



Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

ISSN 1609-607X

# INFORME ANUAL 2006

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA  
EN EUROPA





Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

# INFORME ANUAL 2006

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA  
EN EUROPA

## Advertencia legal

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

Puede obtenerse información sobre la Unión Europea a través del servidor Europa en la siguiente dirección de Internet: <http://europa.eu>.

Europe Direct es un servicio destinado a ayudarle a encontrar respuestas a las preguntas que pueda plantearse 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 este acceso.

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

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2006

ISBN 92-9168-267-5

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2006

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica

*Printed in Belgium*

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO



Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

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

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

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

# Índice

Prefacio	5
Agradecimientos	7
Nota introductoria	9
Comentario: el problema de las drogas en Europa	11
Capítulo 1	
<b>Políticas y legislación</b>	<b>17</b>
Capítulo 2	
<b>Respuestas a los problemas relacionados con las drogas en Europa: panorámica general</b>	<b>27</b>
Capítulo 3	
<b>Cannabis</b>	<b>37</b>
Capítulo 4	
<b>Anfetaminas, éxtasis y otras drogas psicotrópicas</b>	<b>47</b>
Capítulo 5	
<b>Cocaína y crack</b>	<b>58</b>
Capítulo 6	
<b>Consumo de opiáceos y drogas por vía parenteral</b>	<b>66</b>
Capítulo 7	
<b>Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas</b>	<b>75</b>
Capítulo 8	
<b>Mejora del seguimiento del consumo problemático y del consumo múltiple de drogas</b>	<b>89</b>
Bibliografía	95



## Prefacio

Presentamos a continuación el undécimo informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, que este año se publica en 23 lenguas europeas. Volviendo la vista atrás, a los informes que el Observatorio ha ido publicando en años anteriores, llama la atención por contraste el grado de minuciosidad de la información con la que hoy contamos, reflejo de una situación más compleja que antes: no sólo la del consumo de drogas ilícitas en Europa, sino también la de las formas de combatir el problema.

La información sometida a análisis ha incrementado considerablemente su volumen. El informe de este año se basa en datos aportados por los 25 Estados miembros y Noruega y, en algunos casos, Bulgaria, Rumanía y Turquía. No sólo es mayor el número de países que facilitan datos; también lo es la cantidad de datos comparables con que cada uno de ellos contribuye. Tal volumen de información dibuja un paisaje mucho más detallista que nunca de la situación de la droga en Europa y de su dinámica. El cometido del OEDT ha sido explorar esta complejidad, agrupando las experiencias comunes y explicando las divergencias. Los Estados miembros, que han invertido en la recopilación de datos y colaborado en el trabajo del Observatorio, han comprendido que los problemas que hoy sufren sus vecinos podrían ser los suyos un día. Esta convicción queda patente en la nueva estrategia de la Unión Europea en materia de drogas y los planes de acción en que ésta se plasma, que parten de un consenso sobre la importancia de recabar y compartir información, la necesidad de identificar y divulgar las buenas prácticas y el valor de la cooperación y la acción coordinada frente a esa amenaza común para la salud, el bienestar y la seguridad de nuestros ciudadanos que las drogas representan.

Una reflexión sobre la información de que hoy disponemos nos recuerda también la necesidad de no bajar la guardia y nos previene de los peligros de la complacencia. En este informe suenan voces que alertan sobre las infecciones por VIH en el contexto de las drogas y de las muertes relacionadas con drogas. En cualquier caso, en Europa se ha hecho en general un gran esfuerzo por tratar este

tipo de problemas, y los avances logrados son palpables. Ello significa que los políticos europeos han tenido que tomar decisiones difíciles, y que lo han hecho tras estudiar minuciosamente todos los datos a su alcance, una forma de hacer política digna de aplauso. En el debate global sobre el problema de las drogas abunda la retórica sobre la necesidad de un planteamiento equilibrado y basado en hechos concretos: en Europa, tal vez más que en ningún otro lugar, hemos pasado de las palabras a los hechos. Pese a las diferencias entre los Estados miembros en cuestiones de detalle sobre los problemas que la droga les plantea y las prioridades de actuación, todos ellos coinciden en la importancia de compartir la información y de colaborar para reducir la oferta de drogas, así como en la necesidad de equilibrar las acciones destinadas a reducir la oferta con las que pretenden reducir la demanda. Además, cada vez es mayor el consenso sobre la necesidad de que sean los datos fehacientes los que orienten las decisiones sobre qué programas y acciones son los mejores para nuestros ciudadanos. Este planteamiento europeo se manifiesta no sólo en la nueva estrategia europea en materia de drogas que han adoptado los Estados miembros, sino en la aparición en Europa de una voz más fuerte y unísona en esta materia y en el trabajo del OEDT, donde nos esforzamos por cumplir nuestra misión de facilitar a los políticos la toma de decisiones ofreciéndoles unos análisis imparciales y de rigor científico de la información sobre el fenómeno de las drogas en Europa.

El consumo de drogas es un asunto complejo que rechaza las conclusiones simplistas. Pese a todo, de la experiencia europea una conclusión se impone incontestablemente: hemos aprendido que trabajar juntos no sólo es productivo, sino indispensable para poder desarrollar mecanismos efectivos de respuesta a los retos que el consumo de drogas ilícitas nos plantea.

**Marcel Reimen**

Presidente del Consejo de Administración del OEDT

**Wolfgang Götz**

Director del OEDT



## Agradecimientos

El OEDT desea expresar su agradecimiento a las siguientes personas e instituciones, cuya contribución hizo posible este informe:

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

### Puntos focales nacionales Reitox

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

En la siguiente dirección encontrará los datos necesarios para poder ponerse en contacto con ellos:  
<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



## Nota introductoria

El presente informe anual se basa en la información facilitada al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) por los Estados miembros de la Unión Europea (UE) y los países candidatos, así como Noruega (que participa en las actividades del OEDT desde 2001), en forma de informes nacionales. Los datos estadísticos que aquí presentamos se refieren al año 2004 (o al último año para el que se dispone de datos). A veces, los gráficos y los cuadros se refieren sólo a un subgrupo de países de la Unión Europea: para la selección se han considerado aquellos países que cuentan con datos para el período de interés.

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

El boletín estadístico de 2006 (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) presenta todos los cuadros originales en los que se basa el análisis estadístico del Informe anual. Asimismo, describe en mayor profundidad la metodología empleada y ofrece más de 100 gráficos estadísticos adicionales.

Los perfiles estadísticos de los países (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) ofrecen un resumen gráfico de excelente calidad de los aspectos más importantes de la situación de la droga en cada país.

Acompañan al informe tres breves monográficos sobre los siguientes temas:

- políticas europeas en materia de drogas: ¿debe ampliarse su ámbito de aplicación más allá de las drogas ilegales?;
- una perspectiva de género sobre el consumo de drogas y en respuesta a los problemas relacionados con las drogas;
- evolución del consumo de drogas en entornos recreativos.

Las cuestiones particulares están disponibles en versión impresa y en línea (<http://issues06.emcdda.europa.eu>), pero únicamente en inglés.

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



## Comentario: el problema de las drogas en Europa

### Un nuevo marco europeo de coordinación y cooperación

Aunque definir las políticas en materia de drogas sigue siendo una prerrogativa de cada Estado miembro, existe en la actualidad un firme consenso acerca de las ventajas que puede aportar la colaboración a nivel europeo. Un ejemplo de ello son las recientes medidas adoptadas en favor de las actividades de coordinación y cooperación entre las que cabe mencionar la entrada en vigor, en el año 2005, de dos nuevos Reglamentos comunitarios sobre precursores y una decisión del Consejo sobre las nuevas drogas. Además, las medidas contra el tráfico de drogas se han visto reforzadas por nuevos instrumentos jurídicos relativos al blanqueo de capitales y a la confiscación de activos. No obstante, el avance más importante para conformar la colaboración europea y las futuras medidas en materia de drogas es la nueva estrategia sobre drogas de la Unión Europea para el período 2005-2012 y los dos planes de acción que la acompañan, en el primero de los cuales los Estados miembros especifican alrededor de 100 medidas concretas que se aplicarán de aquí a 2008. Se ha previsto para esta estrategia un programa de evaluación permanente, que contempla revisiones anuales de los avances realizados y evaluaciones de impacto al final de cada uno de los dos períodos del plan de acción.

Podría considerarse que esta estrategia es el fruto de un consenso europeo sobre la forma de abordar el problema de las drogas. Se ha asumido el compromiso explícito de adoptar un planeamiento equilibrado que combine medidas para frenar tanto el suministro como la demanda, y se ha aceptado que son necesarias acciones básicas para obtener pruebas de su eficacia, así como una evaluación sistemática de los avances realizados. Aún existen importantes diferencias entre las políticas de los Estados miembros, que a menudo reflejan las diferencias nacionales en esta materia y a la hora de elaborar respuestas. Sin embargo, la nueva estrategia sobre drogas pone de manifiesto que, en el debate sobre las políticas europeas en este ámbito, se antoja cada vez más importante lograr un consenso acerca de un marco común de actividades. Por ejemplo, casi todas las estrategias de reducción de la demanda contemplan elementos de prevención, tratamiento y reducción de los perjuicios para la salud, aunque la importancia otorgada a cada uno de ellos varía de un Estado miembro a otro. Algunas opciones políticas siguen siendo objeto de debate, pero éste se enmarca en un amplio consenso sobre los aspectos fundamentales en los que se sustenta la respuesta europea al problema de las drogas.

### Consumo y suministro de drogas: una distinción cada vez más clara

Una tendencia persistente, que se ha vuelto a poner de manifiesto en los nuevos datos publicados este año, es la

de modificar la legislación nacional en materia de drogas para enfatizar la distinción entre el delito de posesión para consumo personal y los relacionados con el tráfico y suministro de drogas. Por regla general, se ha pasado a endurecer las sanciones para estos últimos y a dictar menos sentencias privativas de libertad para los primeros. Este cambio de énfasis está en línea con la tendencia que se registra en todo el territorio europeo a aumentar las oportunidades de tratamiento y a dar más importancia a las intervenciones que apartan a las personas afectadas por problemas de drogas del sistema penal para encauzarlas hacia el tratamiento y la rehabilitación. En los países que han establecido una distinción jurídica entre la posesión de drogas para el consumo propio y la posesión destinada a la venta, se plantea la cuestión de si es o no necesario que la ley especifique la cantidad de drogas que constituye el límite del consumo personal. No existe consenso a este respecto y los países europeos han adoptado enfoques diferentes, que van desde la adopción de directrices operativas generales hasta la especificación de límites legales.

### El consumo de heroína: un aspecto importante de un problema más general

Los datos que figuran en el presente informe muestran la necesidad de ampliar el interés que históricamente se ha prestado en toda Europa al consumo de heroína y por vía parenteral (considerados elementos centrales del problema de las drogas) a las politoxicomanías y el consumo de estimulantes, cada vez más en boga, y a las cada vez más graves consecuencias que tiene el consumo generalizado de cannabis para la salud pública. Sin embargo, en muchos países los opiáceos (principalmente la heroína) siguen siendo las principales drogas para las que se ofrece tratamiento, dado que representan aproximadamente un 60 % de las solicitudes de tratamiento registradas en 2004, y entre estos pacientes algo más de la mitad (53 %) señalaban que se inyectaban.

Casi un 25 % de las solicitudes de tratamientos médicos con opiáceos fueron realizadas por personas mayores de 34 años, y tan sólo un 7 % de los pacientes que pedían tratamiento por primera vez eran menores de 20. Cabe señalar que estos datos reflejan el número de pacientes que solicitaron tratamiento durante el año objeto del informe y no incluyen a las personas que siguen en tratamiento, por lo que el total de pacientes en tratamiento es considerablemente superior. En todo el territorio europeo se ha registrado en los últimos años un aumento considerable de los tratamientos de sustitución, lo que implica que el sistema de tratamiento abarca una población cada vez más numerosa y de mayor edad con problemas de consumo de

heroína, que probablemente necesitará atención y seguirá consumiendo importantes recursos durante muchos años.

