. Al basarse las estimaciones europeas en encuestas realizadas entre 2004 y 2010-11 (principalmente en 2008-10), no se refieren a un único año. Los datos aquí resumidos pueden encontrarse en la sección «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2012.			

Los niveles de consumo de cocaína durante el último año están por encima de la media europea en Irlanda, España, Chipre y el Reino Unido. En todos estos países, los datos referidos indican que la cocaína es la droga estimulante ilegal consumida con más frecuencia.

Consumo de cocaína entre adultos jóvenes

Se estima que en Europa han consumido cocaína al menos una vez en la vida unos 8 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años), lo que equivale a una media del 6,3 %. Las cifras nacionales oscilan entre el 0,7 % el 13,6 %. El consumo medio de cocaína en Europa durante el último año en ese grupo de edad se cifra en el 2,1 % (3 millones), y el consumo durante el último mes, en el 0,8 % (1 millón).

El consumo de cocaína es particularmente elevado entre los hombres jóvenes (de 15 a 34 años), notificándose una prevalencia de consumo durante el último año entre

el 4 % y el 6,5 % en Dinamarca, Irlanda, España, Italia y el Reino Unido ⁽⁷⁵⁾. En dieciséis de los países que han facilitado información, la proporción entre hombres y mujeres en la prevalencia del consumo durante el último año entre los adultos jóvenes es al menos de 2:1 ⁽⁷⁶⁾.

Las encuestas específicas ponen de relieve la existencia de elevados niveles de consumo de cocaína entre los asistentes regulares a discotecas y otros locales recreativos. Por ejemplo, un estudio realizado en 2010 de los visitantes a los bares en Ámsterdam informó de una prevalencia del consumo de cocaína durante el último año del 24 %. En la República Checa, de las más de 1 000 personas que respondieron a un cuestionario en línea promovido por medios electrónicos vinculados a discotecas, el 29 % afirmaron haber consumido cocaína en los últimos doce meses. Una encuesta en línea realizada en 2011 mostró que el 42 % de los más de 7 000 entrevistados del Reino Unido habían consumido cocaína durante el último año (Mixmag, 2012).

⁽⁷⁵⁾ Véase el gráfico GPS-13 del boletín estadístico de 2012.

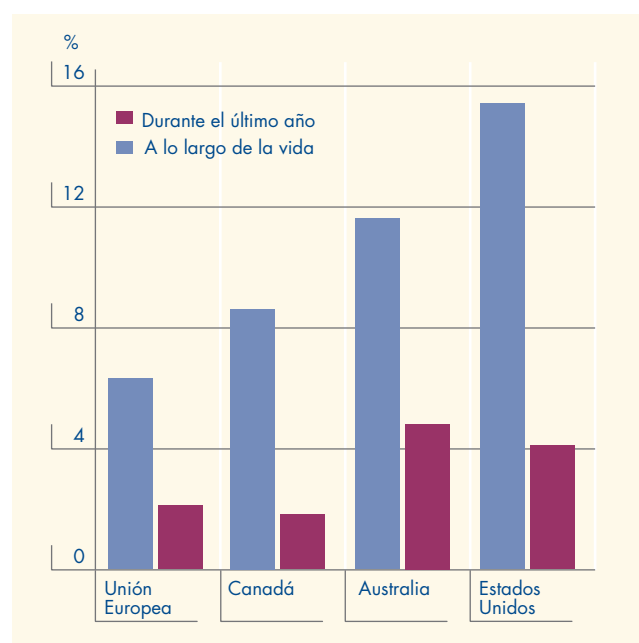
⁽⁷⁶⁾ Véase el cuadro GPS-5 (parte iii y parte iv) del boletín estadístico de 2012.

En los entornos recreativos, el consumo de cocaína está estrechamente ligado al alcohol y otras drogas ilegales. Datos de las encuestas de población general realizadas en nueve países revelan unos niveles de consumo de cocaína entre los grandes bebedores episódicos ⁽⁷⁷⁾ que son de dos a nueve veces mayores que entre la población general (OEDT, 2009b). La encuesta británica sobre la delincuencia (2010-11) señaló que los adultos que beben alcohol regularmente tienen más probabilidades de consumir cocaína que los que beben con menor frecuencia o que no beben nada; además, se estableció una asociación entre el aumento de la frecuencia de las visitas a locales nocturnos y bares y el aumento de los niveles de consumo de cocaína.

Comparaciones internacionales

En comparación con otras partes del mundo para las que hay datos fiables, la prevalencia estimada de consumo de cocaína durante el último año entre adultos jóvenes

Gráfico 9: Prevalencia del consumo de cocaína durante el último año y a lo largo de la vida entre adultos jóvenes (15 a 34 años) en la Unión Europea, Australia, Canadá y los Estados Unidos



N. B.: Las estimaciones europeas se calculan a partir de las estimaciones de la prevalencia nacional, ponderadas para tener en cuenta a la población del grupo de edad correspondiente en cada país. Como las estimaciones europeas se basan en encuestas realizadas entre 2004 y 2010-11 (principalmente 2008-10), no se refieren a un único año. Las encuestas de los países no europeos se realizaron en 2010. El intervalo de edades de la encuesta de los Estados Unidos es de 16 a 34 años (recalculado a partir de los datos originales).

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox, AIHW (2011), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

en Europa (2,1 %) se sitúa por debajo de los niveles comunicados en Australia (4,8 %) y en los Estados Unidos (4,0 % en el grupo de 16 a 34 años), pero cerca de los notificados en Canadá (1,8 %). Dos países europeos —España (4,4 %) y el Reino Unido (4,2 %)— dan cifras similares a las de Australia y los Estados Unidos (gráfico 9).

Consumo de cocaína entre escolares

La prevalencia del consumo de cocaína a lo largo de la vida entre los escolares de 15 a 16 años en la encuesta escolar ESPAD más reciente se sitúa entre el 1 % y el 2 % en trece de los veinticuatro Estados miembros de la UE participantes, Croacia y Noruega. En los demás doce países, salvo en uno, la prevalencia oscila entre el 3 % y el 4 %, y tanto en la ESPAD del Reino Unido como en la escuela escolar nacional de Inglaterra se comunica un 5 % ⁽⁷⁸⁾. La encuesta española entre estudiantes de enseñanzas secundarias menciona un 3 %. A efectos de comparación, en los Estados Unidos se estima en el 3 %. Cuando se dispone de datos sobre los escolares de más edad (17-18 años), la prevalencia resulta ser generalmente mayor, y aumenta hasta un 7 % en España ⁽⁷⁹⁾.

Tendencias en el consumo de cocaína

El consumo de cocaína experimentó una tendencia creciente durante más de una década en el pequeño número de países europeos que presentaban los niveles más elevados de prevalencia, hasta alcanzar un máximo en 2008-09. Encuestas recientes ponen de relieve algunos signos positivos en tales países y plantean la posibilidad de una pérdida de popularidad de esta droga. Estudios cualitativos realizados en entornos recreativos indican también un posible cambio en la imagen de la cocaína, que va perdiendo su reputación (en Dinamarca y los Países Bajos).

La prevalencia del consumo de cocaína durante el último año entre los adultos jóvenes (de 15 a 34 años) es superior al 2,1 % registrado como media en la UE en siete países ⁽⁸⁰⁾. No obstante, en sus encuestas más recientes, Dinamarca, Irlanda, España, Italia y el Reino Unido observaron una disminución o una estabilización de ese consumo, como reflejo de la misma tendencia apreciada en Canadá y en los Estados Unidos, aunque no Australia, donde hubo un aumento (gráfico 10). De los otros dos países con la prevalencia más alta, Chipre notificó en su última encuesta un aumento, ya que la cifra pasó del 0,7 % en 2006 al 2,2 % en 2009; en cuanto a los Países Bajos, aunque comunicaron una prevalencia del 2,4 % en

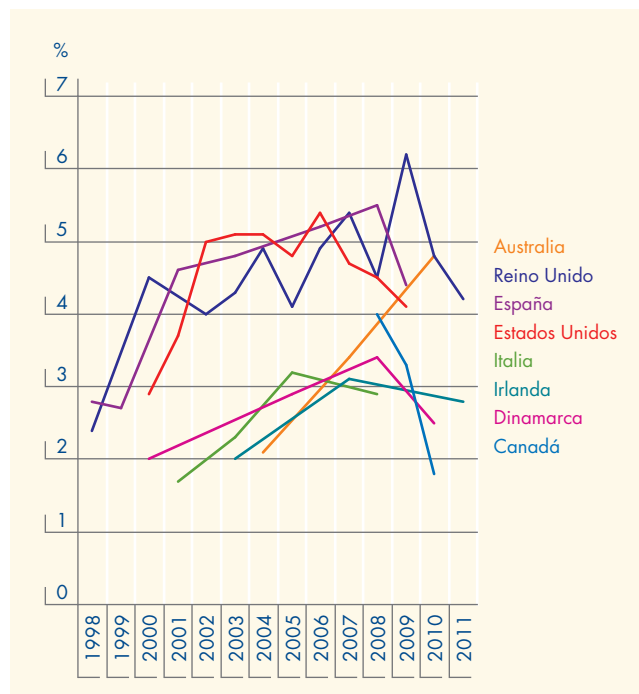
⁽⁷⁷⁾ El consumo episódico elevado se conoce también como consumo compulsivo de alcohol, y se define como el consumo de más de seis copas en la misma ocasión por lo menos una vez a la semana en el último año.

⁽⁷⁸⁾ Véase el cuadro EYE-11 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁷⁹⁾ Véanse los cuadros EYE-10 a EYE-30 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁸⁰⁾ Véase el cuadro GPS-2 del boletín estadístico de 2012.

Gráfico 10: Tendencias en la prevalencia del consumo de cocaína durante el último año entre adultos jóvenes (15 a 34 años) en los cinco Estados miembros de la UE con las cifras más altas, Australia, Canadá y los Estados Unidos



N. B.: Para más información, véase el gráfico GPS-14 (parte ii) del boletín estadístico de 2012. Los intervalos de edad en las encuestas no europeas son: Estados Unidos, 16-34 años; Canadá, 15-34 años; Australia, 15-34 años en 2010 y 14-39 años en años anteriores.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red ReitoX, AIHW (2011), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

2009, no es adecuada ninguna posible comparación con datos de encuestas anteriores debido a los cambios de metodología introducidos.

El consumo de cocaína es relativamente bajo y, en la mayoría de los casos, estable en otros doce países para los que se dispone de tres encuestas repetidas. Las posibles excepciones son Bulgaria, Francia y Suecia, que muestran signos de aumento, y Noruega, donde parece registrarse una tendencia a la baja. En cualquier caso, ha de tenerse en cuenta que, cuando la prevalencia es baja, los cambios menores deben interpretarse con precaución. En Bulgaria, el consumo de cocaína durante el último año entre los adultos jóvenes aumentó del 0,7 % en 2005 al 1,5 % en 2008, en Francia pasó del 1,2 % en 2005 al 1,9 % en 2010, y en Suecia pasó de 0 % en 2000 al 1,2 % en 2008 ⁽⁸¹⁾. Noruega registró un descenso del 1,8 % en 2004 al 0,8 % en 2009.

De los veintitrés países que participaron tanto en la ronda de ESPAD de 2011 como en la de 1995 o la de 1999, dieciocho registraron un aumento de la prevalencia del

consumo de cocaína a lo largo de la vida de 1 a 3 puntos porcentuales, y ninguno apreció un descenso. Aunque la prevalencia sigue siendo globalmente baja, el aumento general requiere una vigilancia continua.

Consecuencias para la salud del uso de cocaína

Es probable que se infravalore la magnitud de las consecuencias del consumo de cocaína para la salud, posiblemente debido al carácter inespecífico o crónico de las patologías característicamente derivadas de ese consumo a largo plazo (véase el capítulo 7). El consumo regular, incluido el esnifado, puede asociarse a problemas cardiovasculares, neurológicos y psiquiátricos y al riesgo de accidentes y de transmisión de enfermedades infecciosas cuando se mantienen relaciones sexuales sin protección (Brugal y otros, 2009) y posiblemente cuando se intercambian las pajitas de esnifar (Aaron y otros, 2008). Estudios realizados en países con altos niveles de consumo indican que una proporción importante de los problemas cardíacos en personas jóvenes podrían guardar relación con el consumo de cocaína.

El consumo de cocaína por vía parenteral y el de crack se asocian a los riesgos más serios para la salud, como los derivados de problemas cardiovasculares y de salud mental (OEDT, 2007a). En comparación con la población general de consumidores de cocaína, datos recientes de las urgencias hospitalarias de España muestran una sobrerrepresentación de los consumidores por vía parenteral o por esnifado.

Consumo problemático

Las formas más nocivas de uso de cocaína son las vinculadas al consumo regular o a largo plazo, o por vía parenteral. A falta de estimaciones nacionales indirectas recientes del consumo problemático de cocaína en los países europeos, las principales fuentes de información disponibles sobre el grado de difusión de esas formas de consumo especialmente nocivas son las encuestas de población general, los datos sobre consumidores que inician tratamiento y los estudios sobre consumo de crack.

Varios países han recogido información sobre el consumo intensivo de la cocaína en las encuestas de población general. Aunque estas encuestas tienden a dejar fuera a los consumidores marginados, pueden llegar a los consumidores intensivos integrados en la sociedad. Una encuesta española de población general de 2009, en la que se usaron medidas de la frecuencia de consumo, calculó en más de 140 500 los consumidores intensivos de

⁽⁸¹⁾ Véase el gráfico GPS-14 (parte i) del boletín estadístico de 2012.

Urgencias relacionadas con la cocaína: ¿posibilidades de una intervención precoz?

Una reciente revisión europea observó un aumento al triple de las urgencias hospitalarias relacionadas con la cocaína en algunos países desde finales del decenio de 1990, habiéndose alcanzado un pico hacia 2008 en el Reino Unido y en España (Mena y otros, en prensa). Estos datos se corresponden con las tendencias en la prevalencia del consumo en la población general, así como con los informes de mortalidad relacionada con la cocaína. Cinco de los seis países que notificaron en 2008-10 las cifras más altas de urgencias hospitalarias relacionadas con la cocaína (Dinamarca, Irlanda, España, los Países Bajos, el Reino Unido) comunicaron también una prevalencia del consumo de esta droga superior a la media europea. También es compatible con los datos de prevalencia el hecho de que la mayoría de las urgencias relacionadas con la cocaína se dieran en adultos jóvenes, y de que dos tercios correspondieran a hombres.

Algunos países europeos tratan de controlar los daños relacionados con la cocaína tomando como referencia los datos de los ingresos en los servicios de urgencias y de las hospitalizaciones hospitalarias. También son útiles los datos de los servicios de toxicología, de los servicios que prestan primeros auxilios a los consumidores de drogas, de las llamadas a centros de toxicología o de los expedientes policiales. España y los Países Bajos, en particular, facilitan datos relativamente sólidos. Otros países se basan a menudo en datos de sistemas centinela, basados en una selección de hospitales.

A pesar de su heterogeneidad, los datos de los servicios hospitalarios de emergencia europeos constituyen un indicador útil de las tendencias existentes y llaman además la atención sobre un campo con unas posibilidades en gran medida inexploradas: el de la evaluación, la intervención precoz y la derivación, año tras año, de miles de pacientes que consumen cocaína.

cocaína ⁽⁸²⁾, es decir, 4,5 casos por 1 000 personas de 15 a 64 años. Un estudio de Oslo (Noruega), en el que se emplearon también medidas de la frecuencia de consumo en varias de encuestas (de la población general, de la población reclusa y de los consumidores de drogas por vía parenteral), identificó entre 1 600 y 2 000 consumidores problemáticos de cocaína ⁽⁸³⁾, es decir, cuatro casos por 1 000 personas de 15 a 64 años. En Alemania, la prevalencia de problemas relacionados con la cocaína se estimó en unos dos los casos por 1 000 personas de 15 a 64 años, utilizando la escala de Gravedad de la dependencia.

El consumo de *crack* es inhabitual entre los consumidores de cocaína integrados en la sociedad y se produce

principalmente en los grupos marginados y desfavorecidos, como el de los trabajadores del sexo y el de los consumidores problemáticos de opiáceos. En Europa, es en gran medida un fenómeno urbano (Connolly y otros, 2008; Prinzleve y otros, 2004), con signos de prevalencia general muy baja. En Londres, el consumo de *crack* se considera un importante componente del problema de las drogas. Solo se dispone de estimaciones regionales del consumo de *crack* en Inglaterra, donde se calcularon 184 000 consumidores problemáticos en 2009-10, lo que supone 5,4 (5,2-5,7) casos por 1 000 personas de 15 a 64 años de edad. La mayoría comunicaron también el consumo de opiáceos.

Demanda de tratamiento

Los datos sobre el número y las características de las personas que inician tratamiento por consumo de cocaína pueden facilitar más información sobre las formas más problemáticas de consumo de esta sustancia. Casi todos los casos se tratan en régimen ambulatorio, aunque es posible que en algunos casos intervengan clínicas privadas sobre las que no disponemos de datos. No obstante, muchos consumidores problemáticos de cocaína no solicitan tratamiento (Reynaud-Maurupt y Hoareau, 2010).

La cocaína fue la principal razón aducida para iniciar tratamiento en el 15 % de los consumidores de drogas encuestados que empezaron a ser tratados en 2010. Fue más alta (21 %) la proporción de los que consumían cocaína como droga principal y que iniciaron tratamiento por primera vez.

Existen grandes diferencias entre los países por lo que se refiere a la proporción y el número de pacientes en tratamiento por consumo de cocaína como droga principal, notificándose las proporciones más elevadas en España (44 %), Italia (29 %) y los Países Bajos (26 %). Se comunicaron cifras del 10 % al 15 % en Bélgica, Irlanda, Chipre, Luxemburgo, Malta, Portugal y el Reino Unido. En el resto de Europa, la cocaína era la droga principal en menos del 10 % de los consumidores que iniciaron tratamiento por drogodependencia, notificándose cifras inferiores al 1 % en siete países. En términos globales, cinco países (España, Alemania, Italia, los Países Bajos, el Reino Unido) sumaron el 90 % de los consumidores de cocaína que iniciaron tratamiento en veintinueve países europeos ⁽⁸⁴⁾.

Basándose en los datos de los veinticinco países que facilitaron datos durante el período 2005-10, el número de consumidores que iniciaron tratamiento por consumo de cocaína como droga principal aumentó hasta 2008 (de 55 000 a 71 000 personas), se estabilizó en 2009

⁽⁸²⁾ Definidos como los que tienen más de 20 años y consumieron cocaína al menos treinta días en el último año o al menos diez días en el último mes, o los que tienen menos de 20 años y consumieron cocaína diez días o más durante en el último año y al menos un día en el último mes.

⁽⁸³⁾ Definidos como los que consumieron la droga más de una vez a la semana.

⁽⁸⁴⁾ Véanse los cuadros TDI-5 (parte i y parte ii) y TDI-24 del boletín estadístico de 2012; los datos de España corresponden a 2009.

(70 000) y disminuyó ligeramente en 2010 (67 000) ⁽⁸⁵⁾. Esa disminución entre 2007-08 y 2010 se observó en trece países, en algunos casos (España, los Países Bajos, Portugal, el Reino Unido) en hasta un 40 %. En los Países Bajos se observó una disminución entre 2009 y 2010, mientras que se mantuvo estable el número de consumidores readmitidos a tratamiento, especialmente entre los consumidores de opiáceos como droga secundaria (Ouweland y otros, 2011).

Perfil de los pacientes que reciben tratamiento en régimen ambulatorio

Los pacientes que reciben tratamiento en régimen ambulatorio por consumo de cocaína como droga principal presentan una elevada proporción de hombres a mujeres (unos cinco hombres por cada mujer) y uno de los promedios de edad más elevados (unos 33 años) entre los consumidores de drogas sometidos a tratamiento. Entre los consumidores de cocaína como droga principal, el primer consumo se produjo a los 22 años, y el 87 % de ellos lo iniciaron antes de los 30 años ⁽⁸⁶⁾.

La mayoría de los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína o bien esnifan (65 %) o bien fuman (27 %) la droga como principal vía de administración, y solo el 6 % usan la vía parenteral. Casi la mitad consumieron la droga hasta seis veces a la semana en el mes anterior al inicio del tratamiento, más de un cuarto lo hicieron a diario y una cuarta parte no la tomaron nunca o la tomaron solo ocasionalmente durante ese período ⁽⁸⁷⁾.

La cocaína se combina con frecuencia con otras drogas, especialmente alcohol, cannabis, otros estimulantes y heroína. Un análisis neerlandés llevado a cabo en 2011 indicó que la mayoría de los consumidores de cocaína la toman junto con otras sustancias (64 %), sobre todo alcohol (Ouweland y otros, 2011).

Constituyen un subgrupo dentro de los consumidores de cocaína que inician tratamiento en régimen ambulatorio las 7 500 personas que consumen *crack* como droga principal ⁽⁸⁸⁾. Representan el 13 % de los consumidores de cocaína que inician tratamiento en régimen ambulatorio y menos del 2 % de los consumidores de drogas en las mismas circunstancias. La mayoría (en torno a 5 000) iniciaron tratamiento en el Reino Unido, donde representaban el 36 % de los consumidores de cocaína como droga principal del país y el 4 % de los consumidores de drogas tratados en régimen ambulatorio. Los otros 2 000 consumidores correspondían a Francia y a los Países Bajos, donde representaban el 23 % y el

30 %, respectivamente, de los consumidores de cocaína, y a España e Italia (3 % y 1 %, respectivamente). También los consumidores de *crack* toman a menudo esta droga junto con otras sustancias, como heroína inyectada (OEDT, 2007a; Escot y Suderie, 2009).