La heroína que se consume en Europa se produce principalmente en Afganistán. Europa sigue siendo la zona del mundo donde más heroína se incauta, y gracias al aumento de las incautaciones en los países de Europa Sudoriental (en particular en Turquía), el volumen interceptado en esta región ha superado al de Europa Occidental y Oriental. Esta tendencia al alza en las incautaciones de heroína no sólo viene a poner de relieve la utilidad de las acciones coordinadas contra el tráfico a nivel europeo en general, sino que también plantea cuestiones importantes acerca del impacto que tiene el incremento de la producción de heroína sobre el mercado europeo. No se observaron tendencias claras en lo relativo a la pureza media; sin embargo, los precios en los cinco años comprendidos entre 1999 y 2004, una vez deducida la inflación, ponen de manifiesto una tendencia a la baja en la mayoría de los países. No obstante, aunque la heroína es más fácil de conseguir y más barata en Europa, no existen aún pruebas de que este hecho influya sobre el nivel general de consumo. Los indicadores generales señalan que la incidencia del primer consumo de heroína sigue bajando en Europa dentro de lo que probablemente sea una situación estable, y una parte importante de las personas con problemas de consumo de opiáceos reciben actualmente tratamientos de sustitución, al menos en algunos países. Entre las personas que han iniciado su primer tratamiento, el número de personas que tienen problemas importantes de adicción a los opiáceos ha ido disminuyendo en la mayoría de los países. Sin embargo, en éste ámbito hemos observado oleadas de consumo epidémico en otras ocasiones, por lo que es necesario evitar un optimismo excesivo.

El informe de este año revela indicadores preocupantes que señalan que las muertes relacionadas con las drogas, que venían descendiendo desde 2000, aumentaron ligeramente en la mayoría de los países en 2004. Aún es pronto para saber si estas variaciones anuncian un cambio a largo plazo, pero debemos recordar que las muertes relacionadas con la droga representan una de las principales consecuencias del consumo ilegal de droga para la salud pública. Si bien el porcentaje de muertes relacionadas con la droga entre los jóvenes ha disminuido, lo que confirma que el número de nuevos consumidores de heroína por vía parenteral va en descenso, las estimaciones de la mortalidad urbana relacionada con la droga (por sobredosis u otras causas) indican que entre un 10 % y un 23 % de la mortalidad total entre los adultos de 15 a 49 años de edad puede atribuirse al consumo de opiáceos.

### **Consumo por vía parenteral y problemas de salud, siempre de la mano**

En muchos países, el consumo de drogas por vía parenteral es casi sinónimo de consumo de heroína, pero existen algunas excepciones, ya que algunos Estados miembros de la Unión Europea señalan niveles importantes de consumo

de estimulantes por esta vía, sobre todo entre los grandes consumidores de anfetaminas. La información disponible indica un descenso generalizado del consumo de drogas por vía parenteral a largo plazo, lo que refleja, hasta cierto punto, la situación del consumo de heroína. Sin embargo, las tasas de consumo por esta vía siguen siendo altas en muchos de los nuevos Estados miembros. Cabe advertir a este respecto que las estimaciones nacionales o subnacionales sobre consumo de drogas por vía parenteral son escasas. Además, algunos estudios recientes sobre el consumo por vía parenteral en algunas regiones indican incluso un ligero aumento. La panorámica más completa de esta conducta proviene del seguimiento de los consumidores de heroína en tratamiento, entre los que el porcentaje de consumidores que se inyectan ha descendido considerablemente en algunos países, aunque no en otros. En particular, entre los antiguos Estados miembros, Dinamarca, Grecia, España, Francia, Italia y el Reino Unido señalan que el porcentaje de consumidores por vía parenteral ha descendido entre los consumidores de heroína en tratamiento.

Existe una relación notoria entre el consumo de drogas por vía parenteral y los problemas de salud, y los consumidores de drogas por esta vía corren un alto riesgo de sufrir una sobredosis e infecciones graves, así como otros problemas de salud, como septicemia y trombosis. La infección por VIH ha hecho reaccionar a las autoridades sanitarias europeas ante esta forma de consumo, y casi todos los países realizan actualmente intervenciones destinadas a evitar nuevas infecciones. Por ejemplo, el suministro de agujas y jeringuillas, considerada anteriormente una intervención controvertida, existe en diversos grados en casi todos los Estados miembros, si bien su cobertura difiere considerablemente. La mayoría de los países señalan que el porcentaje de nuevas infecciones diagnosticadas de VIH imputables al consumo de drogas por vía parenteral es bajo, y se estima que el porcentaje de personas infectadas por el VIH entre los consumidores que se inyectan es inferior al 5 %. Sin embargo, hay que hacer importantes salvedades: en primer lugar, España e Italia, dos de los países más grandes con mayor incidencia de sida entre los consumidores de drogas por vía parenteral, no ofrecen información sobre casos de VIH a nivel nacional; y en segundo lugar, existen indicios de que el contagio del VIH sigue teniendo lugar en determinados grupos en toda Europa, y se han observado incluso aumentos entre algunos de los grupos de población estudiados.

Las tasas de infección por el virus de la hepatitis C (VHC), que siguen siendo elevadas en todo el mundo entre los consumidores de drogas por vía parenteral, presentan un panorama mucho más negativo. El tratamiento de los problemas de salud relacionados con el VHC entre los consumidores actuales y antiguos de drogas por esta vía continuará representando probablemente un importante coste sanitario durante muchos años. La conclusión de que el consumo de drogas por vía parenteral puede estar disminuyendo lentamente y de que Europa ha reaccionado

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

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

### Cannabis

Prevalencia a lo largo de la vida: al menos 65 millones, es decir, uno de cada cinco europeos adultos.

Consumo en los últimos 12 meses: 22,5 millones de europeos adultos, es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida.

Consumo en los últimos 30 días: 12 millones de europeos.

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses:

Variación general: del 0,8 % a 11,3 %

Variación típica: 2,8 % a 7,5 % (15 países)

### Cocaína

Prevalencia a lo largo de la vida: al menos 10 millones, es decir, un 3 % de los europeos adultos.

Consumo en los últimos 12 meses: 3,5 millones de europeos adultos, es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida.

Consumo en los últimos 30 días: más de 1,5 millones de europeos.

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses:

Variación general: del 0,1 % a 2,7 %

Variación típica: 0,3 % a 1,2 % (18 países)

### Éxtasis

Prevalencia a lo largo de la vida: aproximadamente 8,5 millones de europeos adultos.

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

Consumo en los últimos 30 días: más de 1 millón.

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses:

Variación general: 0,0 % a 3,5 %

Variación típica: 0,3 % a 1,5 % (15 países)

### Anfetaminas

Prevalencia a lo largo de la vida: casi 10 millones, es decir, un 3 % de los europeos adultos.

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

Consumo en los últimos 30 días: menos de 1 millón.

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses:

Variación general: 0,0 % a 1,4 %

Variación típica: 0,2 % a 1,1 % (16 países)

### Opiáceos

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

Casi 7 000 muertes por intoxicación aguda, en un 70 % de los casos se encontraron opiáceos (datos de 2003).

Principal droga en un 60 % del total de las solicitudes de tratamiento.

Más de medio millón de consumidores de opiáceos recibieron tratamientos de sustitución en 2003.

bien al reto que planteaba la propagación epidémica del VIH en los años noventa, podría dar lugar a un optimismo excesivo respecto a las amenazas que esta conducta representa para la salud. Los elevados niveles de infección endémica por el VHC, el contagio permanente entre los consumidores de drogas por vía parenteral, además de la mayor incidencia observada en muchos grupos y la existencia de un amplio grupo de consumidores de alto riesgo que se inyectan en algunos de los nuevos Estados miembros, ponen de relieve la necesidad de considerar que el consumo de drogas por vía parenteral y los problemas de salud que éste conlleva sigue siendo un importante problema de salud pública en Europa y un ámbito crítico para la política y la investigación en materia de drogas.

## Cocaína: indicios de estabilización del consumo de la segunda droga ilegal de Europa

Las estimaciones sobre consumo de cocaína (prevalencia en los últimos 12 meses) sitúan actualmente a esta droga ligeramente por encima de las anfetaminas y el éxtasis, convirtiéndola así en la segunda droga ilegal de mayor consumo en Europa. Sin embargo, la situación general muestra una estabilización de los niveles de consumo tras un período en que el número de consumidores aumentó considerablemente. Los grandes aumentos de la prevalencia del consumo de cocaína registrados en España y el Reino Unido a partir de la segunda mitad de la década de los noventa parecen haberse estabilizado desde 2000 o 2001. Y si bien en algunos países se ha observado un aumento moderado del consumo de cocaína, no se han señalado incrementos espectaculares. En general, la situación de la cocaína sigue siendo muy heterogénea en Europa y el consumo importante de cocaína se limita a unos cuantos países, sobre todo de Europa Occidental.

Sería erróneo concluir que estos indicios de estabilización en el consumo de cocaína irán acompañados necesariamente de una estabilización de los problemas que se atribuyen a su consumo. Los niveles de consumo de cocaína en Europa son históricamente altos, y los estudios indican que el incremento de los problemas derivados del consumo de una droga suelen aparecer algunos años después del incremento de su prevalencia. Esto se debe a que los hábitos de consumo intenso y regular de drogas tardan cierto tiempo en desarrollarse, al igual que tardan en manifestarse los problemas. Esto es lo que puede estar sucediendo en aquellos países europeos en los que se ha afianzado el consumo de cocaína. Tanto en los Países Bajos como en España, al menos una de cada cuatro solicitudes de tratamiento está relacionada con la cocaína, y las nuevas solicitudes de tratamiento por parte de los consumidores de esta droga en Europa en general se duplicaron entre 1999 y 2004. Aunque el consumo de *crack* sigue siendo muy reducido en Europa, algunas ciudades señalan que la situación podría estar deteriorándose.

## Consumir drogas en Europa es más barato que nunca

Por primera vez en este informe se incluye un análisis quinquenal de los precios de las drogas ilegales en la calle, una vez corregida la inflación, a fin de poder evaluar con más precisión las variaciones de dichos precios a lo largo del tiempo. Los datos sobre los precios en la calle son difíciles tanto de recopilar como de interpretar. La pureza, cantidad y variedad de las sustancias adquiridas influyen en el precio, al igual que los factores geográficos, como vivir en una gran ciudad o en una ruta regular de tránsito de drogas. Asimismo, los precios de la droga varían considerablemente de un país a otro, y experimentan fluctuaciones con el tiempo que reflejan las interrupciones del suministro. A pesar de estas distorsiones de los datos, los datos referentes a la mayoría de los tipos de droga indican que el coste de adquirir drogas en Europa ha bajado. En la mayoría de los países, la tendencia predominante en estos cinco años ha sido un descenso de los precios en la calle del cannabis, la heroína, las anfetaminas, el éxtasis y la cocaína (véase el

Tendencias de los precios minoristas de las drogas en Europa, 1999-2004

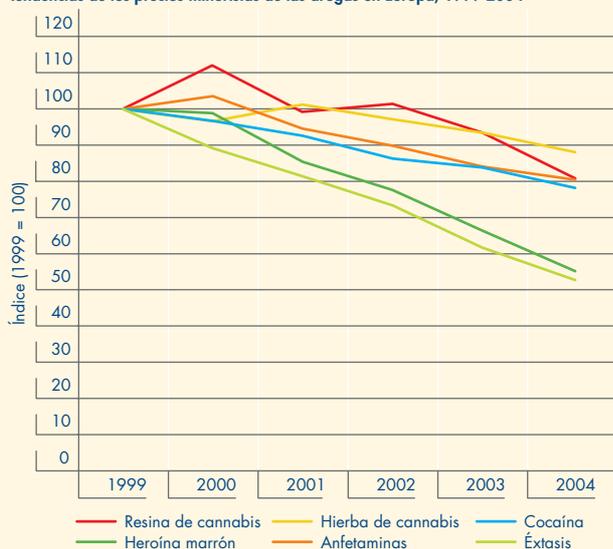


gráfico más abajo). Aunque existen muy pocos datos históricos sobre precios en la calle y éstos son difíciles de interpretar, resulta preocupante que esta tendencia reciente coincida con los indicios de que los precios pueden estar bajando a largo plazo. Por ejemplo, la información disponible sobre algunos países de alta prevalencia indica que la cocaína y el éxtasis eran mucho más caros a finales de los años ochenta y principios de los noventa que en la actualidad.

*Nota:* Estas tendencias recogen la información disponible sobre los precios en la calle a nivel nacional de cada una de estas drogas en los Estados miembros de la UE y Noruega, ponderadas por la población del país para establecer una tendencia general europea. Los precios se han ajustado a las tasas de inflación nacionales (año base: 1999) y todas las series se han indiciado a una base de 100 correspondiente a 1999.

Muchos países no pueden facilitar estos datos, que son difíciles de obtener, a menudo carecen de fiabilidad y no son completos. Los países que no han facilitado información sobre los precios de una droga durante dos o más años consecutivos no están incluidos en el cálculo de la tendencia de dicha droga: la tendencia correspondiente a la heroína se basa en información de 9 países, la de las anfetaminas de 9, la del éxtasis de 13, la de la hierba de cannabis de 13 y la de la resina de cannabis de 14.