Tratamiento y reducción de daños

Tradicionalmente, el tratamiento por consumo problemático de drogas en Europa se ha centrado en la dependencia de los opiáceos. Sin embargo, a medida que el consumo de cocaína y de *crack* ha ido planteando problemas de salud pública, muchos países han empezado a prestar más atención a la necesidad de dar una respuesta a los problemas relacionados con estas drogas. Las opciones principales para el tratamiento de la dependencia de la cocaína son las intervenciones psicosociales, entre las que se encuentran el refuerzo de la motivación, la terapia cognitivo-conductual, la formación en el autocontrol de la conducta, las intervenciones para la prevención de recaídas y el consejo.

Once Estados miembros, entre ellos los que registran niveles elevados de consumo de cocaína y de inicio del tratamiento, señalan la existencia, junto a los servicios generales de tratamiento, de programas específicos a disposición de los consumidores de cocaína o de *crack*. No obstante, mientras que los expertos nacionales de Alemania, Italia, Lituania y el Reino Unido estimaron que estos programas están a disposición de la mayoría de los consumidores de cocaína que necesitan tratamiento, los expertos de Bélgica, Dinamarca, Irlanda, España, Austria, Eslovenia y Rumanía consideraron que están a disposición solo de una minoría.

Algunos países declaran haber adaptado sus respuestas de tratamiento de la adicción a la cocaína a las necesidades de los grupos de clientes. En el Reino Unido, por ejemplo, hay organismos especializados que prestan servicios prioritarios de tratamiento a los consumidores problemáticos de drogas, entre ellos los de *crack*. Dinamarca y Austria indican que el tratamiento de los consumidores de cocaína se presta en el marco de programa para politoxicomanías. En Dinamarca se ha puesto a prueba un modelo de tratamiento de los problemas vinculados a la cocaína, el cannabis y el alcohol. Se prepararán guías de práctica clínica y se implantará el modelo en varios municipios durante los próximos cuatro años, con un presupuesto de un millón de euros. Por su parte, Bulgaria, Malta y los Países Bajos indican que está prevista la aplicación de programas específicos de tratamiento de los consumidores de cocaína para los próximos tres años.

⁽⁸⁵⁾ Véanse los gráficos TDI-1 y TDI-3 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁸⁶⁾ Véanse los cuadros TDI-4 (parte ii), TDI-10 (parte iii), TDI-11 (parte iii) y TDI-18 (parte ii) del boletín estadístico de 2012.

⁽⁸⁷⁾ Véanse los cuadros TDI-17 y TDI-18 (parte ii) del boletín estadístico de 2012.

⁽⁸⁸⁾ Véase el cuadro TDI-115 del boletín estadístico de 2012.

Estudios sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína

El OEDT y el Grupo Cochrane sobre las drogas y el alcohol han publicado recientemente un resumen de las revisiones de una serie de tratamientos farmacológicos para la dependencia de la cocaína (Amato y otros, en prensa). En él se analizan en concreto la aceptabilidad, eficacia y seguridad de los psicoestimulantes, los antiepilépticos, los antipsicóticos, los agonistas de la dopamina y el disulfiram. La mayoría de estas sustancias pueden bloquear o reducir el efecto de recompensa de la cocaína en el cerebro. Además, los antipsicóticos puedan aliviar los síntomas psicóticos inducidos por la cocaína. En todo caso, los estudios no son directamente comparables, ya que tienen diferentes objetivos y utilizan distintos criterios de evaluación, que van desde la reducción del consumo hasta la reducción o el tratamiento de los síntomas del síndrome de abstinencia o la identificación de tratamientos de sustitución.

La revisión de los estudios sobre psicoestimulantes ha permitido identificar algunos resultados positivos que pueden ayudar a los consumidores de cocaína a lograr la abstinencia. En particular, son prometedores los resultados del uso de bupropión y dexamfetamina para el tratamiento de los pacientes con dependencia conjunta de la cocaína y de opiáceos. En cambio, no se considera que los psicoestimulantes sean eficaces para el tratamiento de reposición. Las evaluaciones de los antipsicóticos y antiepilépticos para el tratamiento de los pacientes con dependencia de la cocaína no son concluyentes. Las pruebas actuales no apoyan el uso de agonistas de la dopamina para el tratamiento de la dependencia de la cocaína. Aunque el disulfiram ha tenido resultados positivos en cuanto al mantenimiento de los pacientes en tratamiento, los beneficios parecen contrarrestarse por los posibles efectos secundarios.

Entre las intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la dependencia de la cocaína, la gestión de contingencias sigue siendo la intervención psicosocial con la máxima eficacia (Vocci y Montoya, 2009). Un reciente estudio belga informa de que a los seis meses del comienzo de la participación en un programa de este tipo con refuerzo de la comunidad, la tasa de abstinencia entre los consumidores de cocaína era tres veces superior a la de los pacientes en tratamiento estándar (Vanderplasschen y otros, 2011).

Reducción de daños

Las intervenciones de reducción de daños dirigidas a los consumidores de cocaína socialmente integrados, en especial los que consumen polvo de cocaína, tienen su

Vacunas contra las drogas ilegales

Las investigaciones en animales sobre las vacunas contra las drogas se remontan a 1972 (Berkowitz y Spector), pero el reciente interés por desarrollar una respuesta farmacológica a la adicción a la cocaína ha vuelto a situar esta cuestión bajo los focos. Las vacunas contra las drogas actúan induciendo la producción de anticuerpos en el torrente circulatorio y, cuando tienen éxito, pueden reducir los efectos psicotrópicos de las drogas e inhibir el deseo compulsivo de consumir (Fox y otros, 1996).

En la actualidad están en estudio vacunas de este tipo para la cocaína, la nicotina, la metanfetamina y la heroína (Shen y otros, 2011). Las vacunas más avanzadas se dirigen contra la dependencia de la cocaína y la nicotina y han demostrado ayudar a los pacientes a mantener la abstinencia. La principal limitación observada es la baja respuesta de anticuerpos en la mayoría de los pacientes (Hatsukami y otros, 2005; Martell y otros, 2005). Se están realizando estudios, sin embargo, para mejorar este punto y podría disponerse pronto de productos comerciales, al menos en lo que respecta a la nicotina (Polosa y Benowitz, 2011). La investigación sobre las vacunas contra la metanfetamina se encuentra aún en la fase preclínica, concretamente en la caracterización de anticuerpos. Se han desarrollado vacunas contra los opiáceos que resultan eficaces en ratas, y los estudios se centran ahora en las estrategias para reducir el número de aplicaciones necesarias para mantener la concentración de anticuerpos (Stowe y otros, 2012).

mejor vehículo de aplicación en los programas específicos de asistencia social desarrollados en los locales nocturnos. Son dos ejemplos al respecto la reciente campaña escocesa «Know the Score» y la campaña belga «Cómo toma coca tu amigo». Las dos están destinadas a fomentar la sensibilización y el suministro de información (véase el capítulo 4 para más información sobre las intervenciones en entornos recreativos).

Las intervenciones dirigidas a reducir los daños causados por el consumo problemático de cocaína y de crack constituyen un ámbito de trabajo nuevo en muchos Estados miembros. En general, los servicios y las instalaciones en los que se ayuda a los consumidores de cocaína por vía parenteral se crearon para atender las necesidades de los consumidores de opiáceos. Sin embargo, el consumo de cocaína por vía parenteral está asociado a riesgos específicos. En particular, implica una frecuencia potencialmente mayor de administración de inyecciones, una conducta caótica a este respecto y un mayor número de conductas sexuales de riesgo. Las recomendaciones sobre consumo seguro han de ser adaptadas a las necesidades de este grupo. Dada la frecuencia de uso posiblemente elevada de la vía parenteral, no se debe restringir el

suministro de materiales estériles a los consumidores de drogas que utilizan esta vía, sino que ha de basarse más bien en la evaluación local de las pautas de consumo de cocaína y en la situación social de los consumidores de drogas por vía parenteral (Des Jarlais y otros, 2009).

En Europa, los programas de reducción de riesgos específicamente dirigidos a los fumadores de *crack* son limitados. Algunos centros de consumo de drogas de tres países (Alemania, España y los Países Bajos) ofrecen instalaciones para la inhalación de sustancias como el *crack*. Algunos centros de bajo umbral de Bélgica, Alemania, España, Francia, Luxemburgo y los Países Bajos

suministran esporádicamente a los consumidores de drogas que fuman *crack* equipos de inhalación higiénicos, como pipas o «kits para *crack*» (pie de cristal con boquilla, filtro metálico, bálsamo labial y toallitas para las manos). En trece Estados miembros de la UE se suministra también papel de aluminio a los fumadores de heroína o de cocaína en algunos centros de bajo umbral. En el Reino Unido, el Consejo Asesor sobre Consumo Abusivo de Drogas examinó recientemente la utilización de papel de aluminio como intervención de reducción de daños y halló pruebas de que su suministro puede promover el consumo mediante inhalación en detrimento del consumo por vía parenteral (ACMD, 2010).



Capítulo 6

Consumo de opiáceos y de drogas por vía parenteral

Introducción

El consumo de heroína, especialmente por vía parenteral, se encuentra estrechamente vinculado a problemas sociales y de salud pública en Europa desde el decenio de 1970. En la actualidad, la heroína sigue siendo responsable de la mayor parte de las cifras de morbilidad y de mortalidad ligadas al consumo de drogas en la Unión Europea. Después de dos décadas en las que se recrudeció el problema de la heroína, Europa experimentó un descenso en el consumo de esta droga y de los daños asociados a ella a finales del decenio de 1990 y los primeros años del siglo actual. En la última década, sin embargo, la tendencia se ha desdibujado. La imagen actual es confusa, aunque en algunas partes de Europa se observan cada vez más una disminución de la instigación inicial al consumo de heroína, una menor disponibilidad de droga y, recientemente, problemas de escasez aguda en algunas zonas. Todo ello se acompaña de la publicación de informes sobre la sustitución de la heroína por otras drogas, como los opiáceos sintéticos, entre ellos el fentanilo, pero también por drogas estimulantes de administración parenteral, como la anfetamina, la metanfetamina y las catinonas sintéticas. Todo aumento del consumo de drogas estimulantes por vía parenteral implica una preocupación por el aumento de los riesgos para la salud.

Suministro y disponibilidad

En Europa ha habido tradicionalmente dos tipos de heroína importada: la más común es la heroína marrón (forma química de base), procedente en su mayor parte de Afganistán, y la menos común es la heroína blanca (en forma de sal), que procede tradicionalmente del sudeste asiático. Aunque esta última se ha convertido en una sustancia rara, algunos países han notificado recientemente la presencia en el mercado de productos de heroína cristalina blanca probablemente procedentes del sudoeste asiático. Además sigue habiendo una producción limitada de opiáceos en Europa, constituida principalmente por productos caseros elaborados con adormidera (como paja o concentrado de tallos

aplastados o cabezas molidas de adormidera) en Estonia, Lituania y Polonia.

Producción y tráfico

Además de suministrar a Europa la mayor parte de la heroína, Afganistán sigue siendo la principal fuente mundial de esta droga. Otros países productores son Birmania/Myanmar, que abastece principalmente los mercados de Asia oriental y suroriental, Pakistán y Laos, seguidos de México y Colombia, considerados los mayores suministradores a los Estados Unidos (ONUDD, 2012). La producción mundial de opio aumentó

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

Producción e incautaciones	Heroína
Estimación de la producción mundial (en toneladas)	467
Cantidad incautada a escala mundial (en toneladas)	81
Cantidad incautada (en toneladas) en la Unión Europea y en Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	6 (19)
Número de incautaciones en la Unión Europea y en Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	50 000 (55 000)
Precio y pureza en Europa ⁽¹⁾	Heroína en forma de base («marrón»)
Precio medio de venta al por menor (euros por gramo) Intervalo (Intervalo intercuartílico) ⁽²⁾	23-160 (24,6-73,6)
Pureza media (%) Intervalo (Intervalo intercuartílico) ⁽²⁾	13-57 (17,7-28,0)

⁽¹⁾ Son pocos los países que publican datos sobre el precio al por menor y la pureza de la heroína en forma de clorhidrato («blanca»), por lo que esos datos no se presentan en el cuadro. Pueden consultarse en los cuadros PPP-2 y PPP-6 del boletín estadístico de 2012.

⁽²⁾ Intervalo referido a la mitad de los valores de la serie.

N. B.: Datos correspondientes a 2010, a excepción de la estimación de la producción mundial (2011).

Fuentes: ONUDD (2012) para los valores mundiales; puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos.

de 4 700 toneladas en 2010 a 7 000 toneladas en 2011, alcanzando niveles comparables a los de años anteriores. Gran parte de este aumento se debió a la recuperación de la producción en Afganistán, que pasó de 3 600 toneladas en 2010 a 5 800 toneladas en 2011 (ONUDD, 2012). La estimación más reciente de la producción mundial de heroína es de 467 toneladas (véase el cuadro 9), frente a una estimación de 384 toneladas en 2010 (ONUDD, 2012).

La heroína llega a Europa a través de dos rutas de tráfico, aunque son cada vez más variados los métodos y rutas que se aplican para su introducción ilegal. Por la ruta de los Balcanes, tradicionalmente importante, entra la heroína producida en Afganistán, que pasa por Pakistán, Irán y Turquía, y llega luego a diversos países de tránsito o destino, principalmente en Europa occidental y meridional. También penetra por la «ruta de la seda», que atraviesa Asia central en dirección a Rusia. Parte de esta heroína se introduce luego ilegalmente a través de Belarús, Polonia y Ucrania a destinos como los países escandinavos. África parece estar adquiriendo importancia y ahora es la principal área de tránsito de la heroína que llega a Europa por aire (JIFE, 2012b). Dentro de la Unión Europea, los Países Bajos, y en menor medida Bélgica, son centros de distribución secundarios.

Incautaciones

Las incautaciones de opio notificadas a escala mundial se redujeron de 653 toneladas en 2009 a 492 toneladas en 2010. Irán contabilizó el 80 % del total y Afganistán casi el 12 %. En 2010, las incautaciones mundiales de heroína (81 toneladas) y de morfina (19 toneladas) aumentaron, cada una, en 5 toneladas (ONUDD, 2012).

En Europa, las 55 000 incautaciones hechas se saldaron con la interceptación de 19 toneladas de heroína en 2010, dos tercios de las cuales (12,7 toneladas) correspondieron a Turquía. El Reino Unido (seguido de España) siguió ocupando el primer lugar por número de alijos practicados ⁽⁸⁹⁾. Datos del período 2005-10 de los veintiocho países que facilitaron información revelan un aumento general del número de incautaciones, salvo un ligero descenso en 2010. Entre 2005 y 2010, las cantidades incautadas experimentaron fluctuaciones, registrándose una sensible disminución en 2010 debido principalmente a la reducción de las cantidades interceptadas en Bulgaria y el Reino Unido. También Turquía notificó una disminución considerable de la cantidad incautada en 2010, que debe entenderse en el contexto de las actividades de prohibición realizadas con

anterioridad y de las perturbaciones consiguientes en el mercado de heroína en algunas partes de Europa.

Las incautaciones mundiales del anhídrido acético utilizado en la fabricación de la heroína pasaron de unos 21 000 litros en 2009 a unos 59 700 en 2010. Las cifras de la Unión Europea presentan grandes variaciones en los últimos años: de un pico de 151 000 litros en 2008 cayeron a 912 litros en 2009; en 2010, una sola incautación de 21 100 litros en Bulgaria representó la casi totalidad de los 21 200 litros aprehendidos (JIFE, 2012a).

Durante la última década, Estonia comunicó la sustitución de la heroína, en gran parte, por el fentanilo en el mercado ilegal. Más recientemente, Eslovaquia conoció un fenómeno similar, aunque el número de incautaciones y las cantidades incautadas siguió siendo pequeño. En 2010, Eslovaquia notificó diecisiete incautaciones de fentanilo; en Estonia se aprehendió medio kilo de este opiáceo sintético.

Pureza y precio

La pureza media de la heroína marrón analizada en 2010 varió entre el 17 % y el 28 % en la mayoría de los países que facilitaron este dato; se comunicaron valores más bajos en Francia (13 %) y en Austria (solo precios al por menor, 13 %) y más altos en Malta (30 %), España (32 %) y Turquía (57 %). Entre 2005 y 2010, la pureza de la heroína marrón aumentó en cuatro países, se mantuvo estable en otros cuatro y disminuyó en dos. Por lo general, la pureza media de la heroína blanca fue mayor (25-45 %) en los cinco países europeos que comunicaron este dato ⁽⁹⁰⁾.

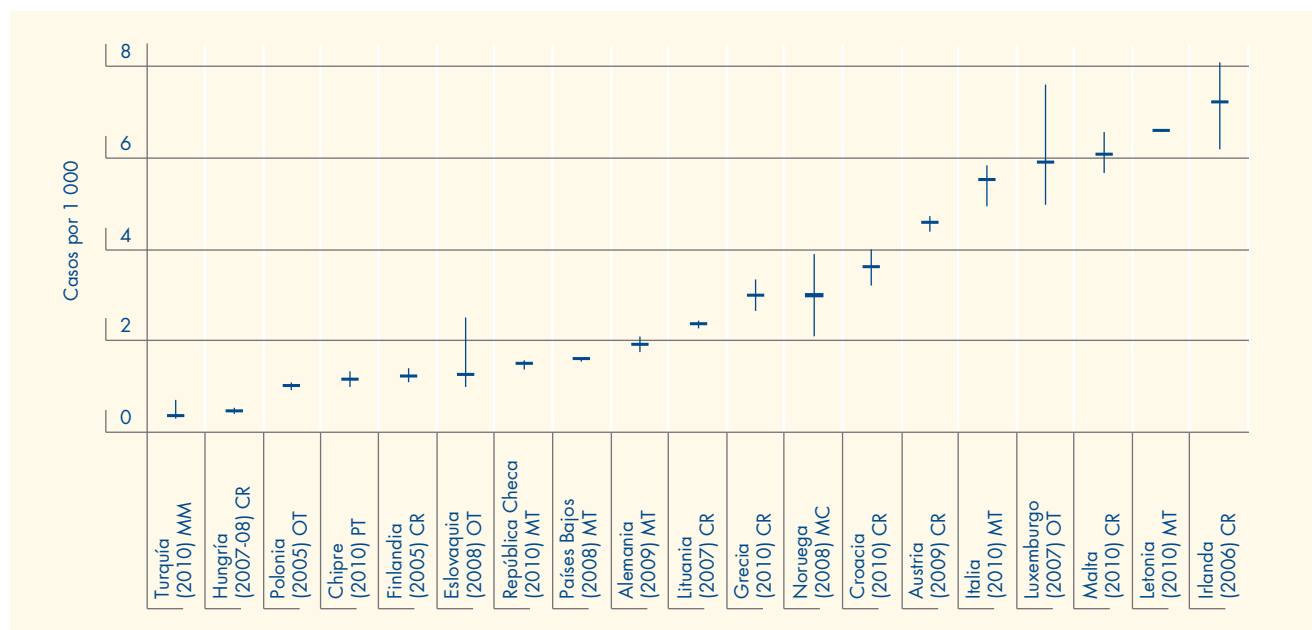
El precio al por menor de la heroína marrón siguió siendo considerablemente más alto en los países nórdicos que en el resto de Europa, alcanzándose un valor de 160 euros por gramo en Suecia (tras una fuerte subida en 2010) y de 83 euros en Dinamarca. En conjunto, el precio varió entre 24 y 74 euros por gramo en la mitad de los países que facilitaron este dato. Durante el período 2005-10, el precio de venta al por menor de la heroína marrón descendió en diez de los catorce países europeos que informaron sobre la evolución a lo largo del tiempo. El precio medio de la heroína blanca fue generalmente más alto (61-251 euros) en los tres países europeos que comunicaron este dato.

Consumo problemático de drogas

El OEDT define como «consumo problemático de drogas» el que se hace por vía parenteral o el consumo regular

⁽⁸⁹⁾ Véanse los cuadros SZR-7 y SZR-8 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁹⁰⁾ Pueden encontrarse datos sobre la pureza y los precios en los cuadros PPP-2 y PPP-6 del boletín estadístico de 2012.

Gráfico 11: Estimaciones de la prevalencia anual del consumo problemático de opiáceos (en la población de 15 a 64 años de edad)

N. B.: Una marca horizontal indica una estimación puntual; una marca vertical indica un intervalo de incertidumbre: un intervalo de confianza del 95 % o un intervalo basado en un análisis de sensibilidad. 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. Se utilizaron intervalos de edad no normalizados en los estudios de Finlandia (15-54) y Polonia (todas las edades). Ambas tasas se ajustaron a la población de 15 a 64 años. Los métodos de estimación se abrevian así: CR = captura-recaptura de datos; MT = multiplicador de tratamiento; MM = multiplicador de mortalidad; MC = métodos combinados; PT = Poisson truncado; OT = otros métodos. Para más información, véanse el gráfico PDU-1 (parte ii) y el cuadro PDU-102 del boletín estadístico de 2012.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

o prolongado de opiáceos, de cocaína o de anfetaminas. En Europa, el problema reside principalmente en el consumo por vía parenteral y en el consumo de opiáceos, aunque en unos cuantos países también el consumo de anfetaminas o el de cocaína constituyen aspectos importantes del fenómeno. Los consumidores problemáticos de drogas son en su mayor parte politoxicómanos, y las cifras de prevalencia son mucho más elevadas en las zonas urbanas y entre los grupos marginados. Dada la prevalencia relativamente baja y la naturaleza oculta de este tipo de consumo de droga, para obtener estimaciones de prevalencia a partir de las fuentes de datos disponibles (principalmente datos sobre el tratamiento de toxicomanías y sobre el cumplimiento de la legislación) hay que hacer extrapolaciones estadísticas.