Además, en los casos en los que faltan los datos de 2004 (11 casos) se utilizan los precios de 2003; en los casos en los que faltan datos de 1999 (1 caso) se utilizan los precios de 2000; los datos que faltan para otros años (12 países) se han interpolado a partir de los años anterior y posterior.

Para más información sobre los precios de 2004, véanse los Cuadros PPP-1, PPP-2, PPP-3 y PPP-4 que figuran en el boletín estadístico.

*Fuentes:* Datos sobre precios: Centros de referencia nacionales de la red Reitox.

Datos sobre inflación y población: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

La cocaína se encuentra a menudo en los análisis toxicológicos de muertes atribuidas a los opiáceos, y en varios países el consumo simultáneo de cocaína se ha convertido en un problema para los centros de tratamiento de la adicción a la heroína. Aunque los datos son escasos, los informes nacionales de 2005 indican que más de 400 muertes tenían una relación causal con el consumo de cocaína, y se observó un aumento de las muertes relacionadas con esta droga en todos los países con una alta prevalencia. Esta cifra es sin duda una subestimación y la contribución de la cocaína a las muertes provocadas por problemas cardiovasculares sigue sin conocerse. El mensaje es claro: si Europa desea evitar un aumento de los costes sanitarios derivados del consumo de esta droga, la estabilización del consumo de cocaína en general no debe hacernos olvidar que es necesario identificar y comprender mejor los problemas relacionados con la cocaína, así como invertir en el desarrollo de respuestas eficaces.

## La respuesta a la creciente complejidad del problema de las drogas en Europa

Un tema que aparece a menudo en el presente informe es la creciente necesidad de tener en cuenta la complejidad y variedad del actual problema de las drogas. A la hora de considerar las actividades de prevención, tratamiento o reducción de los perjuicios para la salud es necesario comprender mejor las buenas prácticas y las actuaciones basadas en pruebas. Entre las 380 000 solicitudes de tratamiento registradas en 2004, el cannabis fue el principal motivo para recibir dicho tratamiento, en aproximadamente un 15 % de los casos, lo que convierte a esta droga en la más común después de la heroína. Los servicios de tratamiento se enfrentan igualmente a un mayor número de problemas relacionados con el consumo de estimulantes y las politoxicomanías, que presentan una coincidencia significativa entre el consumo de drogas ilegales y el alcoholismo. Sin embargo, no conocemos suficientemente, a nivel demográfico, las consecuencias

que tiene el consumo regular y persistente de estos tipos de drogas sobre la salud pública, ni tampoco las eventuales necesidades de intervención de los que las consumen. La base factual con que contamos en Europa para determinar el tratamiento que se puede dar a los problemas de las drogas es mayor en el caso del consumo ilegal de opiáceos, ámbito en el que el desarrollo y destino de los servicios se basan en un importante corpus de datos. El creciente consenso existente en cuanto a la orientación de las políticas hacia lo que puede constituir una intervención adecuada para el consumo problemático de heroína va unido a la necesidad cada vez mayor de abordar con la misma claridad la manera de responder a un problema de drogodependencia más heterogéneo en Europa.

### **La necesidad de definir y comprender mejor las politoxicomanías**

Una cuestión clave es la necesidad de responder a los problemas que provoca el consumo de múltiples sustancias psicoactivas. Cada vez existe un mayor consenso sobre la necesidad de desarrollar servicios destinados a luchar contra las politoxicomanías. Sin embargo, aún no se ha llegado a una definición de este concepto, y en algunos aspectos, casi todos los consumidores de drogas pueden considerarse politoxicómanos. Las politoxicomanías plantean igualmente problemas para los sistemas de seguimiento del consumo de drogas, que suelen basarse en medidas conductivistas sobre el consumo de una única droga. Por ello es de vital importancia desarrollar un marco conceptual más adecuado para describir los diferentes tipos de politoxicomanías, como un primer paso para comprender las consecuencias de esta conducta. Una parte del informe de este año presenta las cuestiones analíticas que deben abordarse para que Europa pueda comprender mejor las necesidades del siempre mayor número de personas cuyos problemas se derivan del consumo de una serie de drogas y no de la dependencia de una única sustancia.

### **Regreso al futuro: la anticipación de amenazas y retos**

Como siempre, en el informe de este año se ha intentado identificar las nuevas tendencias a fin de prever futuros problemas. Por definición, este análisis es especulativo y debe considerarse con cautela. Una droga que provoca graves problemas de salud pública son las metanfetaminas. Si bien los problemas que causan las metanfetaminas siguen aumentando a escala mundial, en Europa el consumo

de esta droga se limita a unos cuantos países en los que este problema viene de largo. Aunque la información disponible no nos permite sacar conclusiones firmes sobre las tendencias, cada vez es mayor el número de países que informan de incautaciones o consumo de esta droga, lo que deja clara la necesidad de realizar un seguimiento más intensivo de los grupos demográficos de mayor riesgo.

En 2006, el OEDT publicó un documento técnico sobre los hongos alucinógenos, y esta cuestión vuelve a aparecer resumida en nuestro informe anual. La oferta y el consumo de hongos alucinógenos parece haber aumentado desde finales de los años noventa, pero ha pasado, en gran medida, desapercibida. Al parecer, la mayor parte del consumo de este tipo de drogas tiene un carácter experimental y apenas se han notificado problemas en relación con las mismas. Sin embargo, el incremento de la oferta de hongos alucinógenos ha hecho que los responsables políticos adopten algunas medidas para incrementar el control sobre estas drogas.

El control de la psilocibina y la psilocina, que son dos de las sustancias psicoactivas que se encuentran en los hongos alucinógenos, es objeto de un convenio internacional. Sin embargo, el hecho de que estos hongos crezcan de forma natural en numerosos países plantea un problema más complejo para la legislación, y reciben un tratamiento distinto en Europa. En términos más generales, la Decisión 2005/387/JAI del Consejo relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas contribuye a la vigilancia de las nuevas sustancias que pueden suponer una amenaza para la salud pública y que, por ende, deben ser controladas. Un ejemplo de la necesidad de contar con información para emitir alertas tempranas en este ámbito ha sido la rápida propagación de la mCPP (1-3-clorofenil piperazina) que tuvo lugar en 2005. La aparición de la mCPP pone de manifiesto que los productores de drogas ilegales buscan continuamente innovaciones en forma de nuevos productos químicos que puedan comercializarse, en el presente caso para potenciar o modificar los efectos del MDMA (éxtasis). Dichas innovaciones exigen una respuesta, ya que se desconoce el potencial de estas sustancias para provocar graves problemas de salud. Por ello, el sistema de alerta rápida creado por la decisión del Consejo representa un mecanismo importante para intervenir en un proceso en el que quienes sólo buscan su propio beneficio no dudan en poner en peligro la salud de los jóvenes europeos eludiendo los actuales mecanismos de control.



# Capítulo 1

## Políticas y legislación

### Estrategias nacionales antidroga

Durante el período del informe, cinco países (cuadro 1) adoptaron estrategias nacionales en materia de drogas y planes de acción. Letonia aprobó por primera vez una estrategia nacional en materia de drogas para el período 2005-2008, mientras que la República Checa, España, Luxemburgo y Rumanía adoptaron nuevas estrategias nacionales y planes contra la droga.

Asimismo, Finlandia adoptó una estrategia en materia de drogas para la administración penitenciaria (2005-2006), y en el Reino Unido existen acuerdos de servicio público (*Public Service Agreements*, PSA) que han trazado nuevos objetivos en el campo de la política antidroga con el fin de reducir el daño producido por las drogas ilegales a las personas, a sus familias y a la comunidad.

Durante el período del informe, se estaban elaborando estrategias nacionales antidroga en Italia, Austria, Polonia, Portugal, Suecia y Noruega (cuadro 2).

Algunos países que ya aplicaron estrategias nacionales antidroga y planes de acción hace algún tiempo (a partir de 1998) se hallan en estos momentos reformulando sus estrategias o planes, haciendo un mayor hincapié en el establecimiento de objetivos más claros y más viables. Por ejemplo, Luxemburgo señala que su nuevo plan de acción 2005-2009 es simple, está claramente estructurado y orientado a los resultados, establece objetivos para

Cuadro 1. Países que adoptaron nuevas estrategias en materia de drogas en 2005		
País	Documento	Período
República Checa	Estrategia nacional en materia de drogas	2005-2009
	Plan de acción	2005-2006
España	Plan de acción	2005-2008
Letonia	Estrategia nacional en materia de drogas	2005-2008
Luxemburgo	Estrategia nacional y plan de acción en materia de drogas	2005-2009
Rumanía	Estrategia nacional en materia de drogas	2005-2012

Cuadro 2. Países con estrategias nacionales en materia de drogas en preparación en 2005

País	Documento	Período
Italia	Plan de acción	2004-2008
Austria	Estrategia nacional	
Portugal	Plan estratégico y plan de acción nacionales en materia de drogas	2005-2008
Suecia	Plan de acción	
Noruega	Plan de acción	

las acciones, identifica responsabilidades y especifica presupuestos, resultados previstos y plazos para la consecución de dichos resultados y su evaluación. En Bélgica, las autoridades de salud pública de la Comunidad Francesa y la Región Valona designaron un grupo de expertos para establecer un «plan concertado de prevención, ayuda y asistencia en el ámbito de la adicción a las drogas». El grupo recomendó que «los gobiernos definieran con mayor claridad las prioridades y objetivos», que «se formulase una definición clara de los principios básicos que rigen una política común antidroga» y que «se estableciera un calendario de cara a la aplicación de las estrategias adoptadas». El plan de acción 2005-2006 de la República Checa sigue una dirección similar: especifica objetivos concretos y las actividades necesarias para su consecución, y determina las responsabilidades de los distintos ministros y las condiciones e indicadores para el cumplimiento de los objetivos en cada campo.

### Evaluación de las estrategias nacionales en materia de drogas

En un nutrido número de países europeos las estrategias nacionales en materia de drogas se renuevan automáticamente, poniendo en marcha un proceso cíclico, en virtud del cual los resultados de la estrategia anterior, o su evaluación, contribuyen a desarrollar la estrategia futura (OEDT, 2004a).

Durante 2005, informaron sobre un proceso de este tipo Irlanda, Luxemburgo, Hungría y Rumanía. La aplicación de la estrategia húngara para combatir el problema de la droga fue evaluada de forma externa por el Instituto Trimbo de los Países

Bajos, siendo esta la primera ocasión en que la estrategia en materia de droga de un país es examinada por expertos extranjeros. La evaluación se centró en los resultados a medio plazo de la estrategia antidroga y dio origen a una serie de recomendaciones sobre las futuras estrategias en materia de drogas y sobre la manera de fortalecer la estructura de coordinación en el campo de la política antidroga. Existen similitudes con respecto a la evaluación de 2004 sobre la estrategia nacional portuguesa en materia de drogas del año 1999 y el plan de acción 2001-2004, que llevó a cabo de forma externa el Instituto Nacional de Administración Pública portugués y, de forma interna, el Instituto Portugués de la Droga y la Toxicodependencia (IDT). Hungría y Portugal son los dos primeros países europeos que han solicitado una evaluación externa de sus estrategias nacionales en materia de drogas.

En 2005, la revisión intermedia de la estrategia irlandesa en materia de drogas 2001-2008, que se basó en un proceso de consulta pública y análisis de datos nacionales y de la UE, recomendó «reorientar» las prioridades para hacer frente a las tendencias emergentes en tratamiento de la adicción, policonsumo de drogas, consumo de cocaína y contagio de VIH y de hepatitis C, así como «volver a impulsar» la introducción y aplicación de varias medidas clave durante el restante período de la estrategia. En Rumanía, se sometió a examen la estrategia nacional antidroga 2003-2004, proceso en el que participaron todas las instituciones estatales implicadas en el ámbito de las drogas y cuyos hallazgos formaron la base para la nueva estrategia nacional antidroga 2005-2012. En Luxemburgo, el 87 % de las medidas establecidas en el plan nacional de acción antidroga 2000-2004 se han llevado a cabo dentro de los plazos especificados. Del informe se desprende que el retraso en la puesta en práctica de algunas medidas (por ejemplo, un programa de distribución de heroína) se debe principalmente a motivos políticos. Las medidas que aún no se han llevado a cabo se han incluido en el nuevo plan de acción.

Asimismo, con respecto al año pasado los informes sugieren que las estrategias nacionales antidroga están empezando a tener efectos visibles. Si bien aún no es posible afirmar de forma definitiva que se han cumplido los objetivos generales, esto es, reducir la demanda y la oferta, no cabe duda de que las estrategias nacionales en materia de drogas han alcanzado hitos concretos e importantes.

La evaluación de la estrategia portuguesa en materia de drogas adoptada en 1999 atribuye a la misma un incremento de las posibilidades de tratamiento de las drogodependencias, una reducción de las muertes relacionadas con el consumo de drogas y la prevalencia del VIH y un incremento del número de informes policiales sobre tráfico de drogas. Por otra parte, también se constató un descenso en la edad en la que se empieza a experimentar con drogas y un aumento de los fallecimientos relacionados con el consumo de drogas asociados a sustancias diferentes de los opiáceos. En España, la evaluación de la estrategia nacional (2003), aun reconociendo que no se ha logrado el objetivo de reducir el consumo de drogas, revela que se han obtenido

buenos resultados en las áreas de asistencia y de reducción de daños, y resultados satisfactorios en otras áreas, como la investigación y la educación, la cooperación internacional y la reducción de la oferta. Además, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha aprobado un plan de acción 2005-2008 para movilizar los recursos y aplicar iniciativas con el propósito de desarrollar y revitalizar la estrategia nacional antidroga. En Grecia, una de las consecuencias del plan nacional de acción 2002-2006 ha sido el incremento de los tipos y la accesibilidad de los programas de tratamiento disponibles.

En Suecia, el plan nacional de acción sobre drogas 2002-2005 ha conseguido situar el tema de las drogas en un lugar más destacado de la agenda política local, regional y nacional. Actualmente, la mayoría de los municipios suecos cuenta con algún tipo de plan de acción antidroga y además se otorga mayor prioridad a la coordinación y la cooperación entre las partes interesadas, alcanzándose mejoras en dichas áreas. También ha habido avances tanto en los tipos de tratamiento disponibles para drogodependientes como en el acceso a dichas terapias. En el Reino Unido, la *Audit Commission*, si bien reconoció que se han hecho progresos en el tratamiento de la adicción a las drogas, destacó que aún se pueden mejorar los servicios de reinserción y rehabilitación de consumidores de drogas; por ejemplo, en cuanto al alojamiento, la asistencia social y otros servicios de apoyo. En el futuro, el éxito del gobierno en la consecución de los objetivos establecidos en la estrategia antidroga se medirá en relación con las metas contempladas en los convenios de servicio público, y mediante un índice de daños causados por la droga (*drug harm index*), que evaluará los daños generados a raíz de un consumo problemático de cualquier droga ilegal.

Por último, se ha identificado la evaluación como un elemento clave en las estrategias nacionales antidroga recientemente adoptadas. En Letonia, el Consejo de Coordinación de Control de Drogas y de Reducción de las Toxicomanías evaluará anualmente el progreso de la ejecución del programa y, en Luxemburgo, se llevará a cabo una evaluación final de los resultados de forma externa en 2009.

## Gasto público relacionado con las drogas

A pesar de que el gasto se suele medir a lo largo de diferentes períodos, y de que no existe una definición común de gasto público relacionado con las drogas, las estimaciones disponibles sugieren que el gasto en materia de drogas se ha incrementado en varios países, entre los que se incluyen la República Checa, Dinamarca, Luxemburgo, Austria y Polonia.

Entre los países que han facilitado información con respecto al gasto en materia de drogas para el año 2004 se incluyen la República Checa (11,0 millones de euros), España (entre 302 y 325 millones de euros), Chipre (2,8 millones de euros), Polonia (51 millones de euros) y Noruega (46 millones de euros). Dos países han

informado de un incremento del gasto presupuestado recientemente para atajar el problema de las drogas: Luxemburgo (6 millones de euros en 2005) y el Reino Unido (2 000 millones de euros en 2004/2005).

En Eslovaquia se estima que en 2004 el gasto público total en materia de drogas fue de 14,5 millones de euros, de los cuales se destinaron a los cuerpos y fuerzas de seguridad aproximadamente 8,4 millones de euros, y a la asistencia social y sanitaria, 6,1 millones de euros.

En Suecia se estima que el gasto en política antidroga durante 2002 fue de alrededor de 900 millones de euros (estimación a la baja 500 millones de euros, estimación al alza 1 200 millones de euros). Si se comparan las estimaciones para 2002 con las cifras para 1991, se observa que el gasto público en política antidroga se ha incrementado sustancialmente.

En Irlanda, la revisión a medio plazo de la estrategia nacional antidroga, publicada en junio de 2005, reconoce que «resulta vital estimar el gasto para valorar la eficacia en términos de costes de los diferentes elementos de la estrategia», y en breve comenzarán los trabajos para estimar el gasto policial. En Portugal, el Instituto de la Droga y la Toxicodependencia (IDT) está financiando estudios para desarrollar y probar un modelo para estimar los costes del abuso de drogas, y en Bélgica se inició a finales de 2005 el seguimiento de un estudio realizado en 2004 sobre gasto público. Aunque escasos, estos interesantes datos ponen de manifiesto que el estudio del gasto en materia de drogas constituye una parte cada vez más importante de la agenda política de algunos Estados miembros.

## Evolución en el ámbito legal y político de la UE

### Planes de acción

En el ámbito de la UE, dos planes de acción adoptados en 2005 crean, directa o indirectamente, un nuevo marco de referencia para el desarrollo de la política de la UE en materia de drogas para los próximos años. En primer lugar, habiendo examinado la propuesta de la Comisión de febrero de 2005, el Consejo aprobó en junio de 2005 el plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2005-2008. Este plan toma plenamente en consideración la evaluación final de la estrategia de la UE en materia de drogas y del plan de acción sobre drogas (2000-2004). El nuevo plan de acción sigue la estructura y los objetivos de la estrategia de la UE en materia de drogas 2005-2012 y recoge alrededor de 100 acciones concretas que la UE y sus Estados miembros han de aplicar hasta finales de 2008.

La evaluación constituye una parte sustancial del nuevo plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga. Se ha concebido como un proceso continuado, incremental y participativo. Es continuado porque la Comisión Europea,

con el apoyo del OEDT y Europol, presentará revisiones anuales de sus progresos. El ejercicio de evaluación también será incremental, dado que en cada revisión del progreso anual se establecerá la relación entre los resultados del año anterior y el contexto del año precedente. Y por último, el proceso será participativo, pues involucra en la evaluación a un grupo director, cuya labor consistirá en definir la metodología, los resultados y el calendario provisional. Al igual que en la evaluación del plan de acción de la UE (2000-2004), el grupo director estará compuesto por representantes de servicios relevantes de la Comisión, del OEDT y de Europol, así como por representantes de los Estados miembros. Asimismo, se organizarán audiencias consultivas para los representantes de la sociedad civil. Una vez concluido el plan de acción en materia de lucha contra la droga 2005-2008, y por vez primera en el ámbito europeo, se organizará una evaluación del impacto con vistas a proponer un nuevo plan de acción para el período 2009-2012, el cual tomará la evaluación como punto de partida. Entonces, la Comisión efectuará en 2012 una evaluación final de la estrategia y de los planes de acción.

Este plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga forma parte, asimismo, del plan de acción por el que se aplica el programa de La Haya, que establece los objetivos que deben alcanzarse en las áreas de la libertad, la seguridad y la justicia en la Unión Europea a lo largo del período 2005-2010. Este plan de acción fue presentado por la Comisión en mayo de 2005 y aprobado por el Consejo en junio de 2005.

El plan de acción de la UE 2005-2008 refleja el planteamiento global, equilibrado e interdisciplinario de la UE para hacer frente al problema de la droga, que aborda la cuestión desde todos los ángulos: coordinación, reducción de la demanda, reducción de la oferta, cooperación internacional, información, investigación y evaluación.

### Reducción del suministro de droga

Dos actividades importantes de la UE en materia de reducción del suministro de droga se pusieron en práctica con la entrada en vigor, el 18 de agosto de 2005, de los dos reglamentos de la CE sobre precursores, adoptados en 2004. Los controles sobre los precursores químicos constituyen un aspecto importante de la reducción del suministro de droga, dado que estas sustancias resultan indispensables en la producción de drogas. Las medidas que la UE desarrolla en esta área, son de dos tipos: en primer lugar, la regulación del comercio de ciertas sustancias entre la UE y terceros países y, en segundo lugar, la regulación dentro del mercado interior.

Adoptado en 1990 para satisfacer lo dispuesto en el artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas de 1988 sobre el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, que versa sobre el control de los precursores, el primer reglamento estableció medidas destinadas a impedir el desvío de determinadas

sustancias para la fabricación ilícita de estupefacientes y de sustancias psicotrópicas <sup>(1)</sup>. Este reglamento fue sustituido en diciembre de 2004 por uno nuevo en el que se ampliaba el marco de aplicación con vistas a combatir también la fabricación de drogas sintéticas <sup>(2)</sup>.

Una directiva del Consejo <sup>(3)</sup> adoptada dos años después, en 1992, completaba el sistema y contemplaba las disposiciones correspondientes dentro del mercado interior (la fabricación y puesta en el mercado de determinadas sustancias utilizadas para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas) y la puesta en marcha de medidas de control. Fue reemplazada por un nuevo reglamento adoptado el 11 de febrero de 2004 <sup>(4)</sup>. Como resultado de la ampliación de la UE, los legisladores comunitarios decidieron sustituir la directiva de 1992 por un reglamento, ya que «cualquier modificación de dicha directiva y sus anexos motivaría medidas nacionales de aplicación en 25 Estados miembros». El nuevo instrumento establece medidas armonizadas para el control y la supervisión, dentro de la UE, de ciertas sustancias utilizadas con frecuencia en la fabricación ilegal de drogas narcóticas y sustancias psicotrópicas, con miras a prevenir el desvío de este tipo de sustancias hacia tales usos. En particular, obliga a los Estados miembros a adoptar las medidas necesarias que permitan a sus autoridades competentes realizar sus servicios de control y vigilancia. Asimismo, el 18 de agosto de 2005 entró en vigor un reglamento por el que se establecen normas para aplicar estos dos reglamentos <sup>(5)</sup>.

Estas medidas orientadas al control de precursores completan otra parte de las importantes actividades de la UE destinadas a reducir el suministro de droga. Haciendo uso de las nuevas posibilidades brindadas por el Tratado de Maastricht, la UE ha desarrollado un marco jurídico para combatir el tráfico de drogas y para mejorar la cooperación entre los cuerpos y fuerzas de seguridad. Desde 1995-1996 se han venido adoptando varias acciones comunes en este ámbito. Más recientemente, el Consejo aprobó una decisión marco para armonizar las sanciones mínimas contra el tráfico de drogas y una decisión sobre nuevas sustancias psicoactivas (véase «Medidas relativas a nuevas drogas», p. 56).

Además de estos instrumentos legales, se ha adoptado y llevado a la práctica un programa marco de cooperación policial y judicial en materia penal (AGIS). Mediante este programa marco se pretende promover la cooperación en materia penal en la lucha contra la delincuencia entre los servicios policiales y judiciales y demás autoridades competentes de los Estados miembros de la UE y de los países candidatos. Desde 2003 se han financiado un gran número de proyectos con cargo a este programa.

Entre las áreas de actividad y los temas específicos del programa de trabajo y la convocatoria de propuestas AGIS 2006 (que se cerró en enero de 2006) se incluyen la producción y el tráfico de drogas organizados a escala internacional y el desvío de precursores.

### Blanqueo de capitales y confiscación de activos

Asimismo, se han realizado algunas modificaciones en los instrumentos jurídicos en materia de blanqueo de capitales y confiscación. La Directiva 91/308/CEE, relativa a la prevención de la utilización del sistema financiero para el blanqueo de capitales <sup>(6)</sup>, adoptada en 1991 sobre la base jurídica relativa al mercado interior y modificada en 2001, intentó armonizar la legislación en esta área entre Estados miembros. Una de las razones que llevaron a la adopción de esta directiva fue evitar la posibilidad de que la falta de medidas de la Comunidad Europea contra el blanqueo de capitales pudiera mover a los Estados miembros a adoptar medidas proteccionistas que conllevaran un retraso en el establecimiento y la realización del mercado interior. En junio de 2004, la Comisión presentó una nueva propuesta de directiva que perseguía el mismo propósito, pero que incluía, además, la financiación del terrorismo. Se había llegado a la conclusión de que la limitación del ámbito de aplicación de la directiva al producto del tráfico de estupefacientes resultaba demasiado restrictiva, y la Comisión propuso ampliar la gama de delitos contemplados. Esta nueva directiva, adoptada en octubre de 2005, ofrece una definición precisa de «delitos graves», y contempla el blanqueo del producto de tales delitos, incluida la financiación de actividades terroristas.