Consumidores problemáticos de opiáceos

La mayoría de los países europeos disponen de estimaciones de la prevalencia del «consumo problemático de opiáceos». Las estimaciones nacionales recientes varían entre menos de 1 y 7 casos por 1 000 personas de 15 a 64 años (gráfico 11). Las estimaciones más altas son las de Irlanda, Letonia,

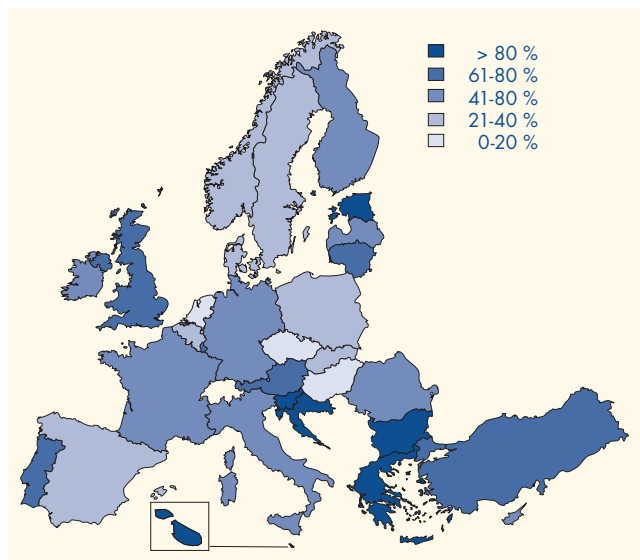
Luxemburgo y Malta, y las más bajas, las de Chipre, Hungría, Polonia y Finlandia. Solo Turquía ha facilitado cifras inferiores a 1 caso por 1 000 personas de 15 a 64 años.

La prevalencia media del consumo problemático de opiáceos en la Unión Europea y Noruega, calculada a partir de los estudios nacionales, se estima en 4,2 casos (entre 3,9 y 4,4) por 1 000 personas de 15 a 64 años, lo que equivale a 1,4 millones de personas en 2010 ⁽⁹¹⁾.

En comparación, las estimaciones de los países vecinos de Europa son elevadas: en Rusia, 16,4 consumidores problemáticos de opiáceos por 1 000 personas de 15 a 64 años (ONUDD, 2011b), y en Ucrania, 10-13 por 1 000 consumidores en las mismas circunstancias (ONUDD, 2010). Australia y los Estados Unidos notifican cifras más altas, de 6,3 y 5,8 casos respectivamente por 1 000 personas de 15 a 64 años, mientras que en Canadá la cifra equivalente es de 3,0 casos. Las comparaciones entre países deben hacerse con precaución, puesto que las definiciones de la población destinataria pueden variar. Por ejemplo, si se agregase el consumo extramédico de opiáceos dispensados

⁽⁹¹⁾ Las estimaciones notificadas de dieciocho países generan una tasa media de 3,1 (3,0-3,2) casos por mil personas de 15 a 64 años. La inclusión de las estimaciones ponderadas del consumo problemático de drogas de otros ocho países aumenta la tasa media a 4,2 (3,9-4,4) casos, que se ha aplicado a la población de 2010 de la Unión Europea y Noruega.

Gráfico 12: Consumidores de opiáceos como droga principal en porcentaje del total de pacientes que iniciaron tratamiento por drogodependencia en 2010



N. B.: Datos expresados como porcentaje de los consumidores en los que se conoce la droga principal consumida (92 % de los pacientes en tratamiento declarados). Datos de 2010 o del último año disponible. Los datos de Lituania se refieren a pacientes que iniciaron tratamiento por primera vez en su vida. Los consumidores de opiáceos como droga principal pueden estar infrarrepresentados en algunos países, como Bélgica, la República Checa, Alemania y Francia, ya que muchos de ellos son tratados por médicos generales o servicios de psiquiatría que no se han incluido en el indicador de la demanda de tratamiento.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

con receta médica, la cifra de prevalencia aumentaría a 39-44 por 1 000 norteamericanos de 15 a 64 años (ONUDD, 2011b).

Consumidores de opiáceos que inician tratamiento

Los opiáceos, principalmente la heroína, se citaron como droga principal consumida por más de 200 000 consumidores que iniciaron tratamiento especializado de la drogodependencia en veintinueve países europeos en 2010, lo que supone el 48 % del grupo total. No obstante, hay considerables diferencias, ya que los consumidores de opiáceos representaron más del 70 % de los que iniciaron tratamiento en siete países, entre el 40 % y el 70 % en doce países y menos del 40 % en diez países (gráfico 12). Casi el 80 % del total se localizaron en solo cinco países: Alemania, España, Francia, Italia y el Reino Unido ⁽⁹²⁾.

Se mencionaron opiáceos distintos de la heroína como droga principal consumida en el caso de una elevada

proporción de consumidores que iniciaron tratamiento en varios países: fentanilo en Estonia, buprenorfina en Finlandia y otros opiáceos en Dinamarca, Letonia y Austria ⁽⁹³⁾.

Los consumidores de opiáceos que inician tratamiento especializado tienen una media de 33 años de edad, siendo las mujeres más jóvenes en la mayor parte de los países ⁽⁹⁴⁾. En el conjunto de Europa, la proporción de hombres a mujeres en este grupo es de tres a uno. La gran mayoría de los pacientes declaran haber iniciado el consumo antes de los 30 años y casi la mitad (46 %) antes de los 20 ⁽⁹⁵⁾. En general, entre los consumidores de opiáceos los porcentajes de personas sin hogar y sin empleo y con niveles educativos más bajos son más altos que entre los usuarios primarios de otras drogas y suelen estar concentradas en las zonas urbanas.

Tendencias en el consumo problemático de opiáceos

Los datos de nueve países para los que se dispone de estimaciones repetidas de prevalencia del consumo problemático de opiáceos en el período 2005-10 apuntan a una situación de relativa estabilidad. No obstante, las medidas de prevalencia pueden no ser sensibles a las tendencias en el inicio del consumo de drogas y han de encuadrarse en el contexto que ofrecen otras fuentes de datos. En el período 2005-10, el número de consumidores de heroína como droga principal que iniciaron tratamiento especializado de la drogodependencia por primera vez en su vida en veinticuatro países europeos aumentó de 51 000 en 2005 hasta un máximo de 61 000 en 2007, antes de bajar a 46 000 en 2010 ⁽⁹⁶⁾. Esta disminución es más evidente en los países de Europa occidental.

El tiempo que transcurre entre el comienzo del consumo de heroína y el inicio del tratamiento puede ser bastante largo. Por ello, el número de consumidores que inician tratamiento por primera vez refleja tanto la tendencia histórica de inicio del consumo (incidencia) como la situación del momento. Contra esta interpretación hay que advertir que puede estar influida por los cambios en las prácticas de suministro de la información y que las cifras europeas reflejan desproporcionadamente las tendencias de los países más grandes. Con todo, a pesar de las considerables diferencias entre países, las pruebas indican que, en términos generales, el inicio del consumo de heroína en Europa está en descenso.

Este análisis puede examinarse conjuntamente con las tendencias que reflejan otros indicadores, como

⁽⁹²⁾ Véanse los cuadros TDI-5 y TDI-22 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁹³⁾ Véase el cuadro TDI-113 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁹⁴⁾ Véanse los cuadros TDI-10, TDI-21, TDI-32 y TDI-103 del boletín estadístico de 2012.

⁽⁹⁵⁾ Véanse los cuadros TDI-33, TDI-106 (parte i) y TDI-107 (parte i) del boletín estadístico de 2012.

⁽⁹⁶⁾ Véanse los gráficos TDI-1 y TDI-3 del boletín estadístico de 2012.

el consumo de drogas por vía parenteral (véase más adelante), las muertes inducidas por la droga y los delitos relacionados con las drogas, aunque cabe argüir que estas fuentes de datos son mejores indicadores de prevalencia que de incidencia. En Europa puede observarse en los últimos años una disminución del número de infracciones de la legislación sobre drogas relacionadas con la heroína. Los datos de muertes inducidas por la droga son más equívocos. Hasta 2008 se observaron aumentos o una situación estable; en 2009 se hizo evidente una situación estable con carácter general, y los datos provisionales de 2010 indican una disminución ⁽⁹⁷⁾.

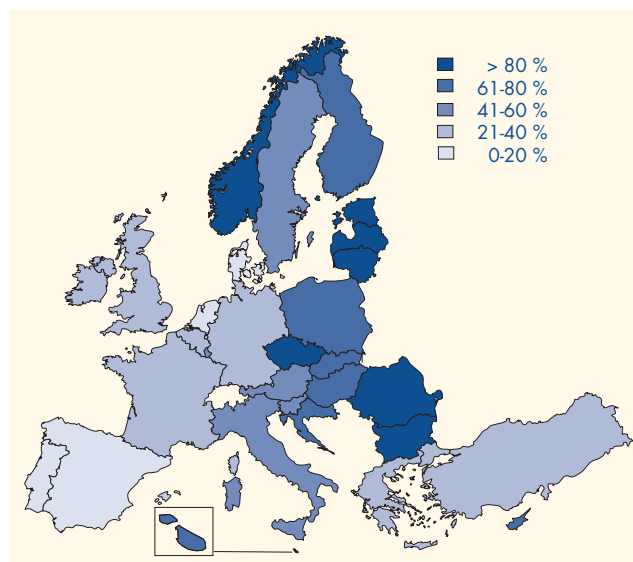
Los indicadores del mercado de opiáceos también ofrecen información complementaria a este respecto. La aguda escasez de heroína (OEDT, 2011a) observada a finales de 2010 y principios de 2011 en varios países y la disminución de las incautaciones apuntan a la existencia de cambios en la disponibilidad de la droga en Europa, que podrían asociarse además a un cambio en las pautas de consumo. Se han comunicado el aumento del consumo de catinonas por vía parenteral (Hungría), el uso de mezclas que contienen cafeína y creatina (Rumanía), el aumento del uso de benzodiazepinas y de otros medicamentos (Irlanda, Eslovenia, el Reino Unido) y el aumento del consumo de anfetaminas por vía parenteral (Hungría, Letonia), y hay informes preocupantes del uso del opiáceo sintético fentanilo (por ejemplo, Estonia, Eslovaquia).

En conjunto, la información disponible indica en Europa una disminución gradual del inicio del consumo de heroína, que se produce ante el telón de fondo de un aumento de la disponibilidad y la cobertura de tratamientos. La población de consumidores de heroína parece caracterizarse en conjunto por el envejecimiento y por el nivel relativamente elevado de contacto con los servicios existentes. Aunque este fenómeno es más evidente en los Estados miembros anteriores a la ampliación de 2004, datos recientes indican ahora que podría estar produciéndose también en los nuevos Estados miembros.

Consumo de drogas por vía parenteral

Los consumidores de drogas por vía parenteral se cuentan entre los colectivos con mayor riesgo de sufrir problemas de salud causados por dicho consumo, como infecciones transmitidas por la sangre (como VIH/sida, hepatitis) o sobredosis. En la mayoría de los países europeos, la vía parenteral suele asociarse al consumo de opiáceos,

Gráfico 13: Uso de la vía parenteral como forma habitual de administración entre los consumidores de opiáceos como droga principal que indicaron tratamiento en 2010



N. B.: Datos expresados como porcentaje de los pacientes declarados en los que se conoce la vía de administración. Datos de 2010 o del último año disponible. Véase el cuadro TDI-5 (parte iii y parte iv) del boletín estadístico de 2012.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox

aunque en unos pocos países se asocia al consumo de anfetaminas.

Solo catorce países han podido facilitar estimaciones recientes de la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral ⁽⁹⁸⁾. Los datos disponibles indican la existencia de grandes diferencias entre unos países y otros, oscilando las cifras entre menos de uno y cinco casos por 1 000 personas de 15 a 64 años. En los trece países que han aportado una estimación del número actual de estos consumidores, la media es de 2,4 por 1 000 personas de 15 a 64 años. Además de estos consumidores actuales, existe en Europa un gran número de antiguos consumidores (por ejemplo, Sweeting y otros, 2008), pero no se dispone de cifras.

Cerca del 37 % de los consumidores de opiáceos, sobre todo heroína, como droga principal que inició tratamiento mencionaron la vía parenteral como principal forma de administración. Las cifras varían entre el 7 % en los Países Bajos y el 94 % en Letonia. Las proporciones son altas en Europa central y oriental y en algunos países de Europa septentrional (gráfico 13).

La falta de datos y, en algunos casos, la incertidumbre estadística de los valores estimados hace difícil extraer conclusiones sobre las tendencias a lo largo del tiempo en

⁽⁹⁷⁾ Véase el cuadro DRD-2 (parte i) del boletín estadístico de 2012.

⁽⁹⁸⁾ Véase el gráfico PDU-2 del boletín estadístico de 2012.

la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral. De los ocho países sobre los que se dispone de datos suficientes para analizar tendencias, los niveles de administración por vía parenteral han disminuido en el Reino Unido y siguen siendo relativamente estables en Grecia, Hungría, Chipre, Eslovaquia, Croacia y Noruega. En la República Checa se registró un aumento del número de los consumidores por vía parenteral, fundamentalmente de metanfetamina, entre 2005 y 2010 ⁽⁹⁹⁾.

Si se consideran los datos disponibles de otros varios indicadores, parece apreciarse en Europa una disminución general del consumo de opiáceos y, en particular, de heroína por vía parenteral. La mayoría de los países europeos informan de una reducción de las tasas de administración por vía parenteral entre los consumidores de heroína como droga principal que iniciaron tratamiento por primera vez en su vida entre 2005 y 2010, tendencia confirmada por un análisis a largo plazo (2000-09) de los consumidores de heroína que iniciaron tratamiento especializado por primera vez en Europa (OEDT, 2012c). Este descenso en el consumo de heroína por vía parenteral se observa en todos los países, aunque es más acusado en los países de Europa occidental. En 2009, mientras que los países de Europa occidental informaron de que la vía inhalatoria se había convertido en la vía principal de administración de heroína en más de la mitad de los pacientes consumidores (53 %), los países de Europa oriental señalaron que el 70 % de los consumidores tomaban la droga por vía parenteral (OEDT, 2012c). Además, estudios recientes de Irlanda y de Noruega acreditan un aumento del intervalo de tiempo que transcurre entre el inicio del consumo de heroína y la primera administración de la droga por vía parenteral (Bellerose y otros, 2011; Bretteville-Jensen y Skretting, 2010).

Tratamiento del consumo problemático de opiáceos

Servicios prestados y cobertura

En todos los Estados miembros de la UE, así como en Croacia, Turquía y Noruega, se ofrecen tratamientos sin droga y tratamientos de sustitución a los consumidores de opiáceos. En la mayoría de los países, el tratamiento se realiza en régimen ambulatorio, ya sea en centros especializados, en consultas de médicos generales o en centros de bajo umbral. En algunos países, los centros en régimen de ingreso realizan una importante contribución al tratamiento de la dependencia de opiáceos ⁽¹⁰⁰⁾.

La vía parenteral y otras vías de administración

Los datos recogidos de los consumidores de drogas que inician tratamiento constituyen la mayor y más completa fuente de información sobre la conducta de consumo de quienes presentan problemas relacionados con las drogas en Europa ⁽¹⁾.

En términos generales, la vía parenteral se mencionó como la segunda vía utilizada por los consumidores de drogas que iniciaron tratamiento principalmente por problemas con los opiáceos en 2010. De los 140 000 consumidores de opiáceos como droga principal que iniciaron tratamiento en régimen ambulatorio y cuya vía de administración se conoce, el 36 % indicaron utilizar la vía parenteral, el 45 % señalaron que fumaban o inhalaban la droga y el 19 % que la esnifaban o la ingerían por vía oral. En contraste, de los 53 000 consumidores de cocaína que iniciaron tratamiento ambulatorio el 3 % mencionaron la vía parenteral, el 68 % indicaron que esnifaban la droga, y el resto, que la fumaban o la inhalaban. De los 9 000 consumidores de anfetaminas u otros estimulantes diferentes de la cocaína, el 24 % mencionaron la vía parenteral, mientras que el 40 % señalaron que ingerían la droga oralmente, el 32 % que la esnifaban y el 4 % que utilizaban otras vías de administración.

Las pautas de consumo de drogas han cambiado a lo largo del tiempo. Un análisis de los datos referidos al inicio del tratamiento entre 2000 y 2009 demostró una reducción del uso de la vía parenteral entre los consumidores de heroína como droga principal que iniciaron tratamiento en todos los países europeos (del 58 % al 36 %), en particular en la parte occidental de Europa (OEDT, 2012c). Por otra parte, entre los consumidores de opiáceos que iniciaron tratamiento en régimen ambulatorio desde 2009, el número de los que fumaban la droga superó al de los que se la administraban por vía parenteral ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hay que señalar que los datos referidos al inicio del tratamiento no pueden extrapolarse al conjunto de la población de consumidores de droga en tratamiento y que pueden no ser representativos de la población más amplia de consumidores de droga, que incluye a los que no reciben tratamiento. Puede consultarse más información sobre el tamaño de la población total tratada en sitio web del OEDT.

⁽²⁾ Véase el cuadro TDI-17 de los boletines estadísticos de 2010, 2011, 2012.

Un reducido número de países ofrecen tratamiento asistido con heroína a un grupo seleccionado de consumidores crónicos de esta droga.

En el caso de los consumidores de opiáceos, el tratamiento sin drogas suele ir precedido de un programa de desintoxicación, que les presta asistencia farmacéutica para aliviar los síntomas físicos de abstinencia. Esta estrategia terapéutica requiere generalmente que los pacientes se abstengan de consumir todo tipo

⁽⁹⁹⁾ Véase el cuadro PDU-6 (parte iii) del boletín estadístico de 2012.

⁽¹⁰⁰⁾ Véase el cuadro TDI-24 del boletín estadístico de 2012.

de sustancias, incluso medicación de sustitución.

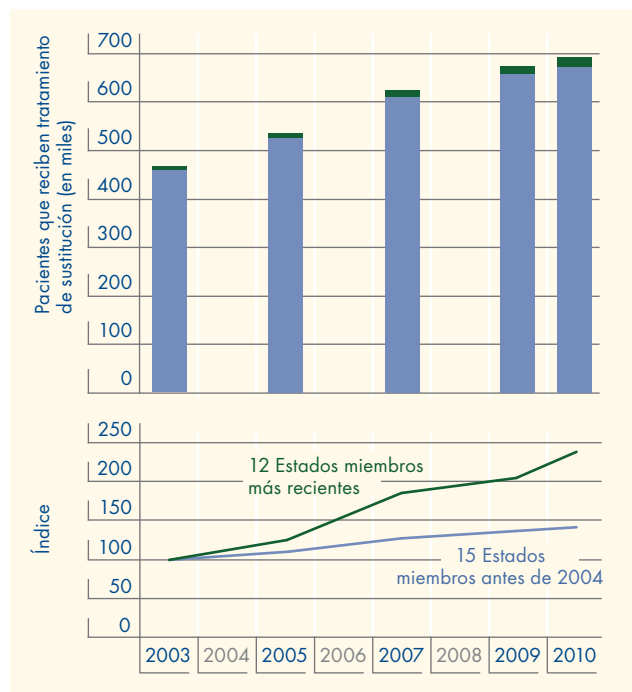
Los pacientes participan en actividades de la vida diaria y reciben apoyo psicológico intensivo. Los tratamientos sin droga pueden realizarse en régimen ambulatorio o en régimen de ingreso, en este último caso en una residencia o en un hospital.

El tipo más frecuente de tratamiento de la dependencia de opiáceos en Europa es un tratamiento de sustitución, normalmente integrado con atención psicosocial y prestado en centros ambulatorios especializados. Dieciséis países informan de que también es ofrecido por médicos generales. En algunos países, estos últimos lo prestan en régimen de asistencia compartida con centros especializados. El número total de consumidores de opiáceos que recibieron tratamiento de sustitución en la Unión Europea, Croacia y Noruega en 2010 se estimó en 709 000 (698 000 en los Estados miembros de la Unión Europea), frente a 650 000 en 2008 y cerca de medio millón en 2003 ⁽¹⁰¹⁾. En su mayor parte, este tratamiento se prestó en los quince Estados miembros anteriores a la ampliación de 2004 (cerca del 95 % del total) y las tendencias a medio plazo (2003-10) siguieron mostrando un aumento (gráfico 14). Los mayores aumentos dentro de estos países se observaron en Grecia, Austria y Finlandia, donde las cifras casi se triplicaron.