El 24 de febrero de 2005 el Consejo adoptó, asimismo, una decisión marco relativa «al decomiso de los productos, instrumentos y bienes relacionados con el delito». La finalidad de dicha Decisión marco es garantizar que todos los Estados miembros dispongan de normas efectivas que regulen el decomiso de los instrumentos y productos de infracciones penales que lleven aparejadas penas privativas de libertad de duración superior a un año. La legislación pertinente de la UE en vigor hasta ese momento se consideraba insuficiente. Esta nueva decisión marco tiene por objeto conseguir una cooperación transfronteriza efectiva en lo que respecta al decomiso. El mecanismo de decomiso se extiende a otros bienes relacionados con el delito en caso de que éste haya sido cometido en el marco de una organización delictiva y de que esté previsto en alguna de las decisiones marco de la UE. Entre estas decisiones cabe citar la Decisión marco 2004/757/JAI, relativa al establecimiento de

(1) Reglamento (CEE) n° 3677/90 del Consejo, de 13 de diciembre de 1990, DO L 357 de 20.12.1990, p. 1.

(2) Reglamento (CEE) n° 111/2005 del Consejo, de 22 de diciembre de 2004, DO L 22 de 26.1.2005, p. 1.

(3) Reglamento (CEE) n° 109/92 del Consejo, de 14 de diciembre de 1992, DO L 370 de 19.12.1992, p. 76.

(4) Reglamento (CE) n° 273/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de febrero de 2004, DO L 47 de 18.2.2004, p. 1.

(5) Reglamento (CE) n° 1277/2005 de la Comisión, de 27 de julio de 2005, DO L 202 de 3.8.2005, p. 7.

(6) Directiva 91/308/CEE del Consejo, de 10 de junio de 1991, relativa a la prevención de la utilización del sistema financiero para el blanqueo de capitales. DO L 166 de 28.6.1991, p. 77.

disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delitos y las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas. Los Estados miembros deberán tomar las medidas necesarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en esta decisión marco a más tardar el 15 de marzo de 2007.

### Salud pública

La reducción de la demanda forma parte integral del planteamiento europeo equilibrado en materia de drogas. En el contexto de la ejecución del programa de acción comunitario en materia de salud pública 2003-2008, la Comisión Europea seleccionó en 2005, para su financiación, algunos proyectos relacionados con las drogas con el objetivo de «promover la salud y prevenir las enfermedades actuando sobre los factores determinantes de la salud en todas las políticas y actividades». El primero de estos proyectos, denominado EU-DAP 2, viene a evaluar la efectividad del programa preventivo en escuelas EU-DAP (ensayo europeo de prevención de las drogodependencias), cuyo objetivo es reducir el consumo de tabaco, alcohol y drogas a largo plazo. El segundo proyecto, IATPAD (*Improvement of Access to Treatment for People with Alcohol and Drug-related Problems*), tiene por objeto mejorar el acceso a tratamiento a personas con problemas relacionados con el alcohol y las drogas. Otros proyectos horizontales incluyen algunos destinados a la prevención del consumo de drogas y debían ser asimismo cofinanciados, por ejemplo el denominado «Peer-Drive clean!» (*¡tío, conduce limpio!*), un proyecto innovador dirigido a jóvenes de edades comprendidas entre los 18 y los 24 años y cuyo objetivo es prevenir que los jóvenes conduzcan bajo la influencia del alcohol o las drogas. Estos proyectos han sido seleccionados para recibir una subvención y serán cofinanciados siempre y cuando prosperen las negociaciones con la Comisión Europea y se firme el acuerdo de subvención (?).

### Reglamento del OEDT

Finalmente, el 31 de agosto de 2005, la Comisión adoptó una nueva propuesta para la refundición del reglamento de base del OEDT. El nuevo reglamento constituye un importante instrumento para facilitar el trabajo del OEDT gracias a los nuevos mandatos que se le otorgan. En particular, permite al OEDT tener en cuenta las nuevas prácticas en el consumo de la droga y las nuevas tendencias al policonsumo, incluidos los consumos combinados de sustancias psicotrópicas legales y sustancias psicotrópicas ilegales; desarrollar herramientas e instrumentos que faciliten a los Estados miembros y a la UE el control y evaluación de sus políticas y estrategias en materia de droga; y cooperar con terceros países, como por ejemplo los países candidatos a la adhesión a la UE, o los países de los Balcanes Occidentales. Asimismo, incluye varios cambios en relación con el Comité Científico y el Consejo de Administración. Basado en el artículo 152 del Tratado CE, este texto debe

ser ahora adoptado por el Consejo y por el Parlamento Europeo siguiendo el procedimiento de codecisión.

## Nuevas legislaciones nacionales

Durante el período objeto del informe, algunos países han emprendido cambios importantes en su legislación sobre drogas en lo que respecta a los delitos tanto de posesión como de tráfico de drogas y las penas correspondientes.

En Rumanía, una nueva ley y un nuevo código penal han introducido la distinción entre delitos y faltas (siendo ahora las faltas punibles principalmente con trabajos para la comunidad y días-multa), entre consumidores y adictos, así como entre drogas de alto y de bajo riesgo. A los delitos relacionados con las drogas se pueden aplicar ahora la exención de la pena y el aplazamiento de la ejecución de la misma. Actualmente el tratamiento de los adictos se puede llevar a cabo mediante un programa de asistencia integrado supervisado por un gestor. Se han incrementado las penas de prisión para infracciones relativas al hecho de facilitar un lugar para el consumo de drogas, tolerar el consumo de drogas en dicho lugar o alentar el consumo de drogas. Asimismo, se han endurecido las penas por administrar ilegalmente drogas de alto riesgo a terceros y por suministrar inhalantes químicos tóxicos a menores.

En Bulgaria se aprobó en junio de 2004 la nueva Ley sobre el control de sustancias narcóticas y precursores. Esta ley determina las responsabilidades de los organismos estatales en el control de los procedimientos normativos en materia de drogas, en la aplicación de medidas contra la toxicomanía y el tráfico de drogas, y en el ámbito de la investigación. Una enmienda suplementaria eliminó la exención de responsabilidad penal de los adictos si éstos eran sorprendidos en posesión de una sola dosis (debatida más adelante).

En Eslovaquia, el nuevo código penal redefine los delitos de posesión de drogas para consumo personal y para tráfico. En contraste con el delito anterior de posesión para consumo propio (definido como no superior a una dosis), el artículo 171 establece dos tipos de delito de posesión para consumo propio en función del número de dosis (véanse detalles más adelante). Asimismo, se pueden imponer dos nuevas sanciones por estos delitos: arresto domiciliario vigilado o servicios a la comunidad. La posesión de más de 10 dosis deberá ser castigada de conformidad con el artículo 172, que prevé, en función de las circunstancias agravantes, penas de prisión desde que van desde los cuatro años hasta la cadena perpetua. Del mismo modo, se ha rebajado la edad de responsabilidad penal de 15 a 14 años.

En Lituania, la posesión de drogas con intención de venderlas ya no puede ser castigada con hasta 90 días en celdas policiales; actualmente este delito conlleva un castigo mínimo sensiblemente más severo (en concreto pena de prisión) si bien la pena mínima se

(?) Para más información consulte la dirección [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/action3\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm).

ha reducido de 5 a 2 años. La pena máxima por robo de una gran cantidad de drogas o robo a manos de un grupo organizado se ha ampliado a 15 años.

En Italia, en virtud de las modificaciones recientes de la legislación (febrero de 2006), se han reclasificado las drogas en dos grupos principales en lugar de seis (se han agrupado todas las sustancias sin efecto terapéutico, eliminándose la distinción entre drogas duras y blandas); se ha definido el umbral entre consumo personal y tráfico de drogas; se han revisado las sanciones a fin de incluir el arresto domiciliario y los servicios a la comunidad; y se ha mejorado el acceso a las alternativas a las penas privativas de libertad. Además, ahora todos los consumidores de drogas tendrán derecho a elegir libremente el tipo y la ubicación del tratamiento que deberán recibir y la institución que deberá certificar su estatus de drogodependientes, servicios que ya no brinda de forma exclusiva el sector público.

En el Reino Unido, la Ley sobre drogas de 2005 introdujo un número considerable de enmiendas a la legislación nacional, incluida una aclaración sobre la clasificación de hongos que contengan psilocina o psilocibina como drogas de la clase A. A tenor de dicha ley se crea, además, la presunción de intención de tráfico en caso de hallarse una cantidad específica de drogas controladas. Asimismo, para realizar un control a los delinquentes consumidores de drogas la policía no tendrá que esperar hasta que se formule una acusación formal, sino que podrá hacerlo en el mismo momento de su detención, y a las personas que den positivo también podrá exigirles que se sometan a un control para detectar el consumo de droga. Igualmente, en el momento de dictar sentencia, los tribunales deberán tener en cuenta factores agravantes (como la venta de drogas en las proximidades de un centro escolar). Los tribunales podrán decretar que las personas que hayan ingerido paquetes de droga permanezcan bajo custodia policial hasta 8 días (anteriormente 4 días). Asimismo, un tribunal o un jurado podrán extraer las conclusiones pertinentes si una persona se niega a someterse o bien a una inspección íntima o bien a una ecografía o radiografía sin alegar una razón de peso.

En general, en toda Europa existe una tendencia a reducir o abolir las penas privativas de libertad por delitos de consumo personal y, al mismo tiempo, a endurecer las penas por delitos relacionados con el suministro de droga <sup>(8)</sup>.

### Cantidades

Durante el período cubierto por el informe, varios países han adoptado disposiciones legales sobre las cantidades límite de drogas.

En Bélgica, tras la anulación por parte del Tribunal Constitucional del artículo 16 de la ley de 2003, el Ministerio de Justicia y el Fiscal General del Estado elaboraron una nueva directiva común sobre infracciones

relacionadas con el cannabis. Dicha directiva establece que si se sorprende a un adulto con una pequeña cantidad de cannabis para consumo personal (no más de tres gramos o una planta) simplemente debería hacerse constar este hecho en el registro de la policía, siempre y cuando no se den circunstancias agravantes.

En el nuevo código penal eslovaco la cantidad reviste un papel de gran importancia en los delitos relacionados con las drogas. El artículo 171 establece dos delitos de posesión para consumo propio: la posesión de no más de tres dosis puede ser castigada con hasta tres años de cárcel, mientras que para la tenencia de una «cantidad importante» (no más de diez dosis) se podrá imponer una pena de cárcel de hasta cinco años. Para la posesión de cantidades superiores a diez dosis será de aplicación el artículo 172. Este artículo permite imponer una pena de cárcel de entre 4 y 10 años, si no existen factores agravantes, y penas de entre 10 y 15 años por posesión de estas cantidades importantes (con un valor en la calle superior a 10 veces el «importe base» de 8 000 SKK, aproximadamente 200 euros), entre 15 y 20 años por posesión de drogas a una escala considerable (definida como superior a 100 veces el importe base) y entre 20 y 25 años o cadena perpetua por posesión a gran escala (definida como más de 500 veces el importe base).

De 2002 a 2005, el Instituto Max Planck de Alemania llevó a cabo una evaluación de la letra a) del artículo 31 de la Ley de estupefacientes alemana, que en determinadas circunstancias permite que no se persiga el delito de posesión de «cantidades insignificantes» de drogas. La evaluación reveló que, en la práctica, la aplicación de la letra a) del artículo 31 de la Ley de estupefacientes varía considerablemente en los 16 *Länder* alemanes, en parte debido a las diferentes interpretaciones de «insignificante» (Schäfer y Paoli, 2006). En marzo de 2005, el *Land* de Berlín revisó su «Directriz sobre el cannabis», según la cual la posesión de hasta 10 gramos de cannabis no constituye delito siempre y cuando se satisfagan ciertos criterios. Esta cantidad se puede incrementar a 15 gramos en casos específicos.

El Ministerio de Sanidad de Lituania modificó las recomendaciones acerca de lo que ha de considerarse una cantidad reducida, grande o muy grande de sustancias narcóticas y psicotrópicas, redefiniendo dichas cantidades. La Ley sobre drogas de 2005 del Reino Unido contempla ahora la presunción de intención de tráfico si se encuentra una cantidad determinada de drogas controladas. Las cantidades correspondientes han quedado definidas en la normativa adoptada en la primavera de 2006.

En Bulgaria, la Ley de modificaciones e integraciones al código penal (nuevo SG 26/04) deroga el apartado 3 de la letra a) del artículo 354 que eximía a los adictos de responsabilidad penal si eran sorprendidos en posesión de una sola dosis. Las dificultades para definir la cantidad correspondiente a una sola dosis y la evidencia

<sup>(8)</sup> Véase el Informe anual de 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/es/page013-es.html>). Véase también «*Illicit drug use in the EU: legislative approaches*» (El consumo ilegal de drogas en la UE: enfoques legislativos), un informe temático del OEDT (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

de que se ha abusado de esta exención por parte de los traficantes de droga ante los tribunales son algunas de las razones aducidas para adoptar esta medida.

En Italia, donde en 1993 se eliminaron los límites para definir el umbral que separa el consumo personal del tráfico de drogas, se impusieron nuevos límites en febrero de 2006 basados en la cantidad de los principios activos contenidos en la droga. Los límites están recogidos en un decreto específico del Ministerio de Sanidad de abril de 2006.

Como ya se desprende de los estudios realizados a partir de la Base de Datos Jurídica Europea Sobre Drogas (ELDD) <sup>(\*)</sup>, la cantidad de droga desempeña un papel diferente en la legislación de cada país; en algunos países (por ejemplo, Eslovaquia), se han definido de manera estricta las cantidades que delimitan ciertos delitos, mientras que en otros (por ejemplo, el Reino Unido) las cantidades simplemente representan orientaciones sobre las que se funda una presunción de intención de tráfico impugnabile. Las cantidades también permiten diferenciar delitos (por ejemplo posesión o venta), o determinan la pena por un mismo delito. Si bien un gran número de países hacen referencia en su legislación a la cantidad, ésta se define de formas muy diferentes (peso, valor) o incluso ni siquiera se llega a definir. Las últimas medidas adoptadas en Italia y en Bulgaria, aparentemente opuestas, siguen poniendo de manifiesto que en Europa no existe un consenso claro sobre este asunto.

### Estadísticas sobre imposición de penas

El seguimiento de las penas impuestas a delincuentes relacionados con la droga se ha debatido o aplicado en varios países, y en algunos casos ya se han tomado medidas en función de los resultados obtenidos.

En Irlanda se ha aprobado, de acuerdo con la estrategia nacional antidroga, la creación de una unidad central de estadísticas criminales para realizar un seguimiento de la información sobre detenciones, acciones judiciales y el tipo de sentencias dictadas.

La Ley de estupefacientes alemana permite al fiscal suspender el procedimiento por posesión de drogas bajo ciertas circunstancias sin que sea necesaria la aprobación de un juez. Si bien existen recomendaciones y directrices al respecto, la normativa difiere de manera significativa en los distintos Länder. En el marco del anteriormente citado estudio sobre estas diferencias, realizado por encargo del Ministerio de Sanidad, se examinaron las sentencias de más de 1 800 casos en seis Länder (Schäfer y Paoli, 2006).

En algunos Länder austríacos hubo intentos de estandarizar la aplicación del artículo 12 y del apartado 4 del artículo 35 de la Ley de estupefacientes, que prevén procedimientos simplificados para retirar denuncias a la policía en caso de

adquisición o posesión de pequeñas cantidades de cannabis. De otras estadísticas sobre imposición de penas se desprende que la retirada de denuncias como alternativa legal a la condena aumentó en 2004, si bien las denuncias a la policía y las condenas siguieron en aumento, mientras que el número de procedimientos suspendidos experimentó un ligero retroceso.

En Rumanía, se sometieron a examen las estadísticas sobre imposición de penas para verificar el éxito de la reinserción social de los consumidores de droga que, además del consumo en sí, cometan otros delitos. En la mayoría de los casos, se suspendió la ejecución de la pena impuesta. Desde 2004 se ha observado que los tribunales imponen un tratamiento obligatorio con menor frecuencia, lo que ha llevado a que se reduzca, de hecho, la implicación de los servicios de libertad vigilada y su contribución a la rehabilitación social de consumidores de droga.

Las estadísticas sobre la imposición de penas o el hecho de evitar la imposición de las mismas brindan una imagen mucho más exacta de la aplicación de la política antidroga de un país que los textos legislativos (véase OEDT, 2002a). Si bien no todos los Estados miembros recaban estadísticas exhaustivas sobre la imposición de penas, y sí estadísticas sobre detenciones, ya existen algunos informes que reflejan el gran interés de los países por controlar la aplicación de dicha política, en consonancia con la tendencia de evaluar los instrumentos políticos <sup>(10)</sup>. El tema de la recopilación y análisis de estadísticas sobre imposición de penas fue tratado en una reunión de expertos del OEDT en 2006.

### Delitos relacionados con la droga

La acción 25.1 del plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2005-2008 prevé la adopción por parte del Consejo, a más tardar en 2007, de una definición común del término «delincuencia relacionada con la droga», que, partiendo de una propuesta de la Comisión, deberá elaborarse sobre la base de los estudios existentes que deberá remitir el OEDT.

Si bien aún no existe en la UE una definición de delitos relacionados con la droga, normalmente se considera que son aquellos que se cometen bajo la influencia de las drogas, con la finalidad de financiar el consumo de drogas, en el contexto del funcionamiento de los mercados de drogas ilegales o infringiendo la legislación antidroga. En la UE sólo existen datos rutinarios de este último tipo de delitos, los que violan la legislación antidroga.

En la UE, sobre las tres primeras categorías de delito apenas existen datos o son incompletos. Algunos proceden de los estudios locales *ad hoc*, de modo que difícilmente permiten hacer extrapolaciones, mientras

(\*) Véanse el informe jurídico de la ELDD «*The role of the quantity in the prosecution of drug offences*» (El papel de la cantidad en la persecución de delitos en materia de drogas), y el cuadro 1 del informe temático del OEDT «*Illicit drug use in the EU: legislative approaches*» (El consumo ilegal de drogas en la UE: enfoques legislativos), (ambos disponibles en: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

(10) Véase «Políticas nacionales: evaluación de la legislación» (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/es/page013-es.html>).

### Informes sobre la relación entre las drogas y la delincuencia

En el año 2005, se realizó una encuesta en la sede central de la policía regional de la República Checa por segundo año consecutivo sobre la delincuencia relacionada con las drogas. Se estima que, en el año 2004, en torno a un 62 % de los delitos de fabricación/distribución de drogas, un 25 % de los delitos de fraude, un 21 % de los delitos de apropiación indebida de fondos/propiedad y un 20 % de los robos ordinarios fueron cometidos por consumidores de drogas para financiar su propio consumo (informe nacional de la República Checa).

Una encuesta realizada en el año 2004 entre jóvenes de 15 a 16 años en Finlandia reveló que en torno al 7 % de los que habían consumido cannabis durante el último año habían financiado su consumo de manera ilegal, más de la mitad vendiendo drogas y el resto, principalmente, robando (Kivivuori et al., 2005, citado en el informe nacional de Finlandia).

En Irlanda, dos estudios realizados por la unidad de investigación de la policía irlandesa (Garda) en 1996 y 2000/2001 entre una muestra de consumidores de drogas conocidos por la policía estimaron que los consumidores eran responsables del 66 % de los delitos detectados en 1996 y del 28 % en 2000/2001 (Keogh, 1997; Furey y Browne, 2003, citado en el informe nacional de Irlanda). Según la encuesta realizada en 2000/2001, los consumidores de opiáceos eran responsables del 23 % de los hurtos y del 37 % de los robos con allanamiento de morada detectados.

que otros hacen referencia únicamente a un tipo específico de delitos relacionados con la droga.

Los datos sobre «notificaciones» <sup>(11)</sup> de delitos contra las leyes antidroga están disponibles en todos los países europeos analizados en este informe. Dichas notificaciones reflejan diferencias entre las legislaciones nacionales, pero también entre las distintas formas de aplicarlas y hacerlas cumplir, y entre las prioridades y recursos que los organismos judiciales asignan para delitos concretos. Además, los sistemas de información sobre las infracciones a la legislación antidroga presentan diferencias según los países, sobre todo en lo que se refiere a los procedimientos de notificación y registro, es decir, qué se registra, cuándo

y cómo. Estas diferencias dificultan la comparación directa de los datos entre los países de la UE <sup>(12)</sup>, por lo que resulta más apropiado comparar tendencias que cifras absolutas.

Durante un período de 5 años, entre 1999 y 2004, el número de «notificaciones» de infracciones a la legislación antidroga aumentó en la mayoría de los países de la UE [de hecho en todos los países que facilitaron información, excepto Italia y Portugal, siendo especialmente significativo el incremento, del doble o más, en Estonia, Lituania <sup>(13)</sup>, Hungría <sup>(14)</sup> y Polonia]. En 2004, esta tendencia al alza se confirmó en la mayoría de los países que facilitaron información <sup>(15)</sup>, si bien algunos países como la República Checa, Grecia, Letonia, Luxemburgo, Portugal, Eslovenia (desde 2001), Eslovaquia, Finlandia y Bulgaria <sup>(16)</sup> comunicaron una caída con respecto al año anterior.

En la mayoría de los Estados miembros de la UE, la mayor parte de los delitos notificados contra la legislación antidroga <sup>(17)</sup> están relacionados con el consumo de drogas o con la posesión para el consumo <sup>(18)</sup>, porcentaje que en 2004 variaba del 61 % de todos los delitos contra la legislación antidroga, en Polonia, hasta el 90 %, en Austria. En la República Checa, Luxemburgo, los Países Bajos y Turquía, la mayoría de los delitos notificados contra la legislación antidroga están relacionados con la venta o con el tráfico, con una proporción que varía del 48 % de todos los delitos contra la legislación antidroga, en Luxemburgo, al 93 %, en la República Checa.

Durante el mismo quinquenio, el número de delitos relacionados con el consumo y posesión de drogas para su consumo aumentó en general en todos los países que facilitaron información, excepto en Italia, Portugal, Eslovenia, Bulgaria y Turquía, que registraron una tendencia a la baja <sup>(19)</sup>. El porcentaje de estas infracciones con respecto a todos los delitos cometidos contra la legislación antidroga también aumentó durante ese período en la mayoría de los países que proporcionaron datos, aunque la tasa de incremento fue en general lenta, excepto en Chipre, Polonia y Finlandia, donde se observaron tendencias alcistas considerables. En cambio, en Luxemburgo, Portugal, Bulgaria y Turquía, la proporción de delitos contra las leyes antidroga

<sup>(11)</sup> El término «notificación» de infracciones a la legislación antidroga figura entrecorriado porque abarca distintos conceptos que varían según los países. Para conocer la definición exacta que aplica cada país, véanse las notas metodológicas sobre definiciones de las «notificaciones» de las infracciones a la legislación en materia de drogas del boletín estadístico de 2006.

<sup>(12)</sup> Para una exposición más completa de las cuestiones metodológicas, véanse las notas metodológicas sobre definiciones de las «notificaciones» de las infracciones a la legislación en materia de drogas del boletín estadístico de 2006.

<sup>(13)</sup> El incremento en Lituania se debe a la aplicación en mayo de 2003 del nuevo código penal.

<sup>(14)</sup> El incremento en Hungría se debe principalmente a una enmienda al código penal y al código de procedimiento penal.

<sup>(15)</sup> Los datos sobre «notificaciones» de delitos contra las leyes antidroga estuvieron disponibles durante el período 1999-2004 en todos los países (aunque en algunas ocasiones no de todos los años), excepto en Chipre, Eslovaquia, Bulgaria, Rumanía, Turquía y Noruega, y durante 2004 en todos los países excepto en Irlanda, el Reino Unido y Noruega.

<sup>(16)</sup> Véanse el cuadro DLO-1 y el gráfico DLO-1 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(17)</sup> En todos los países se dispuso de un desglose por tipo de delito (aunque en algunas ocasiones no de cada año durante el período 1999-2004), excepto en Dinamarca, Estonia, Letonia, Lituania, Hungría, Eslovaquia y Rumanía.

<sup>(18)</sup> Véase el cuadro DLO-2 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(19)</sup> Véase el cuadro DLO-4 en el boletín estadístico de 2006.

relacionados con el consumo y la posesión de drogas para su consumo ha experimentado un descenso general <sup>(20)</sup>.

En la mayoría de los Estados miembros, el cannabis continúa siendo la droga ilegal que más aparece mencionada <sup>(21)</sup> en las infracciones a la legislación antidroga <sup>(22)</sup>. En los países en que este es el caso, los delitos relacionados con el cannabis cometidos en 2004 representaron entre el 34 % y el 87 % de todas las infracciones a la legislación antidroga. En la República Checa y en Lituania predominaron los delitos relacionados con las anfetaminas, que correspondieron, respectivamente, al 50 % y al 31 % de todas las infracciones a las leyes antidroga; en cambio, en Luxemburgo la mayoría de los delitos en materia de drogas (el 43 %) tenían a la cocaína como protagonista.