Se observó una tasa de aumento aún mayor en los doce países que ingresaron en la Unión Europea a partir de 2004. En ellos, el número de pacientes en tratamiento de sustitución pasó de 7 800 en 2003 a 20 400 en el 2010, habiéndose producido gran parte del aumento a partir de 2005. Proporcionalmente, la mayor expansión de este tipo de tratamiento en el plazo de siete años se produjo en Estonia (donde los sesenta pacientes iniciales se multiplicaron por dieciséis hasta llegar a 1 000 pacientes, cifra que en todo caso solo representaba el 5 % de consumidores de opiáceos) y en Bulgaria (donde el número inicial se multiplicó por ocho). Los incrementos más pequeños fueron los de Lituania, Hungría y Eslovaquia.

La comparación del número de consumidores problemáticos de opiáceos con el de pacientes en tratamiento de sustitución revela la existencia de niveles de cobertura variables en Europa. De los dieciocho países que ofrecen estimaciones fiables del número de consumidores problemáticos de opiáceos, nueve comunicaron una cifra de pacientes en tratamiento de sustitución que supone el 50 % o más de la población objetivo ⁽¹⁰²⁾. De ellos, seis eran Estados miembros

Gráfico 14: Pacientes que reciben tratamiento de sustitución de opiáceos en los quince Estados miembros que ingresaron en la Unión Europea antes de 2004 y en los doce más recientes; cifras estimadas y tendencias indizadas



N. B.: Los años respecto de los cuales no se recogieron datos aparecen en gris. Para más información, véase el gráfico HSR-2 del boletín estadístico de 2012.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

anteriores a la ampliación de 2004 y los demás eran Malta, la República Checa y Noruega.

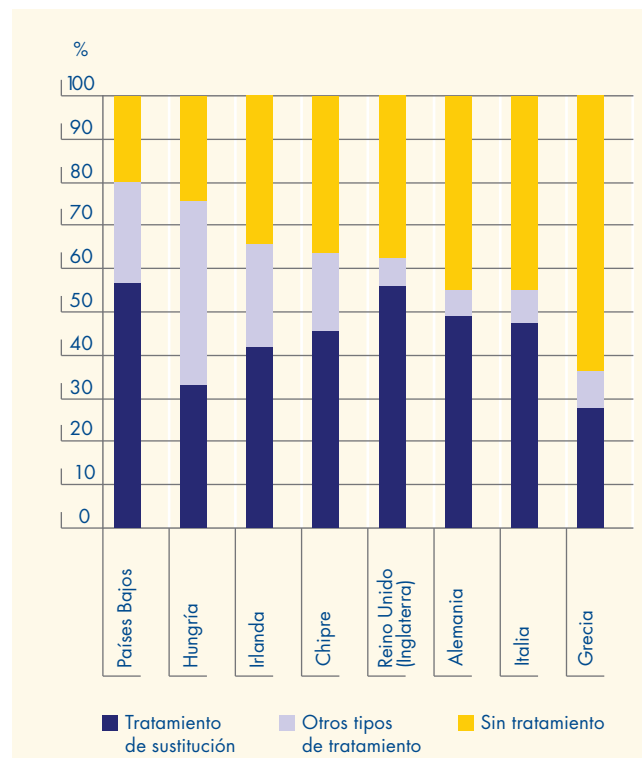
Aunque, en promedio, casi la mitad de los consumidores problemáticos de opiáceos de la Unión Europea y de Noruega tienen acceso a tratamiento de sustitución, hay diferencias sustanciales entre los países, registrándose niveles de cobertura considerablemente más bajos en Grecia (28 %), Lituania (17 %), Eslovaquia (12 %), Polonia (8 %) y Letonia (2 %).

Pueden hacerse estimaciones de la proporción de consumidores problemáticos de opiáceos sometidos a tratamiento de cualquier tipo en ocho países (gráfico 15). En Irlanda, Chipre, Hungría, los Países Bajos y el Reino Unido (Inglaterra) se estima que más del 60 % de esos consumidores siguen tratamiento, mientras que la proporción es menor del 40 % en Grecia. Los datos indican asimismo la existencia de diferencias en el tratamiento de elección para la dependencia de opiáceos. Los tratamientos distintos de la sustitución de opiáceos, en su mayor parte tratamientos sin drogas,

⁽¹⁰¹⁾ Véase el cuadro HSR-3 del boletín estadístico de 2012.

⁽¹⁰²⁾ Véase el gráfico HSR-1 del boletín estadístico de 2012.

Gráfico 15: Cobertura del tratamiento de los consumidores problemáticos de opiáceos en algunos países europeos: proporción (en porcentaje) de la población problemática que se estima en tratamiento y sin tratamiento



N. B.: Los países incluidos son aquellos para los que se dispone de estimaciones fiables de la población de consumidores problemáticos de opiáceos, de cifras de pacientes en tratamiento de sustitución y del número total de consumidores problemáticos de opiáceos en tratamiento. Para más información, véase el gráfico HSR-1 del boletín estadístico de 2012.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

representan menos del 10 % del total en Alemania, Grecia, Italia y el Reino Unido (Inglaterra). En Irlanda, Chipre y los Países Bajos representan entre el 15 % y el 25 %, mientras que en Hungría el porcentaje es del 43 %. Consiguientemente, aunque tanto Grecia como Hungría declaran una baja cobertura del tratamiento de sustitución de opiáceos (en torno al 30 %), la proporción de consumidores problemáticos de opiáceos que se estima que no están en contacto con ningún servicio de tratamiento varía considerablemente entre estos dos países, desde más del 60 % en Grecia hasta un 25 % en Hungría. Se ilustra así la necesidad de considerar tanto el nivel de tratamiento de sustitución disponible como la disponibilidad de otras estrategias terapéuticas.

Unos tiempos de espera prolongados para el tratamiento de sustitución pueden constituir una barrera significativa al acceso al mismo. Según una encuesta realizada en 2011, las causas principales de unos tiempos de espera dilatados son la disponibilidad limitada de tratamiento

y la falta de recursos, así como los retrasos imputables al procedimiento. De los veintinueve países que facilitaron información, los expertos de doce países estimaron el tiempo medio de espera en menos de dos semanas, y los de otros seis países, entre dos semanas y un mes. En otros cinco países (Lituania, Hungría, Rumanía, Finlandia, Noruega) se estimó que estaba comprendido entre uno y seis meses, mientras que en Grecia pasaba de seis meses. Los tiempos medios de espera a escala nacional pueden ocultar, por lo demás, considerables variaciones a escala regional. Por ejemplo, en Atenas y en Salónica el tiempo de espera era de unos tres años debido a la limitada capacidad existente, pero en otras ciudades griegas era en 2010 más corto. En cuatro países, los expertos no pudieron estimar los tiempos de espera.

En Europa, la medicación de sustitución de opiáceos prescrita con más frecuencia es la metadona, que se administra a tres cuartas partes de los pacientes en tratamiento. Se prescribe buprenorfina a casi una cuarta parte y es el principal fármaco de sustitución en la República Checa, Grecia, Francia, Chipre, Finlandia y Suecia ⁽¹⁰³⁾. La combinación de buprenorfina-naloxona está disponible en quince países. Solo una pequeña parte de los tratamientos se hacen con morfina de liberación lenta (Bulgaria, Austria, Eslovenia), con codeína (Alemania, Chipre) y con diacilmorfina (Bélgica, Dinamarca, Alemania, España, los Países Bajos, el Reino Unido).

Desintoxicación de opiáceos, eficacia y resultados

Existen cada vez más pruebas de que la desintoxicación de opiáceos da mejores resultados cuando se apoya con psicoterapia y va seguida de la prevención farmacológica de las recaídas. Una revisión de los estudios sobre este tema llegó a la conclusión de que esa combinación terapéutica puede ayudar a los pacientes a completar el tratamiento, a reducir el consumo de opiáceos y a mantener la abstinencia durante el seguimiento (Amato y otros, 2011). Por otra parte, el número de ausencias clínicas durante el tratamiento fue menor en los pacientes a quienes se ofreció apoyo psicosocial. Day y Strang (2011) observaron que los tratamientos de régimen de ingreso ayudaban a los pacientes, más que los ambulatorios, a completar la desintoxicación (51 % frente al 36 %).

La prevención de las recaídas después de la desintoxicación de heroína puede apoyarse con la administración de naltrexona, un antagonista de opiáceos. Sin embargo, el cumplimiento terapéutico y las tasas de retención con el uso de naltrexona en las poblaciones generales siguen siendo bajos. La

⁽¹⁰³⁾ Véase el cuadro HSR-3 del boletín estadístico de 2012.

naltrexona resultó ser eficaz entre los consumidores obligados a cumplir el tratamiento para evitar consecuencias mayores, como los profesionales sanitarios y las personas bajo supervisión legal (Minozzi y otros, 2011). Aun cuando, en términos generales, la

desintoxicación de la dependencia de opiáceos parece ser menos eficaz que el tratamiento de sustitución, la Organización Mundial de la Salud (2009) recomienda ofrecerla como opción para motivar a los pacientes a solicitar tratamiento.

La calidad de vida de los consumidores de drogas en tratamiento de sustitución

Las personas con dependencia de opiáceos, en conjunto, tienen una peor calidad de vida que la población general y que los pacientes con otras enfermedades médicas. Sobre este tema se han realizado recientes estudios en Alemania, Letonia y el Reino Unido, cuyos resultados apoyan el valor del tratamiento de reposición. Los factores causantes de una mala calidad de vida son además factores de predicción de recaída, especialmente entre los consumidores de drogas de más edad (OEDT, 2010d). Una revisión sistemática reciente (De Maeyer y otros, 2010) puso de relieve que el tratamiento mejoraba desde los primeros meses la calidad de vida de los

participantes. Todas las opciones de tratamiento de sustitución demostraron la misma eficacia en la mejora de la calidad de vida, aunque esta se consiguió en general antes con metadona (al cabo de un mes aproximadamente) que con buprenorfina. En las valoraciones subjetivas, en cambio, la buprenorfina obtuvo mejor puntuación que la metadona, posiblemente por no requerir la administración diaria. La consecución de buenos resultados en la calidad de vida es un objetivo fundamental en el tratamiento de drogodependencias y puede beneficiarse de las investigaciones realizadas sobre la eficacia relativa a las diversas opciones de sustitución.



Capítulo 7

Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas

Introducción

El consumo de drogas se asocia, tanto directa como indirectamente, a variadas consecuencias negativas de orden social y sanitario. Se producen problemas sobre todo entre los consumidores de opiáceos a largo plazo, con algunas formas de estimulantes y entre los consumidores por vía parenteral. El consumo de opiáceos se asocia, en particular, a muerte por sobredosis, problema cuya magnitud queda puesta de manifiesto si se recuerda que, durante la última década, ha habido en Europa una muerte por sobredosis cada hora. Con todo, es importante recordar también que los consumidores crónicos de drogas tienen un riesgo muy superior de muerte por otras causas, como enfermedades orgánicas, suicidio, accidentes y traumatismos. Con independencia de las sustancias que se empleen, el consumo de drogas por vía parenteral sigue siendo un importante factor de transmisión de enfermedades infecciosas, como el VIH y la hepatitis C, habiéndose observado recientemente en algunos países europeos nuevos brotes de VIH que subrayan la importancia de mantener respuestas de salud pública eficaces en este ámbito.

Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

El OEDT vigila sistemáticamente las infecciones por el VIH y por el virus de la hepatitis B y C en el colectivo de consumidores de drogas por vía parenteral ⁽¹⁰⁴⁾. La morbilidad y mortalidad causadas por estas enfermedades infecciosas están entre las consecuencias más graves para la salud del consumo de drogas. También afectan en términos desproporcionados a los consumidores de drogas otras enfermedades infecciosas, como la hepatitis A y D, las enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis, el tétanos, el botulismo, el ántrax y la infección por el virus linfotrópico humano de células T.

VIH y sida

A finales de 2010, la tasa de nuevos casos diagnosticados de VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral siguió siendo baja en la mayoría de los países de la Unión Europea, y la situación general de la UE es relativamente positiva si se compara con el mundo en conjunto y con el contexto europeo más amplio (gráfico 16).

La tasa media de nuevos casos diagnosticados en los veintiséis Estados miembros de la UE que facilitaron datos correspondientes a 2010 alcanzó un nuevo mínimo de 2,54 casos por millón de habitantes, o 1 192 nuevos casos declarados ⁽¹⁰⁵⁾. Esta tasa es muy inferior a la de 19,7 por millón en los Estados Unidos (CDC, 2009), 104,3 por millón en Rusia, en ambos casos en 2009, y 151,5 por millón en Ucrania en 2010 (ECDC y OMS, 2011). Los datos disponibles sobre prevalencia del VIH en muestras de consumidores de drogas por vía parenteral en la UE son también favorables si se comparan con los de países vecinos del Este ⁽¹⁰⁶⁾, si bien deben hacerse con precaución las comparaciones entre países debido a las diferencias en los métodos de estudio y en la cobertura.

Tales resultados, al menos en parte, pueden ser consecuencia de la mayor disponibilidad de medidas de prevención, tratamiento y reducción de daños, incluidos los tratamientos de sustitución y los programas de intercambio de agujas y jeringuillas. También pueden haber intervenido otros factores, como la disminución del consumo de drogas por vía parenteral referida por algunos países (OEDT, 2010e).

A pesar de este cuadro positivo, nuevos datos indican que en 2010 continuó la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral, y en 2011 se observaron en dos países en concreto (Grecia, Rumanía) nuevos brotes entre los consumidores de drogas por vía parenteral ⁽¹⁰⁷⁾. En ambos países, esos brotes fueron precedidos de un aumento de la prevalencia

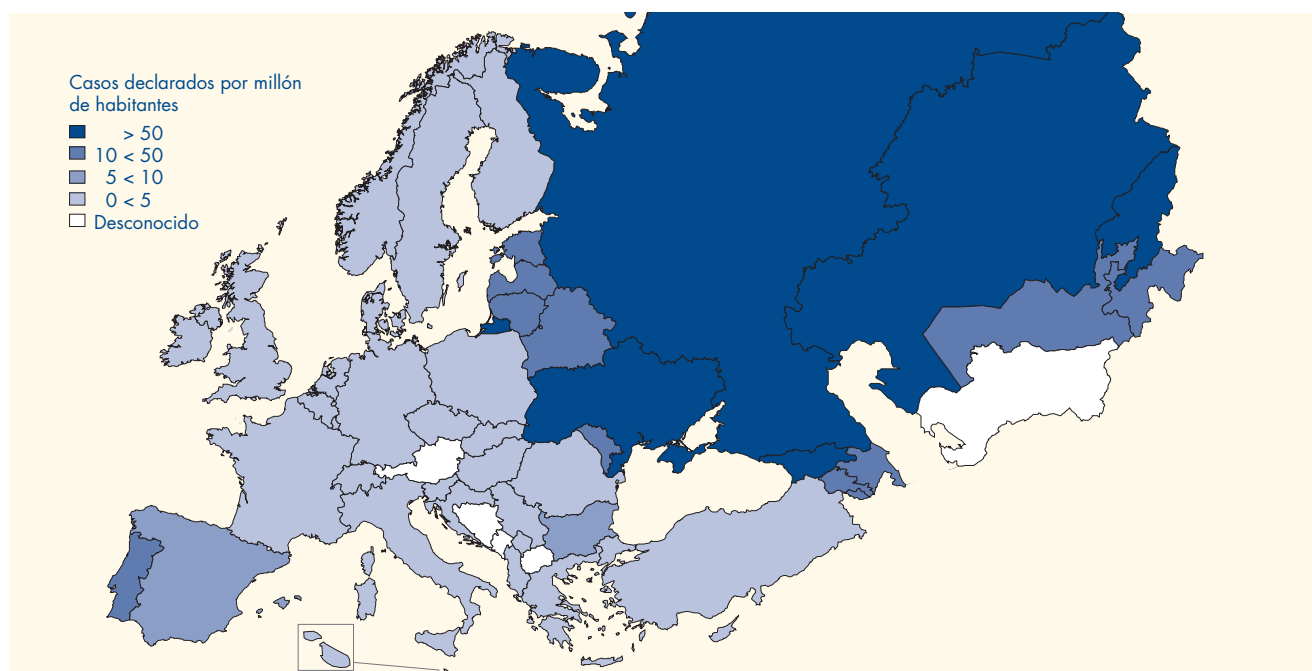
⁽¹⁰⁴⁾ Para más información sobre los métodos y definiciones, véase el boletín estadístico de 2012.

⁽¹⁰⁵⁾ No se dispone de datos para Austria y Turquía. Para los Estados miembros de la Unión Europea más Croacia, Turquía y Noruega, la tasa fue de 2,52 casos por millón de personas, es decir, 1 024 casos notificados en 2010.

⁽¹⁰⁶⁾ Véanse los cuadros INF-1 e INF-108 y el gráfico INF-3 (parte i) del boletín estadístico de 2012.

⁽¹⁰⁷⁾ Véase el recuadro «Brotes de VIH en Grecia y en Rumanía».

Gráfico 16: Nuevos casos diagnosticados de infecciones por el VIH en consumidores de drogas por vía parenteral en 2010 en Europa y Asia central



N. B.: El color indica la tasa por millón de habitantes de nuevos casos diagnosticados de VIH notificados y atribuidos al grupo de riesgo de consumidores de drogas por vía parenteral que fueron diagnosticados en 2010. Los datos de Rusia, Turquía y Albania son de 2009.

Fuentes: ECDC y OMS, 2011.

de la hepatitis C entre el colectivo mencionado de consumidores, lo que indica que una prevalencia creciente del virus de la hepatitis C (VHC) puede operar como indicador precoz de un aumento de los riesgos vinculados a la vía parenteral entre los consumidores de drogas por esa vía, posiblemente antes de que el VIH comience a propagarse (Vickerman y otros, 2010).

Tendencias en la infección por VIH

Los datos sobre nuevos casos diagnosticados relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral en 2010 revelan que, en general, las tasas de infección siguen cayendo en la Unión Europea tras el máximo alcanzado en 2001-02. De los cinco países que comunicaron las tasas más altas de diagnóstico de nuevas infecciones entre los consumidores de drogas por vía parenteral entre 2005 y 2010, España y Portugal continuaron su tendencia descendente, mientras que, de los demás, solo Letonia notificó un ligero aumento (gráfico 17) ⁽¹⁰⁸⁾.

Estos datos son positivos, pero deben considerarse sabiendo que en algunos países se mantiene la posibilidad de nuevos brotes del VIH entre los consumidores por vía

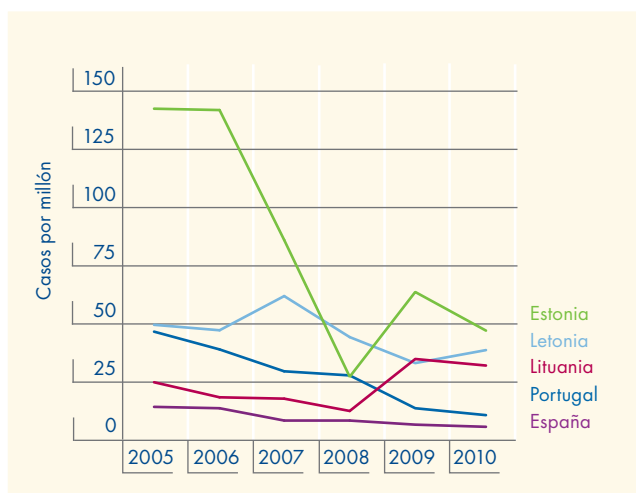
parenteral. Considerando una perspectiva de dos años, entre 2008 y 2010, se observaron aumentos en Estonia, de 26,8 a 46,3 casos por millón, y en Lituania, de 12,5 a 31,8 casos por millón. Bulgaria, país con una tasa de infecciones tradicionalmente muy baja, también alcanzó un pico de 9,7 casos por millón en 2009, antes de caer a 7,4 casos en 2010.

Se dispone de datos de prevalencia procedentes de muestras de consumidores de drogas por vía parenteral de veinticinco países europeos en el período 2005-10 ⁽¹⁰⁹⁾ y, aun cuando las diferencias en el muestreo exigen interpretarlos con cuidado, se trata de una fuente de información complementaria. En diecisiete de estos países, la prevalencia del VIH no registró cambios. En siete (Alemania, España, Italia, Letonia, Polonia, Portugal y Noruega) disminuyó. Solo en un país (Bulgaria) aumentó: en la capital, Sofía, ese dato era compatible con el aumento de nuevos casos diagnosticados. Los aumentos de la transmisión del VIH en Grecia y Rumanía comunicados en 2011 no se observaron en la prevalencia del VIH o en los casos declarados antes de ese año. En el período 2005-10 se observaron otros posibles indicios de transmisión del VIH en pequeñas muestras de consumidores de drogas por vía

⁽¹⁰⁸⁾ Los datos de España no tienen cobertura nacional. El reciente aumento de Estonia puede deberse a los cambios introducidos en el sistema de vigilancia desde 2009, aunque no está claro hasta qué punto.

⁽¹⁰⁹⁾ No se dispone de datos de tendencias en Estonia, Irlanda, Francia, los Países Bajos y Turquía. Véase el cuadro INF-108 del boletín estadístico de 2012.

Gráfico 17: Tendencias en los nuevos casos diagnosticados de infecciones por VIH entre consumidores de drogas por vía parenteral notificados en los cinco Estados miembros de la UE que refieren las tasas de infección más altas



N. B.: Datos declarados a finales de octubre de 2011; véase el gráfico INF-2 del boletín estadístico de 2012.

Fuentes: ECDC y OMS, 2011.

parenteral jóvenes (menores de 25 años) de seis países; la tasa de prevalencia fue superior al 5 % en Estonia, Francia, Letonia, Lituania y Polonia, y aumentó en Bulgaria.