En el período de 1999-2004, en general el número de «notificaciones» de infracciones a la legislación antidroga relacionadas con el cannabis aumentó en la mayoría de los países que han proporcionado datos, mientras que hubo un descenso evidente en Italia y Eslovenia <sup>(23)</sup>. Durante el mismo período, la proporción de delitos relacionados con el cannabis aumentó en Alemania, España, Francia, Lituania, Luxemburgo, Portugal, el Reino Unido y Bulgaria, mientras que se mantuvo estable en general en Irlanda y los Países Bajos, y descendió en Bélgica, Italia, Austria, Eslovenia y Suecia <sup>(24)</sup>. Si bien en todos los países que facilitaron información (excepto en la República Checa y Bulgaria y durante algunos años en Bélgica) entre los delitos relacionados con el cannabis

predominan aquellos relativos al consumo y a la posesión de drogas para su consumo sobre otros tipos de infracciones a las leyes antidroga, la proporción de delitos relativos al consumo de cannabis ha ido descendiendo desde 1999 en varios países, concretamente en Italia, Chipre (2002-2004), Austria, Eslovenia y Turquía (2002-2004), y se redujo durante el año pasado (2003-2004) en la mayoría de los países que han proporcionado datos. Esto podría indicar que los cuerpos y fuerzas de seguridad de estos países persiguen con menos vehemencia a los consumidores de cannabis <sup>(25)</sup>.

Durante el mismo quinquenio, el número de «notificaciones» y/o el porcentaje de delitos relacionados con las drogas que incluyen heroína descendió en la mayoría de los países que facilitaron datos, excepto en Bélgica, Austria, Eslovenia y Suecia, que informaron de tendencias alcistas en el número de «notificaciones» relacionadas con la heroína <sup>(26)</sup> y/o el porcentaje de delitos relacionados con las drogas que incluyen heroína <sup>(27)</sup>.

En las infracciones relacionadas con la cocaína se puede observar la tendencia inversa: en cuanto al número de «notificaciones» <sup>(28)</sup> y el porcentaje en relación con todas las infracciones a las leyes antidroga <sup>(29)</sup>, los delitos relacionados con la cocaína han experimentado un incremento desde 1999 en la mayoría de los países que facilitaron datos. Bulgaria es el único país que ha informado de una tendencia a la baja en delitos relacionados con la cocaína (tanto en lo que respecta al número como al porcentaje de delitos en materia de drogas).

### **Políticas europeas en materia de drogas: ¿debe ampliarse su ámbito de aplicación más allá de las drogas ilegales?, en el Informe anual del OEDT de 2006: cuestiones particulares**

En Europa, el ámbito de aplicación de las políticas en materia de drogas está empezando a extenderse más allá de las drogas ilegales y a abarcar otras sustancias adictivas o incluso tipos de comportamiento. Esto queda reflejado en las políticas en materia de drogas de algunos Estados miembros y en las estrategias de la UE en este terreno. Cada vez más, las investigaciones se dirigen hacia el problema de la adicción o los comportamientos adictivos, indistintamente de las sustancias que implique. La cuestión particular sobre la creciente atención que se presta a las sustancias legales o a la adicción por sí misma en las estrategias o documentos de orientación nacionales en materia de drogas ilegales tiene como objetivo presentar una primera visión de este fenómeno emergente en la Unión Europea.

A pesar de que las estrategias en materia de drogas no siempre hacen referencia a las drogas legales o a las adicciones, la cuestión particular constata que los programas de prevención y, en algunos países, las medidas de tratamiento tienen como objeto tanto las drogas legales como ilegales, y consideran a los niños y a los jóvenes como objetivo prioritario. Cada vez resulta más común que las drogas legales se vayan integrando poco a poco, ya sea con fines estratégicos o institucionales, en las políticas y medidas contra las drogas ilegales.

Esta cuestión particular está disponible en forma impresa («European drug policies: extended beyond illicit drugs?», en *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) o a través de Internet únicamente en su versión inglesa (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

<sup>(20)</sup> Véase el cuadro DLO-5 en el boletín estadístico de 2006.

<sup>(21)</sup> En todos los países se dispuso de un desglose de infracciones a la legislación antidroga por tipo de sustancia (aunque en algunas ocasiones no de cada año durante el período 1999-2004), excepto en Dinamarca, Estonia, Letonia, Hungría, Finlandia, Rumanía y Noruega.

<sup>(22)</sup> Véase el cuadro DLO-3 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(23)</sup> Véase el gráfico DLO-2 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(24)</sup> Véase el cuadro DLO-6 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(25)</sup> Véase el gráfico DLO-3 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(26)</sup> Véase el gráfico DLO-4 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(27)</sup> Véase el cuadro DLO-7 del boletín estadístico de 2006; obsérvese que en Suecia el porcentaje de delitos relacionados con la heroína descendió durante el período 1999-2003.

<sup>(28)</sup> Véase el gráfico DLO-5 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(29)</sup> Véase el cuadro DLO-8 del boletín estadístico de 2006.



## Capítulo 2

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

### Prevención

Las experiencias en algunos Estados miembros sugieren que las medidas de prevención del consumo de drogas a nivel individual podrían ser más efectivas si tuviesen además el respaldo de políticas reguladoras sobre drogas legales capaces de restringir el acceso de los jóvenes a estas sustancias y reducir su aceptación social. En consecuencia, las estrategias de prevención dirigidas a entornos específicos que abordan el marco normativo y cultural del consumo de sustancias están ganando terreno en algunas partes de Europa, respaldadas por los primeros pasos dados en el ámbito de la UE: la Directiva sobre publicidad del tabaco y el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (véase la sección sobre estrategias dirigidas a entornos específicos en la cuestión particular sobre el consumo de drogas en lugares de ocio).

Cada vez se tiende más a considerar que las campañas en los medios de comunicación deberían contribuir más bien a sensibilizar sobre el tema (reforzar y apoyar los principios subyacentes de las estrategias dirigidas a entornos específicos y explicárselos al grueso de la población), que a intentar promover un cambio del comportamiento. A este respecto, una revisión de la bibliografía internacional llevada a cabo en Alemania (Bühler y Kröger, 2005, citada en el informe nacional de Alemania) recomienda que las campañas en los medios de comunicación sean utilizadas como medida de acompañamiento y no como la única medida para lograr cambios en el comportamiento.

### Prevención en materia de salud pública

Mientras que la promoción de la salud —condición marco para la prevención— tiene por objeto fomentar un estilo de vida saludable y crear condiciones de vida saludables para todos, un nuevo concepto, el de «prevención en materia de salud pública» aparece mencionado cada vez con mayor frecuencia por algunos Estados miembros (Italia, Países Bajos, Eslovaquia) y Noruega. La prevención en materia de salud pública engloba una serie de medidas preventivas destinadas a mejorar la salud de los sectores más vulnerables de la sociedad, siendo la prevención del consumo de drogas una de estas medidas. Estas medidas se han concebido teniendo especialmente en cuenta las necesidades de los jóvenes, cuyos comportamientos problemáticos, incluido el consumo de drogas, están

condicionados en gran medida por la vulnerabilidad (social y personal) y por las condiciones de vida. Por lo tanto, dado que las estrategias de prevención selectiva y específica se orientan a condiciones sociales y personales de riesgo, se vinculan de forma natural con otras políticas en materia de salud pública relevantes para los jóvenes (estrategias de salud mental para tratar trastornos de la conducta, trastornos de déficit de atención, etc. en adolescentes), políticas sociales (disponer espacios de ocio y brindar apoyo a jóvenes vulnerables o familias menos favorecidas), políticas educativas (reducción del abandono escolar), etc. De ahí que la prevención en materia de salud pública tenga como objetivo todos los factores de vulnerabilidad relevantes para atajar los problemas relacionados con la droga, implicando a servicios y sectores que de otra manera no abordarían el tema de la droga.

### Prevención universal en la escuela

En el marco de la prevención escolar, los enfoques preventivos que trabajan con programas van cobrando cada vez mayor importancia. La prevención mediante programas comprende una prestación estandarizada en un número definido de sesiones, cada una con contenidos exactamente definidos y material didáctico pormenorizado para el profesor y el alumno. De esta manera, se facilita el seguimiento y la evaluación y es mayor la precisión, fidelidad y coherencia de las medidas, lo que permite obtener excelentes resultados. En consecuencia, ha aumentado el número de Estados miembros que realizan un seguimiento de las intervenciones de prevención escolar (República Checa, Grecia, España, Irlanda, Italia, Chipre, Hungría, Países Bajos y Reino Unido). El primer estudio europeo para prevenir las toxicomanías (*European Drug Abuse Prevention Trial* – <http://www.eudap.net>) mostró resultados prometedores. Financiado por la Comisión Europea, el proyecto fue realizado en siete países, nueve centros regionales y 143 escuelas, con la participación de 7 000 estudiantes (3 500 en un grupo de ensayo y 3 500 en un grupo de control), y sometido a una contraevaluación. Según el informe EU-Dap, comparándolos con el grupo de control, la probabilidad de que los estudiantes del grupo de ensayo fumen todos los días es un 26 % menor, la probabilidad de que beban con frecuencia, un 35 % menor, y la probabilidad de que consuman cannabis, un 23 % menor. Un enfoque similar de la investigación, basado

en programas, es el denominado Blueprint, puesto en práctica en el Reino Unido <sup>(30)</sup>. Además, en la aplicación de medidas de prevención escolar se enfatiza más en la actualidad una orientación técnica más estricta y una mejor cobertura (por ejemplo en Francia y en Irlanda).

### Presencia policial en las escuelas

El papel de la policía en la prevención escolar es controvertido. En Bélgica, la comunidad francesa recomienda que la política de prevención y de promoción de la salud sea aplicada por las autoridades escolares y sostiene que las fuerzas policiales no deberían participar en programas preventivos. Asimismo, en el Reino Unido, un documento de orientación (*ACPO Drugs Committee, 2002*) recomendaba que la policía actuase únicamente en las áreas de su competencia (seguridad, delitos, orden público) y que no se implicase en la educación en materia de droga. En este contexto, Portugal continúa aplicando un modelo policial de proximidad dirigido a los centros escolares denominado «Escola Segura». Durante el año escolar 2004/2005 se destinó específicamente a un total de 320 policías al entorno escolar con el propósito de aplicar un modelo policial de proximidad y como medida de disuasión de la delincuencia, tanto de día como de noche. En Francia, expertos formados por los cuerpos y fuerzas de seguridad para entablar contacto con jóvenes o adultos, visitan escuelas u otras instalaciones que se lo pidan. No obstante, a pesar de haberse recomendado que los agentes de policía vestidos de uniforme no participen en la educación en materia de droga, ya que en algunos casos podría resultar contraproducente, la policía sigue desempeñando actividades en las escuelas en varios Estados miembros.

### Prevención selectiva

Dado que actualmente la mayoría de los Estados miembros reconoce y desarrolla enfoques de prevención selectiva, las estrategias preventivas se dirigen cada vez más a grupos vulnerables. Por ejemplo, Alemania, Grecia, Luxemburgo, Austria, Finlandia y el Reino Unido cuentan con programas destinados a jóvenes delincuentes.

Varios países (por ejemplo Polonia y Eslovaquia) han empezado a centrarse en grupos de riesgo. En Suecia, en comparación con años precedentes, el refuerzo más obvio de las actividades se ha producido en programas para niños en edad preescolar en situación de riesgo y en escolares con un comportamiento llamativo. El número de municipios que aplican estos programas prácticamente se ha duplicado. Además, Noruega está desarrollando una estrategia nacional de intervención precoz contra el problema del consumo de droga y de alcohol, en virtud de la cual el trabajo de prevención se dirigirá específicamente a los grupos de riesgo. Los enfoques que no se basan en la abstinencia resultan efectivos para reducir no solamente el consumo, sino también para evitar la iniciación de estos grupos, en los que el consumo de droga es ya incipiente.

Por este motivo, Polonia cuenta con un programa a escala nacional para modificar el comportamiento hacia las drogas de niños vulnerables o que se están iniciando en el consumo de droga. El programa polaco tiene como objetivo específico apoyar a las familias en la resolución de los problemas relacionados con la droga. A este respecto, resulta de gran ayuda que el enfoque de prevención selectiva no se centre en el consumo de droga y que tampoco estigmatice su consumo; al contrario, pone el énfasis en la vulnerabilidad en un sentido amplio.