Incidencia de sida y acceso al TARGA

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

Letonia sigue siendo el país con la mayor incidencia de sida vinculado al consumo de drogas por vía parenteral, con 27,1 nuevos casos por millón de habitantes en 2010, frente a los 20,8 millones del año anterior. Es también relativamente elevada la incidencia de sida entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Estonia (9,7 nuevos casos por millón de habitantes), Portugal (8,3), Lituania (6,0) y España (5,7), aunque en todos estos países fue decreciendo la tendencia a lo largo del período 2005-10 ⁽¹¹⁰⁾.

Brotos de VIH en Grecia y en Rumanía

En 2011, los sistemas de alerta precoz detectaron brotes de transmisión del VIH en Grecia y en Rumanía que impulsaron una rápida respuesta en ambos países. En respuesta a una solicitud de la Comisión Europea, el ECDC y el OEDT hicieron una evaluación rápida del riesgo de otros brotes de VIH en Europa (OEDT y ECDC, 2012).

El número de consumidores de drogas por vía parenteral diagnosticados de infección por el VIH pasó de 9-19 casos al año en 2010 a 241 en 2011 en Grecia, y de 1-6 casos en 2010 a 114 en 2011 en Rumanía. Aunque estos aumentos se produjeron en un contexto de bajo nivel de prestación de servicios de prevención en Grecia y Rumanía, e incluso de disminución de ese nivel, pudieron intervenir otros factores, como el mayor consumo de estimulantes.

En respuesta a los brotes, Grecia aumentó sustancialmente la cobertura de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas y la capacidad de tratamiento de la drogodependencia, creando en diciembre de 2011 un total de veintidós nuevas unidades de tratamiento de sustitución de opiáceos.

El informe de evaluación rápida de riesgos señaló la posibilidad de que se produzcan brotes similares en otros países de la UE, dado el aumento de los casos declarados de hepatitis C (un indicador del riesgo ligado al uso de la vía parenteral) y los bajos niveles de los servicios de prevención de la infección por el VIH.

Hepatitis B y C

La hepatitis vírica, y sobre todo la infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC) tiene una elevada prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa (gráfico 18). Los niveles de anticuerpos del VHC en muestras nacionales de consumidores por vía parenteral en 2009-10 variaron entre el 14 % y el 70 %; en siete de los once países que ofrecieron datos nacionales (Grecia, Italia, Chipre, Austria, Portugal, Finlandia y Noruega), la prevalencia superó el 40 % ⁽¹¹¹⁾, nivel que puede indicar que los riesgos ligados al uso de la vía parenteral son suficientes para la transmisión del VIH (Vickerman y otros, 2010). Se dan asimismo niveles de prevalencia de anticuerpos del VHC superiores al 40 % en los datos nacionales más recientes disponibles para Dinamarca, Luxemburgo y Croacia y en los informes de otros nueve países que ofrecen datos a escala subnacional (2005-10). En la República Checa, Hungría, Eslovenia (escala nacional, 2009-10) y Turquía (escala subnacional, 2008), la prevalencia fue inferior al 25 % (5-24 %), si bien no debe

⁽¹¹⁰⁾ Véanse el cuadro INF-104 (parte iii) y el gráfico INF-1 (parte i) del boletín estadístico de 2012.

⁽¹¹¹⁾ Véanse los cuadros INF-2 e INF-11 y el gráfico INF-6 (parte i) del boletín estadístico de 2012.

olvidarse que tasas de infección de este orden siguen constituyendo un importante problema de salud pública.

En el período de 2005 a 2010, la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral a escala nacional y subnacional disminuyó en seis países, mientras que aumentó en cinco (Austria, Bulgaria, Chipre, Grecia y Rumanía). En Italia disminuyó a escala nacional entre 2005 y 2009 —no se dispone de datos posteriores—, aunque se observaron aumentos en tres de las veintiuna regiones (Abruzos, Umbría, Valle de Aosta).

Estudios realizados entre los consumidores por vía parenteral jóvenes (menos de 25 años) apuntan a una disminución de la prevalencia del VHC a escala subnacional en Eslovaquia, lo que podría ser indicativo de unas tasas de transmisión en descenso. En ellos se observaron aumentos en Bulgaria, Grecia, Chipre y Austria, si bien las muestras de Grecia, Chipre y Austria eran pequeñas. En Grecia se apreció un aumento de la prevalencia entre quienes llevaban menos de dos años consumiendo droga por vía parenteral (tanto a escala nacional como en una región) ⁽¹¹²⁾. Estos estudios, aunque difíciles de interpretar por razones metodológicas, sí indican que muchos consumidores por vía parenteral siguen contrayendo pronto el virus, lo que indica que

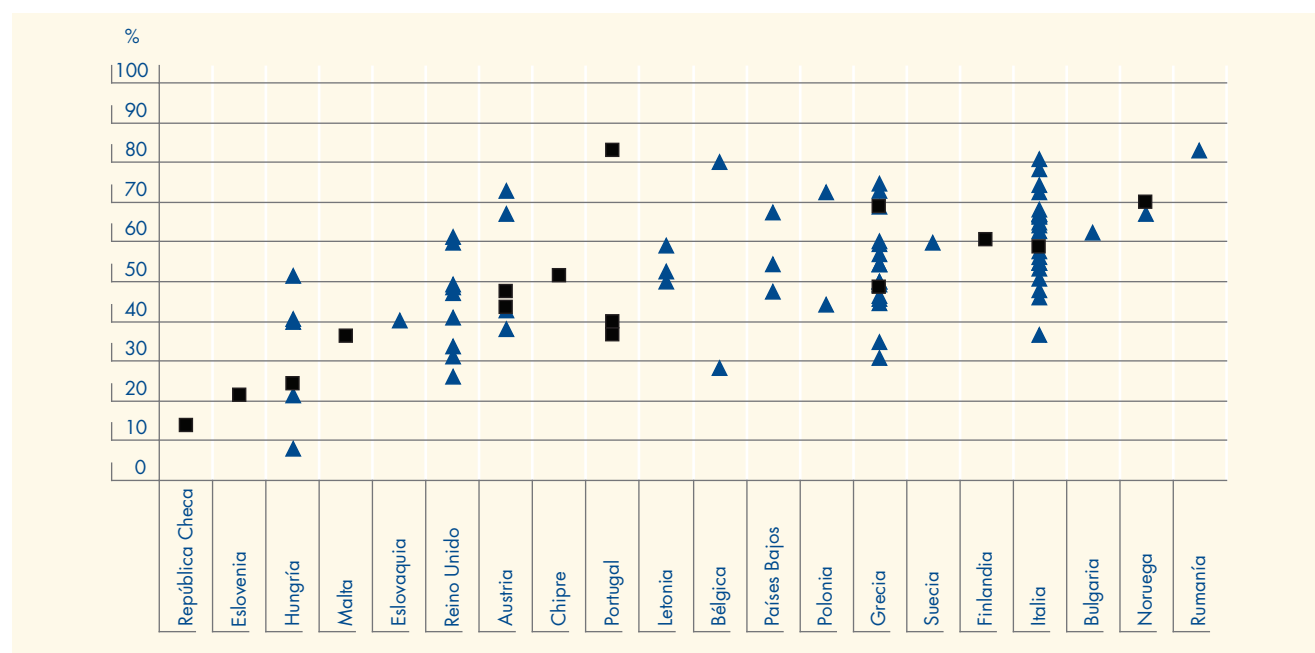
puede ser pequeño el margen de tiempo para que se inicien las medidas de prevención del VHC.

Es difícil establecer tendencias en el número de casos notificados de hepatitis B y C debido a la mala calidad de los datos. No obstante, se pueden extraer algunas conclusiones sobre la epidemiología de esas infecciones a partir de la proporción de consumidores por vía parenteral entre todos los casos notificados y cuyos factores de riesgo se conocen (Wiessing y otros, 2008). Promediando los datos de los dieciséis países que facilitaron datos correspondientes al período 2009-10, el consumo de drogas por vía parenteral representó el 48 % de los casos notificados de infección por el VHC y el 32 % de los casos agudos en los que se conocía la categoría de riesgo. En cuanto a la hepatitis B, los consumidores de drogas por vía parenteral representan el 6 % de todos los casos notificados y el 12 % de todos los casos agudos. Estos datos confirman que los consumidores de drogas por vía parenteral constituyen un importante grupo de riesgo de infección por la hepatitis vírica en Europa ⁽¹¹³⁾.

Otras infecciones

Además de a las infecciones víricas, los consumidores de drogas por vía parenteral son vulnerables a las

Gráfico 18: Prevalencia de anticuerpos anti-VHC entre consumidores de drogas por vía parenteral



N. B.: Datos correspondientes a los años 2009 y 2010. Los cuadrados negros indican muestras con cobertura nacional; los triángulos azules indican muestras con cobertura subnacional (local o regional). Las diferencias entre países deben interpretarse con cautela debido a las diferencias en los tipos de contextos y en los métodos de estudio; las estrategias nacionales de muestreo varían. Los países se disponen por orden creciente de prevalencia, basándose en la media de datos nacionales o, si no se dispone de ellos, de datos subnacionales. Para más información, véase el gráfico INF-6 del boletín estadístico de 2012.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

⁽¹¹²⁾ Véanse los cuadros INF-112 e INF-113 y el gráfico INF-6 (parte ii y parte iii) del boletín estadístico de 2012.

⁽¹¹³⁾ Véanse los cuadros INF-105 e INF-106 del boletín estadístico de 2012.

enfermedades bacterianas. El brote de ántrax declarado en Europa entre ellos (véase OEDT, 2010a) ha puesto de relieve un problema que existe con las enfermedades graves causadas en ese colectivo por bacterias formadoras de esporas. Un estudio europeo sobre cuatro infecciones bacterianas (botulismo, tétanos, *Clostridium novyi* y ántrax) observó la amplia variación existente en 2000-09 en las distintas tasas entre unos países y otros, incluida una concentración inexplicada de casos declarados en el noroeste de Europa: Irlanda, el Reino Unido y Noruega (Hope y otros, 2012).

En Europa, la tuberculosis, enfermedad bacteriana que ataca habitualmente los pulmones, se concentra sobre todo en grupos de alto riesgo, como inmigrantes, personas sin techo, consumidores de drogas y reclusos. La seropositividad al VIH multiplica el riesgo de contraer la enfermedad por un factor de 20 a 30 (OMS, 2010). Se dispone de datos de prevalencia de tuberculosis activa entre los consumidores de drogas en tratamiento en cinco países, observándose valores que van del 0 % (Austria, Eslovaquia) al 3,1 % (Lituania), pasando por los niveles intermedios de Grecia (0-0,5 %) y de Portugal (0,1-1 %). Además, Noruega comunicó que los casos eran «muy raros». Por otra parte, cuatro países notificaron en 2010 la proporción de consumidores de drogas detectados entre los nuevos casos de tuberculosis para los que se disponía de información sobre los factores de riesgo: 0,9 % en Hungría, 1,2 % en Bélgica (consumidores de drogas por vía parenteral), 3,3 % en el Reino Unido (Inglaterra y Gales, consumidores problemáticos de drogas) y 5,9 % en Letonia.

Respuesta a las enfermedades infecciosas

La prevención de enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas es un importante objetivo de salud pública en la Unión Europea y un componente de las políticas sobre drogas en la mayoría de los Estados miembros. La prevención y control de la propagación de enfermedades infecciosas en esos colectivos se hace combinando varios enfoques, entre los que se encuentran el suministro de materiales estériles de inyección, la vacunación, ensayo y tratamiento de las enfermedades infecciosas y el tratamiento de las drogodependencias, en particular mediante la sustitución de opiáceos. Por su parte, los centros de asistencia social o de bajo umbral ofrecen información, enseñanza e intervenciones conductuales. Medidas de este tipo han sido promovidas por las agencias de la UE como las intervenciones clave para la prevención, tratamiento y asistencia del VIH y de

la hepatitis entre los consumidores de drogas por vía parenteral (ECDC y OEDT, 2011).

Intervenciones

Varios estudios y revisiones han confirmado la eficacia del tratamiento de sustitución de opiáceos para reducir la transmisión del VIH y las conductas de riesgo relacionadas con el consumo por vía parenteral declaradas por los propios pacientes. Existen cada vez más datos que indican que la combinación del tratamiento de sustitución de opiáceos y los programas de suministro de agujas y jeringuillas es más eficaz para reducir la incidencia de VIH o VHC y las conductas de riesgo relacionadas con el consumo por vía parenteral que cualquiera de esos enfoques por separado (ECDC y OEDT, 2011).

En Europa, la disponibilidad y la cobertura de los programas de suministro de agujas y jeringuillas van en aumento: de los treinta países que respondieron a una encuesta realizada en 2011, veintiséis indicaron el carácter prioritario de esos programas, en comparación con veintitrés países en 2008. En Suecia, donde estos programas están en marcha desde 1986, aunque solo en el condado de Skåne, estaba previsto lanzar en 2011 un nuevo programa en Estocolmo. En conjunto, los expertos consideran que los niveles actuales de suministro gratuito de jeringuillas estériles y de otros materiales para la inyección de drogas son suficientes para satisfacer las necesidades de la mayoría de los consumidores de drogas por vía parenteral en dos tercios de países europeos, mientras que solo lo son para atender a una minoría en cinco países. No obstante, en el período 2008-11, el número de países que comunicaron una cobertura completa o amplia de estos programas aumentó en un tercio, pasando de quince a veinte.

Se dispone de información sobre el número de jeringuillas distribuidas en aplicación de programas especializados en 2005 y 2010 para veintidós países de la UE y para Noruega ⁽¹¹⁴⁾. Se observó un fuerte aumento en ese subconjunto de países: de 34,5 millones de jeringuillas en 2005 a más de 51 millones en 2010 (37 %). Tal aumento general puede ocultar diferentes tendencias subregionales. En los diez países para los que se dispone de estimaciones fiables de consumo de drogas por vía parenteral, el número de jeringuillas distribuidas en aplicación de programas especializados en 2010 equivale a 110 jeringuillas por consumidor ⁽¹¹⁵⁾.

En Europa, pocos consumidores activos de drogas por vía parenteral reciben tratamiento antivírico para la

⁽¹¹⁴⁾ Véase el cuadro HSR-5 (parte i y parte ii) del boletín estadístico de 2012.

⁽¹¹⁵⁾ Véase el gráfico HSR-3 del boletín estadístico de 2012.

hepatitis C. No obstante, los avances en el tratamiento de la enfermedad ⁽¹¹⁶⁾ y una base cada vez mayor de pruebas de su eficacia entre los consumidores de drogas por vía parenteral, incluidos estudios de modelización que apuntan a una posible reducción de la transmisión del virus (Martin y otros, 2011), indican las posibilidades que ofrece la ampliación de las estrategias para el tratamiento de la hepatitis C entre esos consumidores.

El consejo voluntario, combinado con la realización de una prueba confidencial, han sido identificados por los expertos nacionales como las intervenciones prioritarias en respuesta a la hepatitis C entre los consumidores de drogas por vía parenteral en diecinueve países. Desde 2008 ha aumentado en más de 50 % el número de países en que los expertos indican que hay una cobertura suficiente de la prueba del VHC, así como, en términos más ligeros, el número de países en los que al menos la mitad de la población objetivo recibe servicios de consejo sobre el riesgo de contraer enfermedades infecciosas. Entre los consumidores de drogas por vía parenteral que participaron en la encuesta de seguimiento anónimo (Unlinked Anonymous Monitoring) de 2010 en Inglaterra, el 83 % comunicaron haberse hecho una prueba del VHC confidencial voluntaria, en comparación con el 49 % en 2000. Además, el 55 % de los infectados por el VHC conocía su situación en 2010, en comparación con el 40 % en 2000 (HPA, 2011). En Budapest se inició en 2010 un programa único de reducción de daños, en el que personal femenino de los servicios de asistencia social ofreció pruebas para la detección del VIH y del VHB [virus de la hepatitis B] y VHC a mujeres consumidoras de drogas por vía parenteral o relacionadas con consumidores de este tipo.

A diferencia de lo que sucede con el VHC, existe una vacuna segura y eficaz para impedir la propagación del VHB. En la actualidad, veinticinco países europeos la incluyen en sus programas nacionales de vacunación, y dieciséis países indican que tienen establecidos programas de vacunación específica contra el VHB para los consumidores de drogas por vía parenteral ⁽¹¹⁷⁾.

Muertes y mortalidad relacionadas con las drogas

El consumo de drogas es una de las principales causas de problemas de salud y de mortalidad entre los jóvenes en Europa. La mortalidad relacionada con las drogas comprende las muertes causadas directa o indirectamente por su consumo. Incluye las muertes por sobredosis

Tratamiento de la hepatitis C para los consumidores de drogas por vía parenteral: nuevos productos farmacéuticos

Los pacientes infectados por el virus de la hepatitis C (VHC), incluidos los consumidores de drogas por vía parenteral, pueden ser tratados farmacológicamente.

Los interferones pegilados (IFN peg) alfa-2a y alfa-2b, introducidos en 2001, se han convertido en el tratamiento habitual del VHC crónico. En Europa, estas dos formas de IFN peg están autorizadas para su utilización con dosis distintas de ribavirina oral (según el genotipo del VHC) y con recomendaciones posológicas ligeramente diferentes. El IFN peg más ribavirina se considera el mejor tratamiento disponible. Se ha demostrado que es eficaz al menos en el 50 % de los sujetos tratados (Rosen, 2011), y se han alcanzado tasas de respuesta comparables entre los consumidores de drogas por vía parenteral infectados por el virus (Hellard y otros, 2009). Los pacientes tratados con éxito mantienen la carga viral baja durante varios meses después del tratamiento y pueden tener una calidad de vida razonable, siempre que mantengan un estilo de vida saludable. El tratamiento combinado, sin embargo, puede ser tóxico; y precisamente para superar sus efectos secundarios, pero también para mejorar el tratamiento actual del VHC, los investigadores están explorando otras estrategias terapéuticas. Entre ellas se encuentra el uso de los inhibidores de la proteasa telaprevir y boceprevir, aprobados en los Estados Unidos en 2011 tras obtener resultados positivos en los ensayos clínicos (Rosen, 2011).

(muertes inducidas por drogas), por la infección por el VIH/sida, por accidentes, por violencia, por suicidio y por problemas de salud crónicos causados por el consumo repetido de drogas ⁽¹¹⁸⁾. Estas muertes se producen principalmente entre los consumidores problemáticos de drogas, pero algunas (como los accidentes de tráfico) también entre consumidores ocasionales.

La mortalidad total relacionada con las drogas puede estimarse de distintas formas: por ejemplo, combinando la información obtenida en estudios de mortalidad de cohortes con estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas. Otro enfoque consiste en utilizar las estadísticas generales existentes sobre mortalidad y estimar la proporción relacionada con el consumo de drogas. Los estudios de mortalidad de cohortes realizan el seguimiento de un mismo grupo de consumidores problemáticos de drogas durante un cierto período y, con la ayuda de los certificados de defunción, intentan identificar las causas de todas las muertes que se producen en esos grupos. Ese tipo de estudio permite determinar las tasas de mortalidad total y de mortalidad

⁽¹¹⁶⁾ Véase el recuadro «Tratamiento de la hepatitis C para los consumidores de drogas por vía parenteral: nuevos productos farmacéuticos».

⁽¹¹⁷⁾ Véase el cuadro HSR-6 del boletín estadístico de 2012.

⁽¹¹⁸⁾ Véase la «Cuestión específica» de 2011 sobre la mortalidad relacionada con el consumo de drogas.

específica por una cierta causa en esa cohorte, además de estimar el exceso de mortalidad en ese grupo en comparación con la población general ⁽¹¹⁹⁾.

Dependiendo de los centros donde se realice el reclutamiento (por ejemplo, los centros de tratamiento de drogodependencias) y de los criterios de inclusión (por ejemplo, consumo por vía parenteral, consumo de heroína), la mayoría de los estudios de cohortes indican tasas de mortalidad del orden del 1-2 % al año entre los consumidores problemáticos de drogas. Basándose en un análisis de los datos de más de treinta estudios de cohortes, en los que se siguió a los pacientes hasta 2010, se estimó que anualmente mueren en Europa entre 10 000 y 20 000 consumidores de opiáceos (OEDT, 2011c). Normalmente, las tasas de mortalidad anuales varían entre 10 y 20 por 1 000 personas-año, lo que supone un exceso de mortalidad de diez a veinte veces mayor de lo previsto. La mayoría de las muertes se producen en hombres que rondan los 35 años. Las causas de la muerte pueden agruparse en cuatro grandes categorías: sobredosis, enfermedades, suicidio y traumatismo. La importancia relativa de estas distintas causas varía según la población, de un país a otro y a lo largo del tiempo. En general, no obstante, la sobredosis es la causa principal de muerte, y la más documentada, entre los consumidores problemáticos de drogas en Europa.

Muertes inducidas por drogas

Las estimaciones más recientes indican que en 2010 se produjeron unas 7 000 muertes por sobredosis (inducidas por drogas) en los Estados miembros de la UE y Noruega, lo que indica una situación estable si se compara con los más de 7 600 casos declarados en 2009 ⁽¹²⁰⁾. Es probable que estas cifras sean conservadoras, ya que los datos nacionales pueden estar afectados por sesgos de infradeclaración o de infraestimación. Durante el período 1996-2009 se notificaron entre 6 300 y 8 400 muertes anuales inducidas por drogas en los Estados miembros de la UE y Noruega. En 2009, el último año para el que se dispone de datos en casi todos los países, más de la mitad de las muertes inducidas por drogas correspondieron a Alemania y al Reino Unido.

Para 2010, la tasa de mortalidad media de la UE por sobredosis se estimó en 20 muertes por millón de habitantes de 15 a 64 años, aunque había diferencias

importantes entre los países. Se registraron tasas de más de 20 muertes por millón de habitantes en catorce de treinta países europeos y de más de 40 muertes por millón de habitantes en siete países.

Muertes relacionadas con opiáceos

Heroína

Los opiáceos, principalmente la heroína o sus metabolitos, intervienen en la mayoría de las muertes inducidas por drogas que se notifican en Europa. En los veintitrés países que facilitaron datos en 2009 o 2010, intervinieron los opiáceos en la gran mayoría de los casos; quince países declararon proporciones del 80 % o más, y seis de ellos de más del 90 %. Las sustancias que se detectaron con mayor frecuencia, además de heroína, fueron alcohol, benzodiazepinas, otros opiáceos y, en algunos países, cocaína. Esto parece indicar que una proporción considerable de las muertes inducidas por drogas se producen en un contexto de politoxicomanía.

La mayor parte de las muertes por sobredosis que se producen en Europa son de varones (80 % en total) ⁽¹²¹⁾. Las pautas varían de unos países a otros, registrándose las proporciones más altas en países meridionales (Grecia, Italia, Portugal, Rumanía, Croacia) y en Estonia, Letonia y Lituania, así como en Turquía. En los Estados miembros incorporados a la UE a partir de 2004, las muertes notificadas inducidas por drogas son también más frecuentes entre los hombres y los jóvenes.

En Dinamarca, España, los Países Bajos y Noruega se comunican proporciones más altas de muerte entre personas de más edad. En la mayoría de los países, la edad media de los fallecidos por sobredosis de heroína ronda los 35 años y en muchos países se observa una tendencia al alza, que podría indicar una posible estabilización o incluso una disminución del número de consumidores jóvenes de heroína y un envejecimiento de la cohorte de consumidores problemáticos de opiáceos. En conjunto, el 11 % de las muertes por sobredosis que se notifican en Europa se producen en menores de 25 años, y el 57 % en personas de 35 años o más ⁽¹²²⁾.

Se han asociado a las sobredosis mortales y no mortales de heroína varios factores. Entre ellos se incluyen el empleo de la vía parenteral, el consumo simultáneo de otras sustancias, especialmente alcohol

⁽¹¹⁹⁾ Para información sobre los estudios de mortalidad en cohortes, véanse los indicadores básicos en el sitio web del OEDT.

⁽¹²⁰⁾ La estimación europea se basa en datos de 2010 para veinte de los veintisiete Estados miembros de la UE, y en datos de 2009 para los otros siete más Noruega. Bélgica se excluye por no disponerse de datos. Para más información, véase el cuadro DRD-2 (parte i) del boletín estadístico de 2012.

⁽¹²¹⁾ Puesto que la mayoría de casos notificados al OEDT se refieren a sobredosis por opiáceos (principalmente heroína), se presentan aquí las características generales de las muertes para describir y analizar las muertes relacionadas con el consumo de heroína. Véase el gráfico DRD-1 del boletín estadístico de 2012.

⁽¹²²⁾ Véanse los gráficos DRD-2 y DRD-3 y el cuadro DRD-1 (parte i) del boletín estadístico de 2012.

y benzodiazepinas, la comorbilidad, la existencia de experiencias previas de sobredosis, la falta de tratamiento de la drogodependencia y la carencia de hogar. El período inmediatamente posterior a la excarcelación o al alta de un tratamiento de drogodependencia parece ser el que mayor riesgo de sobredosis presenta, según ilustran varios estudios longitudinales (OEDT, 2011c). El riesgo de muerte aumenta también cuando se está solo en el momento de sobredosis.

Otros opiáceos

Además de la heroína, en los informes toxicológicos se incluyen otros opiáceos, como metadona (OEDT, 2011a) y, más raramente, buprenorfina ⁽¹²³⁾. Existe una creciente inquietud internacional (en particular, en Australia, Canadá y los Estados Unidos) por los casos de muerte asociada al uso indebido de analgésicos sujetos a prescripción médica, como oxycodona. En Europa, mientras que las pruebas de muertes por uso de analgésicos opiáceos de prescripción siguen siendo limitadas, ha habido en los últimos años «brotos» de sobredosis vinculadas al uso de opiáceos sintéticos, como el 3-metilfentanilo de producción ilegal en Estonia, que apuntan a la necesidad de ejercer un estrecho control de los cambios en las pautas de consumo de drogas que puedan asociarse a riesgos elevados de mortalidad.

Muertes relacionadas con otras drogas

Las muertes por intoxicación aguda de cocaína parecen relativamente infrecuentes y en muy raros casos se identifica esa como la única sustancia contribuyente a una muerte inducida por drogas. No obstante, dado que las sobredosis de cocaína resultan más difíciles de definir e identificar que las de opiáceos, es posible que no se notifiquen todos los casos (véase el capítulo 5).

En 2010, se notificaron al menos 640 muertes relacionadas con la cocaína en dieciséis países. Sin embargo, debido a la limitada comparabilidad de los datos disponibles, resulta difícil describir la tendencia europea. Los datos más recientes de España y del Reino Unido, los dos países con los niveles más altos de prevalencia de consumo de cocaína, confirman una disminución de las muertes relacionadas con esta droga desde 2008.

Son infrecuentes los casos de muerte en los que intervienen estimulantes diferentes de la cocaína, como las anfetaminas y el éxtasis (MDMA), y en muchos de esos casos no se identifica la droga como la causa directa de la muerte ⁽¹²⁴⁾. La reciente disponibilidad de sustancias

psicotrópicas actualmente incontroladas también se ha asociado en los medios de comunicación y en los informes toxicológicos con casos de muerte inducida por drogas, aunque el seguimiento en este ámbito es difícil. Se han notificado muertes asociadas al consumo de catinonas, como mefedrona y MDPV, pero no en gran número. Se han relacionado asimismo algunas muertes con otras sustancias nuevas, recientemente la 4-metilanfetamina, y los datos de mortalidad al respecto indujeron al OEDT y a Europol a realizar una evaluación a escala europea ⁽¹²⁵⁾.

Tendencias en las muertes inducidas por drogas

El número de muertes inducidas por drogas aumentó notablemente en Europa durante el decenio de 1980 y a principios del de 1990, coincidiendo con un aumento del consumo de heroína y del uso de la vía parenteral, y luego se mantuvo a niveles elevados ⁽¹²⁶⁾. Entre 2000 y 2003, la mayoría de los Estados miembros de la UE notificaron una disminución, seguida de un aumento posterior desde 2003 hasta 2008-09, en que se estabilizaron los niveles. Los datos preliminares disponibles para 2010 apuntan a una cifra general inferior a la de 2009, manteniéndose la disminución en Alemania, España, Italia, los Países Bajos, Austria, el Reino Unido y Turquía.

La mayoría de los países que notificaron en 2010 tasas de mortalidad por encima de la media están situados en el norte de Europa, mientras que muchos de los países caracterizados por tasas por debajo de la media se encuentran en el sur de Europa. En el gráfico 19 se presentan los datos de algunos países que se incorporaron a la Unión Europea antes de 2004 y de Noruega. Hay que ser precavidos al comparar los países debido a las diferencias metodológicas.

Más difícil es la evaluación de las tendencias en los nuevos Estados miembros de la UE y en los países candidatos, dado el pequeño número de muertes notificadas y la introducción de mejoras en la capacidad de suministro de información que pueden reducir la comparabilidad de los datos a lo largo del tiempo. A pesar de estas dificultades, se observa un aumento de la tasa de mortalidad ligada a las muertes inducidas por drogas en Estonia y, en menor medida, en la República Checa, Hungría, Lituania, Croacia y Turquía.

Las razones que sustentan el mantenimiento del número de muertes inducidas por drogas notificadas son difíciles de explicar, especialmente a la luz de las indicaciones

⁽¹²³⁾ Véase el cuadro DRD-108 del boletín estadístico de 2012.

⁽¹²⁴⁾ Para información sobre las muertes relacionadas con drogas distintas de la heroína, véase el cuadro DRD-108 del boletín estadístico de 2012.

⁽¹²⁵⁾ Para más información sobre las nuevas sustancias y el sistema europeo de alerta rápida, véase el capítulo 8.

⁽¹²⁶⁾ Véanse los gráficos DRD-8 y DRD-11 del boletín estadístico de 2012.

de disminución del consumo por vía parenteral y del aumento del número de consumidores de opiáceos que inician tratamiento y se ponen en contacto con los servicios de reducción de daños. Algunas de las posibles explicaciones son el aumento de los niveles de politoxicomanía (OEDT, 2009b) o de conductas de alto riesgo, el aumento del número de consumidores de opiáceos reincidentes que abandonan la cárcel o el tratamiento, y el envejecimiento de la cohorte de consumidores de drogas más vulnerables.

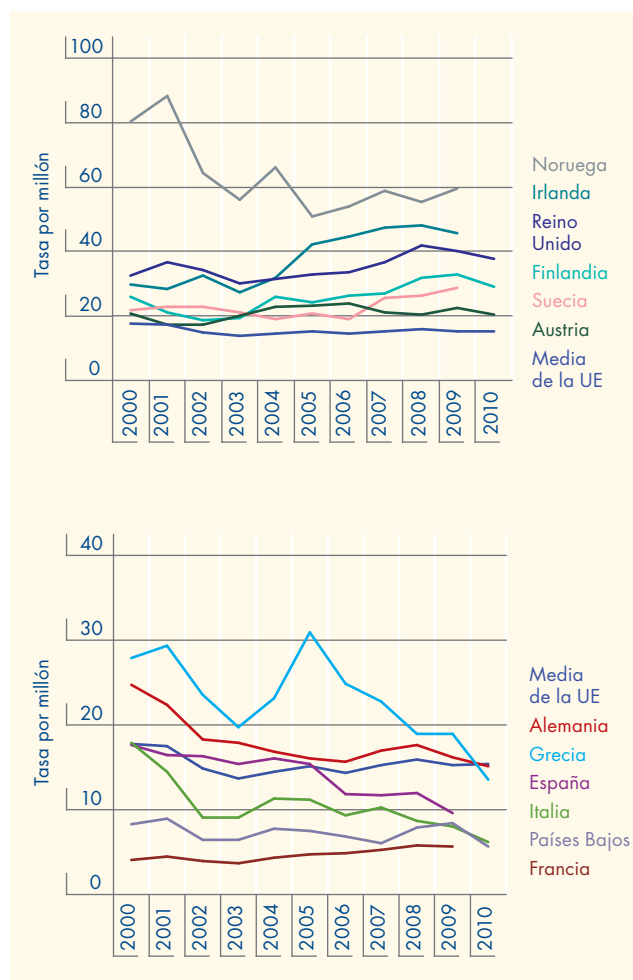
Muertes indirectamente relacionadas con el consumo de drogas

Tras combinar los datos de Eurostat y los de vigilancia del VIH/sida, el OEDT estimó que en 2009 se produjeron en la Unión Europea unas 1 830 muertes por VIH/sida atribuibles al consumo de drogas ⁽¹²⁷⁾, el 90 % de ellas en España, Francia, Italia y Portugal. Entre los países que presentaban tasas muy por encima de los demás, las tasas de mortalidad por VIH/sida atribuidas al consumo de drogas por vía parenteral disminuyeron en España, Italia y Portugal, pero aumentaron en Letonia y Lituania, en comparación con 2008. Los brotes recientemente notificados de casos de infección por el VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Grecia y Rumanía (OEDT y ECDC, 2012) requerirán una estrecha vigilancia en cuanto se refiere a la atención a los pacientes y a los niveles de las muertes relacionadas con el VIH/sida.

Otras enfermedades que son también responsables de una parte de las muertes ocurridas entre los consumidores de drogas son las enfermedades crónicas, como las que afectan al hígado, principalmente causadas por infección por hepatitis C (VHC) y con frecuencia agravadas por un consumo muy elevado de alcohol y coinfección por el VIH. Las consecuencias de la infección por el VHC pueden ser especialmente graves para los consumidores de drogas: según las pruebas existentes, el riesgo de muerte relacionada con las drogas puede estar entre ellos aumentado al doble y, en todo caso, ser elevado entre los de más edad (Merrall y otros, 2012). Las muertes causadas por otras enfermedades infecciosas son más raras. Causas de muerte entre los consumidores de drogas tales como el suicidio y los traumatismos, o el homicidio, han recibido mucha menos atención a pesar de las indicaciones de su considerable impacto en la mortalidad.

Mientras que la tendencia a largo plazo de la mortalidad relacionada con el VIH entre los consumidores de drogas está en descenso, en los últimos años se aprecian pocos signos de eso mismo en relación con otras causas de mortalidad, a pesar de la expansión del tratamiento,

Gráfico 19: Tendencias en las tasas de mortalidad en la población general por muertes inducidas por drogas en una selección de Estados miembros de la UE anteriores a 2004 y en Noruega: países con tasas por encima de la media de la UE en 2010 (arriba) y por debajo de la media de la UE (abajo)



N. B.: La media de la Unión Europea corresponde a los veintisiete Estados miembros de la Unión Europea y a Noruega. La cifra de 2010 es provisional, ya que se dispone de datos únicamente en veinte países. Se presentan los datos de Noruega y los Estados miembros anteriores a 2004 con más de cien muertes inducidas por drogas notificadas en el año más reciente.

en particular el de sustitución de opiáceos, y de otros servicios. Varios factores interrelacionados pueden ayudar a explicar este problema. Además de los citados anteriormente, específicamente los factores de riesgo de las muertes inducidas por drogas, hay que mencionar el consumo de alcohol y de otras drogas, los niveles elevados de mala salud, la comorbilidad; y la exclusión y marginación sociales. Si se quiere reducir en Europa el importante coste sanitario asociado al consumo de drogas, hay que seguir trabajando para conocer mejor y abordar los factores directos e indirectos asociados a la mortalidad entre los consumidores problemáticos de drogas.

⁽¹²⁷⁾ Véase el cuadro DRD-5 (parte iii) del boletín estadístico de 2012.

Reducción del número de muertes

La reducción de la pérdida de vidas provocada por el consumo de drogas es una prioridad fundamental de la política de la mayoría de los países europeos; en concreto, dieciséis de ellos han comunicado que ese es uno de los ejes de los documentos nacionales o regionales de formulación de políticas sobre las drogas, o que se contempla en algún plan de acción específico. En otros países europeos, como Austria y Noruega, el aumento de las muertes relacionadas con las drogas observado en el ejercicio anterior ha obligado a tomar conciencia de la necesidad de mejorar las respuestas.

El riesgo de mortalidad de los consumidores de drogas se reduce significativamente con el tratamiento farmacológico y, en este sentido, la buprenorfina es, debido a su mejor perfil de seguridad, la medicación recomendada para el mantenimiento de opiáceos en algunos países ⁽¹²⁸⁾. La combinación de buprenorfina y naloxona ⁽¹²⁹⁾ tiene la autorización de comercialización en la mitad de los países europeos ⁽¹³⁰⁾. No obstante, también se han identificado considerables riesgos de tolerancia para los consumidores de drogas que inician o que dejan el tratamiento. Según los estudios realizados, el riesgo de muerte inducida por drogas se eleva considerablemente en caso de recaída después del tratamiento o durante las dos semanas siguientes a la excarcelación.

Para reducir el riesgo de sobredosis entre los consumidores de drogas, otras intervenciones útiles, además de la mejora del acceso al tratamiento farmacológico, son la formación y el suministro de información sobre ese riesgo de sobredosis. La formación en materia de sobredosis, combinada con la administración a domicilio de naxolona, puede evitar las muertes por esta causa en el caso de los opiáceos. En 2011, dos tercios de los países europeos indicaron que el personal de las ambulancias había recibido formación sobre el uso de naxolona y algo más de la mitad señalaron que esos vehículos llevaban naloxona entre los fármacos de uso habitual. Únicamente Italia, Rumanía y el Reino Unido notificaron la existencia de programas de la Unión Europea de reducción de daños basados en la entrega de naloxona, para su administración a domicilio, a los consumidores de opiáceos y a sus familiares y cuidadores. Sigue habiendo barreras legales en otros

países, como Estonia, que tiene la tasa de mortalidad relacionada con las drogas más elevada entre los adultos (de 15 a 64 años de edad) en la Unión Europea. En todo caso, en el Reino Unido se ha demostrado que, con una formación mínima, los profesionales sanitarios, incluidos los que trabajan con el problema de las drogas, pueden ampliar sus conocimientos, capacidades y confianza para tratar las sobredosis de opiáceos y administrar naloxona (Mayet y otros, 2011).

La mayor parte de los países mencionan la distribución de información sobre el riesgo de sobredosis —a menudo en varias lenguas, para llegar a los inmigrantes— a través de organismos y sitios web especializados y, más recientemente, también mediante el envío de mensajes por teléfono y del correo electrónico. Entre 2008 y 2011, tres nuevos países comunicaron que contaban con una cobertura completa o amplia de materiales de información sobre los riesgos de sobredosis.

Puede requerirse atención y apoyo adicionales para atender las necesidades de grupos vulnerables de consumidores de droga, como el de los infectados por el VHC y el de las personas de más edad. La evaluación del riesgo de sobredosis por parte de personal sanitario o especializado en drogas debidamente formado puede facilitar la detección precoz de las personas de alto riesgo y actuar como catalizador de la reducción de daños. Aunque, según los expertos nacionales, los servicios de evaluación del riesgo de sobredosis únicamente pueden atender las necesidades de la mayoría de los consumidores de opiáceos en menos de la mitad de los países europeos, esto supone un aumento significativo (44 %) entre 2008 y 2011.

También contribuyen a reducir la morbilidad y la mortalidad intervenciones muy específicas, como los centros para la administración supervisada de drogas por vía parenteral, dirigidas a subgrupos concretos de consumidores de drogas muy marginados. En Dinamarca, una organización privada estableció en Copenhague en 2011 una sala móvil para la administración de drogas por vía parenteral en un entorno seguro y bajo supervisión médica ⁽¹³¹⁾. De manera similar a los servicios estacionarios de ese tipo existentes en Alemania, España, Luxemburgo, los Países Bajos y Noruega, este de Dinamarca está equipado para reducir el impacto de sobredosis no mortales.

⁽¹²⁸⁾ Véanse las directrices terapéuticas en el portal de buenas prácticas.

⁽¹²⁹⁾ La naloxona revierte los efectos de los opiáceos y es ampliamente utilizada en hospitales y en medicina de urgencia.

⁽¹³⁰⁾ Véase el cuadro HSR-1 del boletín estadístico de 2012.

⁽¹³¹⁾ Para más información, véase la página web Mobile Fixerum.

Capítulo 8

Nuevas drogas y tendencias emergentes

Introducción

En Europa y en todo el mundo, se presta una atención cada vez mayor en los círculos políticos, en los medios de comunicación y entre la población a las nuevas drogas y las nuevas pautas de consumo. Esta atención se ve alimentada por los cambios producidos en la tecnología de las comunicaciones, que influyen en todos los aspectos de la vida moderna, incluidos el carácter del mercado de drogas y la demanda de los consumidores. Sobre este telón de fondo rápidamente cambiante, el suministro de información oportuna y objetiva sobre las nuevas drogas y tendencias emergentes adquiere una importancia aún mayor. La respuesta europea a todo ello consiste en una red de alerta rápida que utiliza información procedente de diversas fuentes, desde los institutos forenses hasta los resultados de encuestas o la vigilancia a través de internet, pasando por los servicios de urgencia de los hospitales.

Actuación frente a las nuevas drogas

El sistema de alerta rápida de la Unión Europea ofrece un mecanismo de respuesta rápida a la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas en el panorama de las drogas. Después de una revisión del sistema en 2011, la Comisión Europea trabaja en un nuevo instrumento que sustituya a la Decisión 2005/387/JAI del Consejo ⁽¹³²⁾.

Nuevas sustancias psicotrópicas

Entre 2005 y 2011, se notificaron formalmente 164 nuevas sustancias psicotrópicas a través del sistema de alerta rápida. En 2011, por tercer año consecutivo, se detectó por primera vez en Europa un número sin precedentes de sustancias (49), frente a las 41 sustancias de 2010 y las 24 de 2009.

Este notable aumento del número de sustancias notificadas se produce en el contexto de una continua expansión del fenómeno de los «euforizantes legales» y refleja tanto el número de sustancias lanzadas en el mercado europeo de las drogas como la mejora de las capacidades de información de los sistemas de alerta rápida nacionales. La presencia de algunas de estas nuevas drogas en

el mercado se ha descubierto a partir de compras de prueba de tales «euforizantes legales» hechas por internet o en establecimientos especializados. En la mayoría de

El discurso sobre las nuevas drogas: ¿nuevas sustancias psicotrópicas o «euforizantes legales»?

Las nuevas drogas se definen con variados términos, y para aclarar las ideas pueden ser útiles las definiciones que usa el OEDT y que se describen a continuación.

En el sistema de alerta rápida de la Unión Europea, se define como nueva sustancia psicotrópica un nuevo estupefaciente que no figura en los convenios de control de los estupefacientes de 1961 y 1971 de las Naciones Unidas y que puede suponer una amenaza para la salud pública equivalente a la de las sustancias recogidas en ellos ⁽¹⁾.

El término «droga de diseño» empezó a usarse en el decenio de 1980, al aparecer los compuestos de «éxtasis» (MDMA y otros) en el mercado de drogas ilegales. Se aplica a las sustancias psicotrópicas no reguladas destinadas a imitar los efectos de las drogas controladas pero modificando ligeramente su estructura química para soslayar los controles existentes. El término remite a la fabricación habitual de estas sustancias a partir de precursores químicos en un laboratorio clandestino.

El OEDT usa el término «euforizantes legales» para referirse globalmente a las sustancias psicotrópicas no reguladas o a los productos que afirman contenerlas y que se destinen específicamente a imitar los efectos de las drogas controladas. El término abarca una amplia gama de sustancias sintéticas y derivadas de plantas que se venden normalmente por internet o en tiendas especializadas (*smart shops* o *head shops*). La descripción de estas sustancias como «legales» puede ser incorrecta o engañosa: algunos productos pueden contener sustancias reguladas por la legislación sobre drogas, mientras que otros estarán regulados por la legislación sobre medicamentos o de seguridad alimentaria (OEDT, 2011a).

Otro término utilizado es el de «hierbas euforizantes», que subraya su pretendido origen natural.

Para eludir la aplicación de la normativa de protección del consumidor y de comercialización, algunas nuevas sustancias psicotrópicas se venden con etiquetas referidas a variados tipos de productos, como «productos químicos de investigación», «sales de baño» o «alimentos vegetales».

⁽¹⁾ La Decisión 2005/387/JAI del Consejo incluye una definición jurídicamente vinculante de las sustancias que regula.

⁽¹³²⁾ Decisión 2005/387/JAI del Consejo relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DO L 127 de 20.5.2005).

los casos, sin embargo, se ha detectado tras el análisis forense de las incautaciones. Ni en 2010 ni en 2011 se notificó ninguna primera identificación de estas sustancias en muestras biológicas (sangre, orina), mientras que en 2009 una cuarta parte de las identificaciones se había hecho por esa vía.

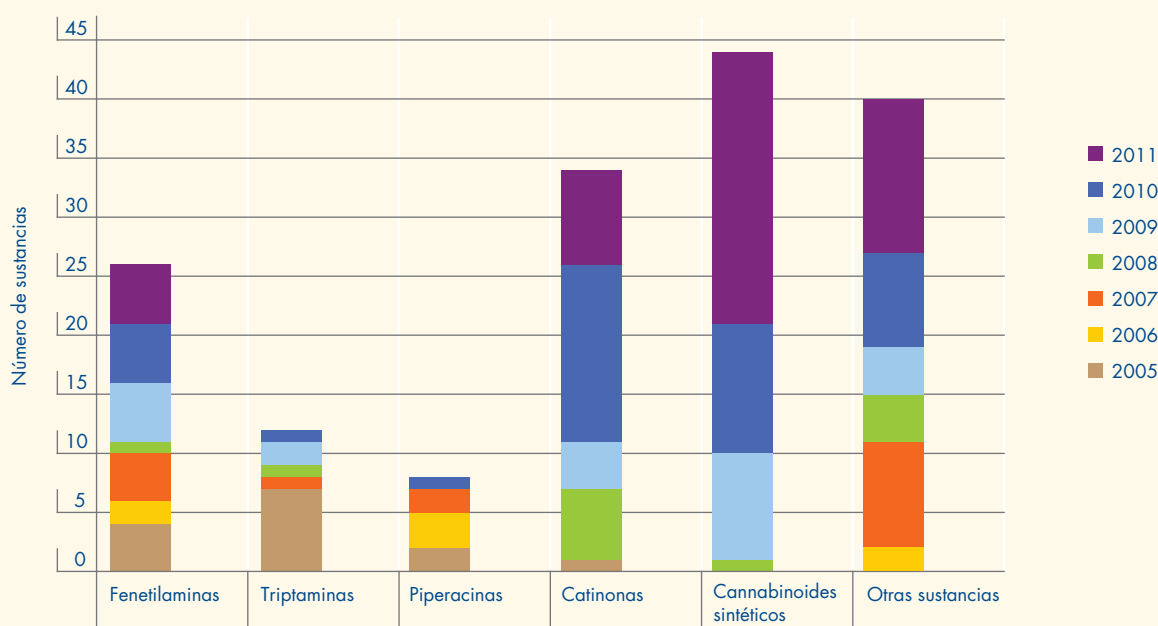
Como en 2010, dos tercios de las nuevas sustancias notificadas en 2011 eran cannabinoides sintéticos o catinonas sintéticas; estos dos grupos representan también dos tercios del total de nuevas sustancias notificadas al sistema de alerta rápida desde 2005 (OEDT y Europol, 2011). Los cannabinoides sintéticos son el grupo más numeroso de los seis que se supervisan (véase el gráfico 20). Se supervisan también varios medicamentos (por ejemplo, fenazepam y etizolam), metabolitos o precursores de fármacos (5-hidroxitriptófano) y sustancias a base de medicamentos (por ejemplo, canfetamina, un derivado de fencanfamina). Un ejemplo es el de la metoxetamina, un derivado de la ketamina notificado en 2010 y supervisado activamente por el sistema de alerta rápida, cuya toxicidad aguda (Wood y otros, 2012a) y crónica es similar a la observada con la ketamina.

Producción y suministro de nuevas drogas

Se ha informado de que la mayoría de las nuevas sustancias psicotrópicas que se mueven en el mercado europeo de drogas ilegales se sintetizan fuera de Europa, siendo China y, en menor medida, la India los principales países de origen. Las fuerzas de seguridad europeas han descubierto distintos centros relacionados con su importación, mezcla y envasado. Se ha comprobado la participación de la delincuencia organizada en las actividades de elaboración de comprimidos y de comercialización de estas sustancias, que se venden principalmente como «euforizantes legales» por internet y en tiendas especializadas. En algunos casos, sin embargo, se venden como drogas ilegales tales como el «éxtasis», usando logotipos asociados generalmente a este tipo de droga.

La participación de las fuerzas de seguridad europeas en asuntos transnacionales relacionados con el tráfico, la mezcla y el envasado de nuevas sustancias psicotrópicas ha aumentado en los últimos años. Tras una serie de investigaciones sobre la mefedrona, se descubrió que la droga se fabricaba en gran parte en China y solía introducirse en países europeos en los que se controlaba

Gráfico 20: Principales grupos de sustancias psicotrópicas identificadas a través del sistema de alerta rápida desde 2005



N. B.: Número de nuevas sustancias psicotrópicas notificadas a través del sistema europeo de alerta rápida con arreglo a la Decisión 2005/387/JAI del Consejo. Véanse los perfiles de los fármacos que ofrece el OEDT en línea para obtener más información sobre las fenetilaminas, las triptaminas, las piperacinas, las catinonas y los cannabinoides sintéticos. La categoría «otras sustancias» incluye diversas sustancias psicotrópicas derivadas de plantas y sintéticas que no pertenecen estrictamente a ninguna de las otras familias químicas y un pequeño número de medicamentos y derivados.

Fuente: Sistema de alerta rápida.

a través de un tercer país en el que no estaba presente (Europol). Se han notificado incautaciones menores, principalmente de catinonas y cannabinoides sintéticos, en Alemania, Estonia y Hungría, así como en Dinamarca, en relación con la mCPP⁽¹³³⁾. Se han comunicado incautaciones mayores, referidas sobre todo a nuevas sustancias psicotrópicas no especificadas, en Letonia (alrededor de 5 kg) y en España (96 kg en una tienda), así como una incautación de más de 20 kg de mefedrona originaria de la India en la República Checa. Se han localizado o desmantelado instalaciones de producción en Irlanda, Bélgica, Polonia (5 kg de mefedrona) y los Países Bajos, donde se aprehendieron en una tienda 150 kg de polvo blanco y unos 20 000 envases con varios cannabinoides sintéticos.

Se han aprehendido ocasionalmente sustancias, vendidas como «alimentos vegetales» o «productos químicos en investigación», que contenían drogas controladas, en particular catinonas y piperacinas. A título de ejemplo, se ha detectado PMMA, que supone claramente una amenaza para los consumidores, en productos que se vendían como «euforizantes legales» (OEDT y Europol, 2011; Sedefov y otros, 2011). En un reciente informe del Reino Unido se indica que el 19 % de las compras de prueba por internet de muestras anunciadas en venta como «euforizantes legales» contenían una sustancia controlada, mientras que el 22 % contenían piperacinas, el 20 % catinonas y el 18 % cannabinoides sintéticos (Serious Organised Crime Agency, 2011). Con todo, no está claro hasta dónde llega la intervención de la delincuencia organizada en el comercio de nuevas sustancias. En la actualidad, el mercado parece impulsado en gran medida por empresarios oportunistas que se aprovechan de internet para el *marketing* y venta de sus productos.

Disponibilidad de internet

La disponibilidad en línea de «euforizantes legales» es objeto de vigilancia periódica por el OEDT mediante la realización de estudios específicos por internet (instantáneas) (véase OEDT 2011a). La instantánea más reciente es la realizada en enero de 2012, utilizando veinte de las veintitrés lenguas oficiales de la UE, así como el noruego, el ruso y el ucraniano⁽¹³⁴⁾.

El número de tiendas en línea que ofrecen a los clientes al menos en un Estado miembro de la UE sustancias psicotrópicas o productos que puedan contenerlas ha experimentado un continuo aumento. En la instantánea de

enero de 2012 se identificaron 693, frente a 314 en enero de 2011 y 170 en enero de 2010.

Tres productos naturales —*kratom*, salvia y hongos alucinógenos— siguen siendo los «euforizantes legales» que con más frecuencia se ofrecen en línea, seguidos de ocho sustancias sintéticas cuya disponibilidad aumentó en el curso de 2011 (cuadro 10). En la instantánea de 2012 se apreció un notable aumento de la disponibilidad de diferentes catinonas sintéticas, lo que puede sugerir una búsqueda constante, por parte de los operadores en línea, de productos para sustituir a la mefedrona. Esta última sigue disponible en línea y parece recuperarse después de un importante descenso de la disponibilidad entre marzo de 2010 y julio de 2011, período en el que pasó a ser controlada por un número cada vez mayor de Estados miembros (OEDT, 2011a). En 2012 se identificaron productos «tipo *spice*» en veintiuna tiendas en línea, lo que representa una considerable reducción respecto a las cincuenta y cinco tiendas de 2009.

Internet es un mercado mundial, y las tiendas en línea que venden nuevas sustancias parecen tener su origen en muchos países. Eso no significa, sin embargo, que el comportamiento y las preferencias del mercado sean mundiales, ya que muchas líneas de productos parecen destinadas a mercados geográficos específicos. Por

Cuadro 10: Las diez nuevas sustancias psicotrópicas o «euforizantes legales» ofrecidas a la venta con mayor frecuencia en las tiendas en línea encuestadas en 2011 y 2012

	Número de tiendas en línea que ofrecen el producto		
	Enero de 2012	Julio de 2011	Enero de 2011
<i>Kratom</i> (natural)	179	128	92
Salvia (natural)	134	110	72
Hongos alucinógenos (natural)	95	72	44
Metoxetamina (ariliciclohexilamina)	68	58	14
MDAI (aminoindano)	65	61	45
6-APB (benzofuran)	54	49	35
MDPV (catinona)	44	32	25
4-MEC (catinona)	43	32	11
Metiopropamina (tiofeno)	39	28	5
5-IAI (aminoindano)	38	27	25

Fuente: OEDT.

⁽¹³³⁾ 1-(3-clorofenil)piperazina.

⁽¹³⁴⁾ Los términos de búsqueda fueron «euforizantes legales» «hierbas euforizantes» (*spice*, *kratom* y salvia), GBL (gamma-butirolactona), hongos alucinógenos, mefedrona y sustancias relacionadas con pipradrol: 2-DPMP (desoxipipradrol), desoxi-D2PM (2- (difenilmetil)pirrolidina) y D2PM (difenilprolinol).

ejemplo, el producto Kronic se vende casi exclusivamente a través de operadores con sede en Australia y en Nueva Zelanda.

Aun cuando estos datos puedan dar indicaciones sobre la oferta en línea de «euforizantes legales», no se dispone de información sobre las ventas reales. Para calibrar los niveles de consumo de nuevas sustancias psicotrópicas en Europa, ya se adquieran a través de internet o por otros medios, deben examinarse los datos disponibles sobre prevalencia del consumo.

Prevalencia

Los datos sobre prevalencia de las nuevas sustancias psicotrópicas son escasos y a menudo adolecen de limitaciones metodológicas, tales como la falta

Muestras anónimas acumuladas de orina: una fuente objetiva de información sobre el consumo de drogas

Con los nuevos métodos de identificación y medición del consumo de drogas en la población basados en el análisis de aguas residuales pueden superarse algunas de las limitaciones de las encuestas de población. La fiabilidad de los datos basados en la notificación del consumo de drogas por los propios consumidores puede verse afectada por las variaciones existentes en el contenido de las mismas. Así ocurre especialmente en el caso de las drogas sintéticas y de las nuevas sustancias psicotrópicas, en las que es posible que el consumidor no sepa qué sustancia consume. Ahora bien, así como se ha utilizado el análisis de aguas residuales de las depuradoras para determinar el consumo poblacional de drogas ilegales como la MDMA y la cocaína, esta técnica es problemática en relación con las nuevas sustancias psicotrópicas, dado lo poco que se sabe sobre su metabolismo y estabilidad.

En 2011 se realizó un estudio piloto para examinar la viabilidad del uso de la orina acumulada para identificar las drogas que se consumían en los centros nocturnos de Londres (Archer y otros, 2012). En él se detectaron drogas ilegales establecidas como nuevas sustancias psicotrópicas, tales como mefedrona, TFMPP (3- trifluorometilfenilpiperazina) y 2-IA (2-aminoindano). Las drogas presentes en las concentraciones más altas eran mefedrona, ketamina y MDMA. Además de precursores, se detectaron metabolitos.

El estudio demuestra la viabilidad del uso de muestras acumuladas de orina para identificar el consumo de drogas en locales nocturnos. Esta metodología permite conseguir datos objetivos sobre el consumo de drogas en los entornos mencionados y en particular para la detección de nuevas sustancias psicotrópicas.

de definiciones comunes y el uso de muestras autoseleccionadas o no representativas. En 2011 se realizaron por primera vez estudios nacionales representativos sobre la prevalencia de «euforizantes legales» y de nuevas sustancias psicotrópicas en la población general (Irlanda, el Reino Unido) y entre los estudiantes (España). Los resultados indican que los niveles de prevalencia son generalmente bajos, si bien puede haber posibilidades de una rápida expansión de su uso en ciertas subpoblaciones.

También en 2011, una encuesta europea de actitudes de los jóvenes, para la que se entrevistó a más de 12 000 jóvenes (de 15 a 24 años), estimó que el 5 % de los jóvenes europeos habían consumido alguna vez «euforizantes legales», estando comprendidos la mitad de los países en la gama del 3 % al 5 %. La estimación más alta fue la de Irlanda (16 %), seguida de la de Letonia, Polonia y el Reino Unido (todas próximas al 10 %) (Gallup, 2011).

En España, la encuesta nacional de 2010 sobre consumo de drogas entre estudiantes de enseñanza secundarias de 14 a 18 años incluyó un módulo especial sobre las drogas emergentes. Las nueve sustancias que se estudiaron fueron la ketamina, el *spice*, las piperacinas, la mefedrona, el nexus (2C-B), la metanfetamina, las «setas mágicas», los «productos químicos en investigación» y los «euforizantes legales». En conjunto, declararon haber tomado a lo largo de la vida una o más de estas drogas el 3,5 % de los estudiantes (el 2,5 % durante el último año). Los niveles de consumo de *spice* fueron bajos: el 1,1 % a lo largo de la vida y el 0,8 % durante el último año. También el consumo de mefedrona fue bajo (el 0,4 % a lo largo de la vida).

La mefedrona y los «euforizantes legales» se incluyeron por primera vez en una encuesta conjunta de hogares en Irlanda e Irlanda del Norte (el Reino Unido) realizada en 2010-11, una vez que se puso la mefedrona bajo control (NACD y PHIRB, 2011). La muestra comprendía unas 7 500 personas de 16 a 64 años. En Irlanda del Norte, la prevalencia del consumo a lo largo de la vida resultó ser del 2 % y la del consumo durante el último año del 1 %, tanto en el caso de la mefedrona como de los «euforizantes legales» ⁽¹³⁵⁾. Los niveles fueron más altos entre los jóvenes de 15 a 24 años, en los que llegaron al 6 % en ambos casos. En Irlanda, las nuevas sustancias psicotrópicas (consumo durante el último año, 4 %) fueron la segunda droga notificada con más frecuencia, tras el cannabis (6 %). Los niveles más elevados de su consumo durante el último año se dieron en los entrevistados de 15 a 24 años (10 %).

⁽¹³⁵⁾ En Irlanda del Norte se incluyen en la categoría de «euforizantes legales» las píldoras para fiestas, las hierbas euforizantes, los polvos para fiestas, el *kratom* y la *Salvia divinorum*, mientras que en Irlanda se incluyen también las mezclas o incienso para fumar hierbas, las sales de baño, los alimentos vegetales u otros polvos, la menta mágica, la menta divina o Sally D, y las demás nuevas sustancias psicotrópicas mencionadas por el informante.

Los resultados de la Encuesta británica sobre la delincuencia de 2010-11 (Smith y Flatley, 2011) muestran que, en la población general (de 16 a 59 años) de Inglaterra y Gales, el consumo de mefedrona durante el último año (1,4 %) estuvo a un nivel similar al del éxtasis. Entre el grupo de 16 a 24 años, esa misma prevalencia fue igual a la de polvo de cocaína (4,4 %). La mayoría de quienes declararon haber consumido mefedrona durante el último año declararon haber tomado también otras drogas ilegales (principalmente cannabis, cocaína o éxtasis). Para comprender la significación de estos resultados conviene advertir, en todo caso, que los datos recogidos abarcan un período en el que se sucedieron una fase de prohibición y otra de autorización de la mefedrona.

Se ha realizado un pequeño número de encuestas y estudios por internet con muestras de conveniencia autoseleccionadas para supervisar el consumo y la disponibilidad de las nuevas sustancias psicotrópicas. Una encuesta en línea sobre «euforizantes legales» realizada entre 860 personas con experiencia en este tema en Alemania reveló que las mezclas de hierbas eran los productos más consumidos, seguidos de los «productos químicos de investigación» y las «sales de baño» y productos similares. Del mismo modo, un estudio efectuado en locales nocturnos en la República Checa comprobó que las sustancias de origen vegetal eran las que se consumían con más frecuencia, de suerte que, por ejemplo, el 23 % de los 1 099 encuestados declararon haber consumido *Salvia divinorum*. También en la República Checa, el 4,5 % de los integrantes de una muestra por internet de 1 091 consumidores (15 a 34 años) declararon haber consumido alguna nueva sustancia psicotrópica.

Otros estudios se centran en el consumo de un único tipo de sustancias, como *spice*, BZP o mefedrona. En 2011, la encuesta escolar anual Monitoring the Future de los Estados Unidos informó por primera vez sobre la prevalencia del consumo de cannabinoides sintéticos entre los jóvenes. Entre los alumnos del último grado de la *high school*, algo más del 11 % habían consumido durante el último año productos que contenían cannabinoides sintéticos (*spice* y K2).

La ronda de 2011 de una encuesta en línea sobre el consumo de drogas para la revista para discotequeros Mixmag y el periódico *The Guardian* (Mixmag, 2012), basada en anteriores encuestas de Mixmag (OEDT, 2009a, 2010a), recogió 15 500 respuestas, procedentes principalmente del Reino Unido pero también del resto del mundo. En 2010-11, los niveles declarados de consumo de

mefedrona durante el último año y durante el último mes fueron tres veces superiores entre los discotequeros (30 % y 13 %) que entre los no discotequeros (10 % y 3 %) (Mixmag, 2012). Evidentemente, los datos de muestras autoseleccionadas como esta no pueden considerarse representativos en modo alguno; con todo, ofrecen una interesante visión del consumo de drogas entre quienes responden a ellas.

Respuestas a las nuevas drogas

En toda Europa empiezan a adoptarse medidas para reducir tanto la demanda como la oferta de nuevas sustancias psicotrópicas. Distintos Estados miembros han emprendido iniciativas para mejorar y acelerar sus respuestas legislativas a esas nuevas sustancias, los productos que las contienen y los servicios que las venden (véase el capítulo 1).

En 2011, el Primer foro internacional multidisciplinar sobre las nuevas drogas puso de relieve la necesidad de reforzar respuestas de reducción de la demanda al

Estimación de la psicoactividad

Dado el número cada vez mayor de nuevas sustancias notificadas al sistema de alerta rápida de la UE, es importante establecer en una fase temprana si esas sustancias poseen propiedades psicoactivas. Actualmente se examina la posible utilización de métodos de bajo coste para la predicción de las propiedades de nuevas drogas (toxicidad, farmacología, psicoactividad), sin necesidad de realizar estudios experimentales en animales o seres humanos.

Una de las técnicas en estudio es la elaboración de modelos matemáticos para predecir el comportamiento de las nuevas sustancias. Se basa en el «principio de similitud», que supone que las moléculas con estructuras químicas estrechamente relacionadas poseen propiedades y actividad psicoquímicas similares. De este modo, los conocimientos adquiridos sobre una sustancia conocida se usan para predecir los efectos de otra desconocida.

La posibilidad de predecir el mecanismo de acción de nuevos compuestos, de los que se sabe poco, parece prometedor. En un reciente estudio, se evaluó el potencial psicoactivo del fármaco ostarina utilizando métodos computacionales (Mohd-Fauzi y Bender, 2012). El análisis comprendió dos fases: en la primera se predijo si era probable que el fármaco se dirigiera como objetivo contra proteínas cuyos efectos psicoactivos son conocidos; en la segunda se examinó la probabilidad de que la sustancia llegara al sistema nervioso central. Los resultados del estudio indican que la ostarina tiene escasas probabilidades de causar efectos psicoactivos en el ser humano.

respecto que incluyan la prevención, la reducción de los daños y el tratamiento. Sin embargo, la existencia de una amplia gama de compuestos con distintos contenidos y calidades complica la emisión de mensajes claros de prevención o de reducción de daños.

En el Reino Unido, se facilita información sobre los «euforizantes legales», sobre la ayuda de urgencia al respecto y sobre el tratamiento farmacológico a través del servicio en línea «Talk to Frank»; en Irlanda, está en circulación desde 2010 información de carácter preventivo y de reducción de daños sobre las nuevas drogas.

En Polonia, la Oficina Nacional de Prevención de la Toxicomanía ha desarrollado y aplicado desde 2008 tres campañas de prevención: una campaña basada en internet en la que informó sobre las posibles consecuencias y amenazas del consumo de «euforizantes legales», una serie de reuniones entre padres y representantes escolares en las que se facilitó información sobre nuevas sustancias psicotrópicas e intervinieron asesores o profesores como mediadores, y un programa universal de prevención dirigido a la población escolar de 15 a 18 años aplicado por profesores y asesores escolares.

El proyecto de la Red Europea de Drogas Recreativas (ReDNet) es un estudio de investigación multicéntrico dirigido a mejorar el nivel de información a disposición de los jóvenes (de 16 a 24 años) y de los profesionales sobre los efectos de estas nuevas drogas y los posibles

riesgos para la salud asociados a su consumo. En él se hace uso de varias tecnologías innovadoras de comunicación de la información para la difusión de información libre de prejuicios a los grupos objetivo.

Se necesita comprender mejor las posibles consecuencias agudas y crónicas para la salud derivadas del consumo nuevas sustancias. Se requiere, desde luego, atención médica para los casos de toxicidad aguda, pero también se precisa formación específica sobre el tratamiento médico de quienes se sienten indispuestos en un entorno recreativo y orientación sobre los casos en que debe llamarse a los servicios de urgencia prehospitalarios. En todo caso, dada las semejanzas con las anfetaminas y con la MDMA, es probable que las estrategias afines a las respuestas que se ofrecen para tratar estas drogas mejor conocidas sean también útiles para los consumidores de ciertos tipos de nuevas sustancias psicotrópicas.

El tratamiento de quienes han consumido estas nuevas drogas y piden ayuda formal es principalmente de apoyo, y existe información limitada sobre el tratamiento psicosocial adecuado para ellos. En el Reino Unido se ha abierto con carácter piloto una clínica multidisciplinar especializada para consumidores de «drogas de discoteca», incluidos los «euforizantes legales», que ofrece entre su gama de respuestas las intervenciones breves, el tratamiento farmacológico y el apoyo asistencial planificado, y que ha demostrado buenas cifras de retención de pacientes y buenos resultados.





Bibliografía ⁽¹³⁶⁾

- Aaron, S., McMahon, J. M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., y otros (2008): «Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence», *Clinical Infectious Diseases* 47, pp. 931-4.
- ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2010): *Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, London (disponible en línea).
- AIHW (Australian Institute of Health and Welfare) (2011): *2010 National Drug Strategy Household Survey report*. Drug statistics series n.º 25, AIHW, Canberra.
- Allen, G. (2011): *Early intervention: the next steps*, Independent Report, Her Majesty's Government, London (disponible en línea).
- Amato, L., Ferri, M., Minozzi, S., Schifano, P., y Davoli, M. (en prensa): «Acceptability, efficacy and safety of pharmacological treatment of cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., y Vecchi, S. (2011): «Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10), p. CD004147.
- Archer, J., Dargan, P., Rintoul-Hoad, S., Hudson, S., y Wood, D. (2012): «Nightclub urinals: a novel and reliable way of knowing what drugs are being used in nightclubs», *British Journal of Clinical Pharmacology* 73, p. 985.
- Asbridge, M., Hayden, J. A., y Cartwright, J. L. (2012): «Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis», *BMJ* 344, p. e536.
- Bellerose, D., Carew, A. M., y Lyons, S. (2011): *Trends in treated problem drug use in Ireland 2005 to 2010*, HRB Trends Series 12 (disponible en línea).
- Berkowitz, B., y Spector, S. (1972): «Evidence for active immunity to morphine in mice», *Science* 178, pp. 1290-2.
- Bretteville-Jensen, A. L., y Skretting, A. (2010): «Heroin smoking and heroin using trends in Norway: a study among recreational and heavy drug users», *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 27, pp. 5-16.
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J., y otros (2009): «Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain», *European Addiction Research* 15, pp. 171-8.
- CADUMS (2010): *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada, Controlled Substances and Tobacco Directorate (disponible en línea).
- Calabria, B., Degenhardt, L., Briegleb, C., Vos, T., Hall, W., y otros (2010): «Systematic review of prospective studies investigating «remission» from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence», *Addictive Behaviors* 35, pp. 741-9.
- Calafat, A., Blay, N., Juan, M., Adrover, D., Bellis, M. A., y otros (2009): «Traffic risk behaviours at nightlife: drinking, taking drugs, driving and use of public transport by young people», *Traffic Injury Prevention* 10, 162-9.
- CDC (2009): «Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2009», *HIV Surveillance Report* 21, Table 1a, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (disponible en línea).
- Comisión Europea, Dirección General de Fiscalidad y Unión Aduanera, Dirección General de Empresa e Industria (2011): *EU summary report on drug precursors 2011: statistics from 2010* (disponible en línea).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M., y otros (2008): *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (disponible en línea).
- Consejo de la Unión Europea (2009): Council Decision on setting up the standing committee on operational cooperation on internal security, 16515/09.
- Consejo Europeo (2010): *Internal security strategy for the European Union: towards a European security model*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- Day, E., y Strang, J. (2011): «Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial», *Journal of Substance Abuse Treatment* 40, pp. 56-66.
- De Maeyer J., Vanderplasschen, W. and Broekaert, E. (2010): «Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature», *International Journal of Drug Policy* 21, pp. 364-80.

⁽¹³⁶⁾ La versión en PDF del informe anual contiene hipervínculos con otras fuentes y está disponible en el sitio web del OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>).

- Derzon, J. H. (2007): «Using correlational evidence to select youth for prevention programming», *Journal of Primary Prevention* 28, pp. 421-47.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C., y Purchase, D. (2009): «Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States», *Addiction* 104, pp. 1441-6.
- Dvorsek, A. (2006): «Relations between criminal investigation strategy and police management», *Revija Varstvoslovje-Journal of Criminal Justice and Security* 8 (3/4), pp. 235-42.
- ECDC y OEDT (2011): *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*, ECDC y OEDT Joint guidance, Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, Estocolmo (disponible en línea).
- ECDC y Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (2011): *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*, Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, Estocolmo (disponible en línea).
- Escot, S., y Suderie, G. (2009): *Usages problematiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?* Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Eurojust (2012): *Strategic project on enhancing the work of Eurojust in drug trafficking cases — final results*, Eurojust, La Haya (disponible en línea).
- Foley, K., Pallas, D., Forcehimes, A. A., Houck, J. M., Bogenschutz, M. P., y otros (2010): «Effect of job skills training on employment and job seeking behaviors in an American Indian substance abuse treatment sample», *Journal of Vocational Rehabilitation* 33, pp. 181-92.
- Fox, B. S., Kantak, K. M., Edwards, M. A., Black, K. M., Bollinger, B. K., y otros (1996): «Efficacy of a therapeutic cocaine vaccine in rodent models», *Nature Medicine* 2, pp. 1129-32.
- Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsy, M., Furr-Holden, C. D., Stastna, L., y Jurystova, L. (2012): «Unplugged: a school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic», *Drug and Alcohol Dependence* (disponible en línea).
- Gallup Organisation (2011): *Youth attitudes on drugs*, Flash Eurobarometer 330 (disponible en línea).
- Hall, W., y Degenhardt, L. (2009): «Adverse health effects of non-medical cannabis use», *Lancet* 374, pp. 1383-91.
- Hatsukami, D. K., Rennard, S., Jorenby, D., Fiore, M., Koopmeiners, J., y otros (2005): «Safety and immunogenicity of a nicotine conjugate vaccine in current smokers», *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 78, pp. 456-7.
- Hellard, M., Sacks-Davis, R., y Gold, J. (2009): «Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence», *Clinical Infectious Diseases* 49, pp. 561-73.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E., y Liddle, H. A. (2010): «Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(6), pp. 885-97.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., y Kraus, L. (2012): *The 2011 ESPAD report: Substance use among students in 36 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Estocolmo, Suecia.
- Hoare, J., y Moon, D. (eds) (2010): «Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey», *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (disponible en línea).
- Hope, V. D., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., y White, J. (2012): «A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation», *American Journal of Public Health* 102, pp. 122-5.
- HPA (Health Protection Agency) (2011): *Hepatitis C in the UK 2011*, Health Protection Agency, Londres (disponible en línea).
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L., de Lacerda, R. B., y otros (2011): «A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries», *Addiction* 107, pp. 957-66.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2012a): *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Naciones Unidas, Nueva York (disponible en línea).
- INCB (International Narcotics Control Board) (2012b): *Report of the International Narcotics Control Board for 2011*, Naciones Unidas, Nueva York (disponible en línea).
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., y Schulenberg, J. E. (2012): *Monitoring the future: national survey results on drug use, 1975-2011, Volume I, Secondary school students*, Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor (disponible en línea).
- Jones, L., Bates, G., Bellis, M., Beynon, C., Duffy, P., y otros (2011): *A summary of the health harms of drugs*, Department of Health (disponible en línea).
- Karila, L., Weinstein, A., Aubin, H. J., Benyamina, A., Reynaud, M., y Batki, S. L. (2010): «Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review», *British Journal of Clinical Pharmacology* 69, pp. 578-92.
- Kirby, S., Quinn, A., y Keay, S. (2010): «Intelligence-led and traditional policing approaches to open drug markets: a comparison of offenders», *Drugs and Alcohol Today* 10, pp. 13-9.
- Lee, N. K., y Rawson, R. A. (2008): «A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence», *Drug and Alcohol Review* 27, pp. 309-17.

- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., y Greenbaum, P. E. (2009): «Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, pp. 12-25.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S., y White, J. M. (2010): «Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence», *Addiction* 105, pp. 146-54.
- Martell, B. A., Mitchell, E., Poling, J., Gonsai, K., y Kosten, T. R. (2005): «Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence», *Biological Psychiatry* 58, pp. 158-64.
- Martin, N. K., Vickerman, P., Foster, G. R., Hutchinson, S. J., Goldberg, D. J., y Hickman, M. (2011): «Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility», *Journal of Hepatology* 54, pp. 1137-44.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., y otros (2010): «HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage», *Lancet* 375, pp. 1014-28.
- Mayet, S., Manning, V., Williams, A., Loaring, J., y Strang, J. (2011): «Impact of training for healthcare professionals on how to manage an opioid overdose with naloxone: effective, but dissemination is challenging», *International Journal of Drug Policy* 22, pp. 9-15.
- McIntosh, J., Bloor, M., y Robertson, M. (2008): «Drug treatment and the achievement of paid employment», *Addiction Research and Theory* 16, pp. 37-45.
- Mena, G., Giraudon, I., Álvares, E., Corkery, J., Matias, J. *et al.* (in press): «Cocaine-related health emergencies in Europe: A review of sources of information, prevalence and implications for service development», *European Addiction Research*.
- Merrall, E. L., Bird, S. M., y Hutchinson, S. J. (2012): «Mortality of those who attended drug services in Scotland 1996-2006: record-linkage study», *International Journal of Drug Policy* 23, pp. 24-32.
- Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U., y Verster, A. (2011): «Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), p. CD001333.
- Mixmag (2012): *Mixmag-Guardian drugs survey* (disponible en línea).
- Mohd-Fauzi, F., y Bender, A. (2012): *Computational analysis of the possibility of ostarine eliciting psychoactive effects*, Universidad de Cambridge (disponible en línea).
- NACD y PHIRB (National Advisory Committee on Drugs and Public Health Information and Research Branch) (2011): *Drug use in Ireland and Northern Ireland: first results from the 2010/11 drug prevalence survey* (disponible en línea).
- OEDT (2007a): *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías) (2007b): *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2008): *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monografía 8, Volumen II, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2009a): *Informe anual 2009: el problema de la drogodependencia en Europa*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2009b): *Polydrug use: patterns and responses*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2010a): *Informe anual 2010: el problema de la drogodependencia en Europa*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2010b): *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monografía, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2010c): *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2010d): *Treatment and care for older drug users*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo (disponible en línea).
- OEDT (2010e): *Trends in injecting drug use in Europe*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo (disponible en línea).
- OEDT (2011a): *Informe anual 2011: el problema de la drogodependencia en Europa*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2011b): *European drug prevention quality standards*, Manual, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2011c): *Mortality related to drug use in Europe: public health implications*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo (disponible en línea).
- OEDT (2011d): *Responding to new psychoactive substances*, Drugs in focus 22, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2012a): *Cannabis production and markets in Europe*, Insight, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2012b): *Social reintegration and reduction of social exclusion of drug users: improving labour market participation of drug users in treatment*, Insight, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

OEDT (2012c): *Technical report on assistance to EMCDDA to analyse recent European trends on heroin use by using existing indirect indicator data, notably treatment demand data and other indicators* (CT.10.EPI.070.1.0), OEDT, Lisboa (disponible en línea).

OEDT y ECDC (2012): *Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment: HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo (disponible en línea).

OEDT y Europol (2010): *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, OEDT — Europol joint publications, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

OEDT y Europol (2011): *OEDT — Europol 2011 annual report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA* (disponible en línea).

OMS (2009): *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2010): *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 report*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2011): *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

ONUDD (2009): *World drug report 2009*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.

ONUDD (2010): *World drug report 2010*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.

ONUDD (2011a): *Afghanistan cannabis survey 2010*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Gobierno de Afganistán.

ONUDD (2011b): *World drug report 2011*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.

ONUDD (2012): *World drug report 2012*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.

Ouwehand, A., Wisselink, D. J., Kuijpers, W., van Delden, E. B., y Mol, A. (2011): *Key figures: addiction care 2010*, National Alcohol and Drugs Information System, Houten, Países Bajos.

Polosa, R., y Benowitz, N. L. (2011): «Treatment of nicotine addiction: present therapeutic options and pipeline developments», *Trends in Pharmacological Sciences* 32, pp. 281-9.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., Matali, J. L., Bruguera, E., y otros (2004): «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, pp. 147-55.

Rand Europe (2012): *Assessment of the implementation of the EU drugs strategy 2005-2012 and its action plans*, Technical report, Rand Corporation, Cambridge, Reino Unido.

Reynaud-Maurupt, C., y Hoareau, E. (2010): *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»*, Trends, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Saint-Denis (disponible en línea).

Richter, C., Romanowski, A., y Kienast, T. (2009): «Gamma-hydroxybutyrat (GHB)-abhängigkeit und entzug bei vorbestehender alkoholabhängigkeit», *Psychiatrische Praxis* 36, pp. 345-7.

Rosen, H. R. (2011): «Clinical practice: chronic hepatitis C infection», *New England Journal of Medicine* 364, pp. 2429-38.

SAMHSA (2010): *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (disponible en línea).

Sedefov, R., Brandt, S. D., Evans-Brown, M., Sumnall, H. R., Cunningham, A., y Gallegos, A. (2011): «PMMA in “ecstasy” and “legal highs”», *BMJ* (disponible en línea).

Serious Organised Crime Agency (2011): *Drugs: risks associated with new psychoactive substances*, Intelligence report.

Shearer, J., Wodak, A., Mattick, R. P., van Beek, I., Lewis, J., y otros (2001): «Pilot randomized controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence», *Addiction* 96(9), pp. 1289-96.

Shen, X., Orson, F. M., y Kosten, T. R. (2011): «Anti-addiction vaccines», *F1000 Medicine Reports* 3, p. 20.

Smith, K., y Flatley, J. (2011): «Drug misuse declared: findings from the 2010/11 British Crime Survey England and Wales», *Statistical Bulletin*, Ministerio del Interior del Reino Unido.

Steinberg, L. (2008): «A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking», *Developmental Review* 28, pp. 78-106.

Stock, J., y Kreuzer, A. (1998): «Die polizeiliche Arbeit aus kriminologischer Sicht», *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*, pp. 1028-100.

Stowe, G. N., Schlosburg, J. E., Vendruscolo, L. F., Edwards, S., Misra, K. K., y otros (2012): «Developing a vaccine against multiple psychoactive targets: a case study of heroin», *CNS and Neurological Disorder Drug Targets* 10, pp. 865-75.

Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E., y Hickman, M. (2008): «Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population», *Statistical Methods in Medical Research* 18, pp. 381-95.

Thomas, K. V., Bijlsma, B., Castiglioni, S., Covaci, A., Emke, E., y otros (en prensa): «Comparing illicit drug use in 19 European cities through sewage analysis», *Science of the Total Environment*.

Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., Tuomola, P., Kuikanmaki, O., y otros (2007): «A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence», *American Journal of Psychiatry* 164, pp. 160-2.

- Vanderplasschen, W., Goossens, K., Vandeveld, D., Thienpont, J., Hauglustaine, V., y Littera, L. (2011): «De CRA+vouchers methodiek: is het belonen van abstinentie bij cocaïnegebruikers effectief?», *Orthopedagogische Reeks Gent* 36, pp. 1-69.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M., y otros (2009): «Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands», *International Journal of Drug Policy* 20, pp. 143-51.
- Van Noorden, M. S., van Dongen, L. C., Zitman, F. G., y Vergouwen, T. A. (2009): «Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known», *General Hospital Psychiatry* 31, pp. 394-6.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M., Kretzschmar, M., y Wiessing, L. (2010): «Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis», *Addiction* 105, pp. 311-8.
- Vocci, F. J., y Montoya, I. D. (2009): «Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence», *Current Opinion in Psychiatry* 22, pp. 263-8.
- Weinstein, A. M., y Gorelick, D. A. (2011): «Pharmacological treatment of cannabis dependence», *Current Pharmaceutical Design* 17, pp. 1351-8.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M., y Cowan, S. A. (2008): «European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability», *Euro Surveillance* 13(21) (disponible en línea).
- Wilkinson, R., y Pickett, K. (2010): *The spirit level: why equality is better for everyone*, Penguin, Londres.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., y otros (2011): «The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010», *European Neuropsychopharmacology* 21, pp. 655-79.
- Wood, D. M., Davies, S., Puchnarewicz, M., Johnston, A., y Dargan, P. I. (2012a): «Acute toxicity associated with the recreational use of the ketamine derivative methoxetamine», *European Journal of Clinical Pharmacology* 68, pp. 853-6.
- Wood, D. M., Measham, F., y Dargan, P. I. (2012b): «'Our favourite drug': prevalence of use and preference for mephedrone in the London night-time economy 1 year after control», *Journal of Substance Use* 17, pp. 91-7.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

Informe anual 2012: el problema de la drogodependencia en Europa

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea

2012 — 109 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-539-4

doi:10.2810/64802

Cómo obtener las publicaciones de la Unión Europea

Publicaciones gratuitas

- A través de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).
- En las representaciones o delegaciones de la Unión Europea. Para ponerse en contacto con ellas, consulte el sitio <http://ec.europa.eu> o envíe un fax al número +352 2929-42758.

Publicaciones de pago

- A través de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Suscripciones de pago (por ejemplo, a las series anuales del *Diario Oficial de la Unión Europea* o a las recopilaciones de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea)

- A través de los distribuidores comerciales de la Oficina de Publicaciones de la Unión Europea (http://publications.europa.eu/others/agents/index_es.htm).

Acerca del OEDT

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea. Se creó en 1993, tiene su sede en Lisboa y es la principal fuente de información sobre drogas y toxicomanías en Europa.

El OEDT recopila, analiza y difunde información fáctica, objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y las toxicomanías, con lo que proporciona a los interesados una imagen basada en datos empíricos del fenómeno de las drogas en Europa.

Las publicaciones del Observatorio constituyen una fuente de información primordial para un gran número de interesados, entre ellos los responsables de la adopción de políticas y sus asesores; profesionales e investigadores que trabajan en el campo de las drogas; y, de manera más general, los medios de comunicación y el público.

El informe anual presenta la visión general del OEDT sobre el fenómeno de las drogas en la Unión Europea y es un libro de referencia fundamental para quienes desean ponerse al día sobre la situación de las drogas en Europa.



Oficina de Publicaciones