Los Estados miembros también orientan cada vez más sus políticas de prevención selectiva a grupos étnicos específicos: cuatro países (Bélgica, Alemania, Italia y Luxemburgo) informan de nuevos proyectos en esta área. En Italia, la prioridad de numerosos proyectos es ahora proteger a los niños, a las madres y a las familias de inmigrantes o a aquellas que pertenezcan a las minorías étnicas. Luxemburgo informa de que se presta una atención especial a los jóvenes y a la mayor comunidad de inmigrantes, abordando principalmente las particularidades lingüísticas y socioculturales.

### La prevención selectiva en las escuelas

Los programas de prevención selectiva del consumo de droga se dirigen cada vez más a jóvenes que corren el riesgo de abandonar la escuela y/o con problemas de comportamiento, por ejemplo en Italia, donde un 15 % de las intervenciones preventivas en las escuelas tienen como objetivo los subgrupos de estudiantes de mayor riesgo (prevención selectiva y específica). La prevención selectiva en las escuelas se dirige principalmente a subgrupos compuestos por estudiantes con problemas de comportamiento social, problemas escolares o familiares, inmigrantes y pertenecientes a minorías étnicas. De hecho, el rendimiento escolar y la asistencia a clase son dos buenos indicadores para detectar problemas con las drogas, y su seguimiento permite una intervención precoz y certera.

El abandono escolar es el eje sobre el que giran los programas de prevención de consumo de drogas en varios Estados miembros. El proyecto HUP en el distrito danés de Storstrom tiene por objeto incrementar el promedio de conclusión de los estudios del 75 % y acercarse al objetivo nacional, que es del 95 %, centrandose en los estudiantes más vulnerables. En los informes de Irlanda, Portugal (47 proyectos), Rumanía (un proyecto) y Noruega (prospectos para los profesores) se citan proyectos similares. Un objetivo oficial de la estrategia nacional de Irlanda es reducir los porcentajes de abandono escolar precoz en las áreas del LDTF (*local drug task force* [unidad operativa local de lucha contra la droga]) en un 10 % con respecto al período 2005/2006. Los programas de prevención selectiva de Malta se dirigen a los estudiantes de mayor riesgo, mientras en Francia y Eslovaquia se ofrecen servicios de asesoramiento en

<sup>(30)</sup> <http://www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/>

las escuelas a los que los estudiantes pueden acudir por iniciativa propia o ser derivados por terceras personas.

### Prevención basada en la familia

Dado que los niños se inician en el consumo de drogas cada vez antes, la mejora e intensificación de la prevención desde la familia van ganando en importancia. En el caso de los preadolescentes, la influencia de la familia prevalece sobre la influencia de los amigos. El papel de la familia a la hora de establecer normas y brindar apoyo a los hijos es más útil para la prevención que la divulgación de información sobre sustancias adictivas.

Las medidas preventivas basadas en la familia que se aplican en la UE son cada vez más selectivas y centradas en las necesidades. Varios Estados miembros (Alemania, España, Irlanda, Italia y el Reino Unido) han reconocido que las instituciones pueden encontrar dificultades para contactar con familias problemáticas. En consecuencia, en el Reino Unido la campaña FRANK ha desarrollado un paquete de medidas para ayudar a los equipos de acción en materia de drogas y alcohol y a los médicos comprometidos con la prevención a llegar a la familia, mientras en otros Estados miembros se están poniendo en práctica los programas de prevención selectiva orientados a familias en riesgo. Estos programas emplean diversas técnicas para atraer a las familias en riesgo (por ejemplo, ofreciéndoles alimentos, incentivos financieros, servicio de canguro), la mayoría de ellos basados en el programa de reforzamiento familiar *Strengthening Families Program* desarrollado por Kumpfer (Kumpfer et al., 1996).

El *Strengthening Families Program* (SFP) se está aplicando en España (Palma de Mallorca y Barcelona), los Países Bajos (dos ciudades, estudio de evaluación) y Suecia (dos ciudades). En Irlanda e Italia se están llevando a cabo medidas de formación y en Italia está previsto que el programa se haga extensivo a varias ciudades. Noruega está evaluando un programa similar, el MST, en el marco de un estudio controlado aleatorio. Estos programas selectivos basados en la familia presentan características similares en todos los Estados miembros en los que se han aplicado.

En Polonia y en algunos *Länder* austríacos se están realizando programas para niños abandonados y jóvenes procedentes de familias disfuncionales. Estos programas se aplican en instalaciones locales de las organizaciones comunitarias, como salas comunes para actividades socioterapéuticas, instalaciones educativas, clubes juveniles y centros de prevención.

Algunos países se centran cada vez más en los hijos de alcohólicos (Bélgica, Alemania, Austria). Los demás todavía se limitan a los hijos de consumidores de droga.

### Prevención basada en la comunidad

La mayoría de los programas de prevención selectiva se llevan a cabo en el ámbito de la comunidad. Esto se debe en parte a que los diferentes servicios sociales

involucrados están coordinados a este nivel. No obstante, en países donde las comunidades tienen la facultad y la voluntad de imponer el cumplimiento de las normas locales, la comunidad es la unidad natural para las estrategias dirigidas a entornos específicos. La prevención selectiva basada en la comunidad es habitual en los países nórdicos y en Bélgica, los Países Bajos, Polonia, y el Reino Unido, y está experimentando un incremento en países que en el pasado hicieron menos uso de este enfoque (Francia, Italia, Hungría y Portugal).

Gracias a que establecen normas comunitarias sobre la disponibilidad y métodos de consumo de drogas legales y optimizan los servicios locales, las estrategias locales de prevención dirigidas a entornos específicos constituyen un buen punto de partida para garantizar la eficacia de los programas de prevención del consumo de droga.

### Control de la calidad en la prevención

El control de la calidad en la prevención va subiendo enteros, especialmente porque algunos Estados miembros han transferido las competencias y las responsabilidades en materia de prevención al ámbito local (Dinamarca, Italia, Países Bajos, Polonia, Portugal y Eslovenia) o han delegado responsabilidades en cuanto a la prevención del consumo de droga a organizaciones no gubernamentales (ONG) o asociaciones semiindependientes (Bélgica, Alemania, Francia, Hungría y Finlandia). En consecuencia, algunos Estados miembros hacen referencia en sus informes a estrategias para proporcionar criterios de calidad comunes, normas y servicios de asesoramiento profesional en el ámbito local que brindan apoyo a las escuelas o las comunidades en el desarrollo de políticas escolares (Bélgica, Dinamarca, los Países Bajos y el Reino Unido), en la ejecución de programas de prevención adecuados y en garantizar unos criterios de calidad mínimos (Dinamarca, Francia, Lituania, Hungría, Eslovaquia, Reino Unido, Rumanía y Noruega).

Grecia y Austria son pioneros en el establecimiento de especificaciones para la acreditación de los servicios de prevención o los profesionales de programas preventivos.

### Medidas de tratamiento y reducción de daños

Dos importantes instrumentos de la UE sientan las bases para la recopilación de datos del OEDT sobre medidas de reducción de daños y tratamiento del problema de la droga:

- La estrategia de la UE en materia de drogas (2005-2012) y su primer plan de acción 2005-2008, que presentan un marco para las políticas nacionales, así como recomendaciones detalladas para emprender medidas en los Estados miembros con el fin de prevenir el consumo de droga e incrementar la cobertura y la calidad del tratamiento y de los servicios de reducción de daños.

- La Recomendación del Consejo de 18 de junio de 2003 <sup>(31)</sup>, que ofrece más recomendaciones específicas sobre medidas cuya aplicación deberían considerar los Estados miembros con el fin de prevenir y reducir los daños para la salud asociados a la drogodependencia, y de proporcionar un alto nivel de protección de la salud. Esta recomendación ha sido afianzada mediante su inclusión en el plan de acción de la UE como objetivo 14.

Para evaluar el estadio de aplicación de la estrategia, es importante determinar los niveles de provisión de servicios y en qué medida se hace uso de los mismos. En última instancia, no obstante, serán necesarias estimaciones fiables sobre la cobertura (es decir, hasta qué punto las medidas destinadas al tratamiento y a la reducción de daños llegan al grupo objetivo), a fin de valorar los objetivos del plan de acción y crear una base para evaluar el impacto de la estrategia.

Durante los 8 años de aplicación de la estrategia, el OEDT presta su apoyo a la Comisión en el proceso de evaluación, mediante el suministro de datos del sistema de indicadores epidemiológicos de la UE y el desarrollo y la aplicación de una serie de herramientas específicas para la recopilación de datos, para determinar la provisión de servicios y el uso de servicios de tratamiento y de reducción de daños. Si se compara con la buena panorámica sobre la situación epidemiológica obtenida gracias a que el OEDT ha impulsado el desarrollo y la puesta en práctica de un seguimiento

basado en indicadores, la presentación de informes estandarizados sobre las medidas es menos habitual.

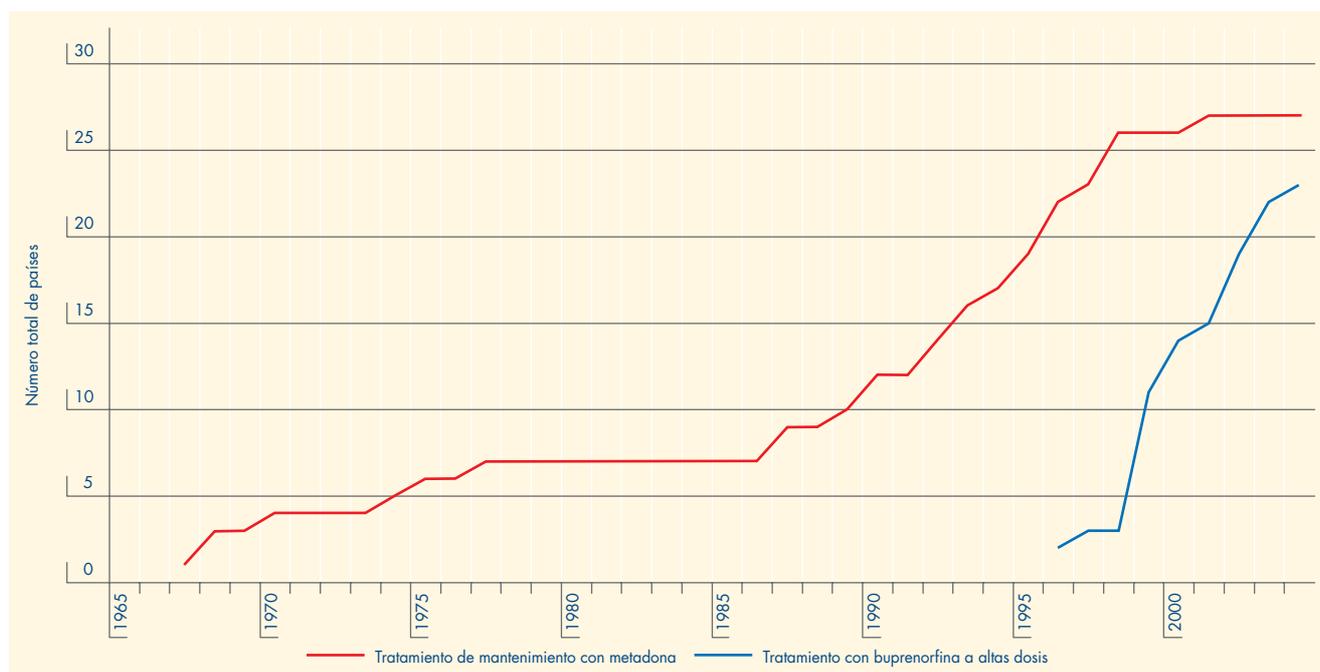
### Tratamiento de sustitución a base de opiáceos

El tratamiento de mantenimiento con metadona para los consumidores de heroína fue puesto en práctica por primera vez en Europa en Suecia (en 1967), los Países Bajos y el Reino Unido (1968), así como en Dinamarca (1970), pero su uso estuvo limitado durante muchos años.

Cuando se descubrió la velocidad con que se extendía la epidemia del VIH entre los consumidores de droga en los países de Europa Occidental, en numerosos países los enfoques y objetivos terapéuticos empezaron a desplazar la abstinencia como el primer objetivo a alcanzar para adoptar intervenciones más orientadas hacia la reducción de los daños asociados al consumo de droga. Se reconoció la necesidad de repetir tratamientos, y se reconocieron además los beneficios de los tratamientos de mantenimiento con droga para estabilizar y mejorar la salud y la situación social de los consumidores de opiáceos, así como para el conjunto de la sociedad.

A principios de los años noventa, se generalizó cada vez más el mantenimiento con metadona como modalidad de tratamiento. En 2001, la habían introducido 24 países de la UE, así como Bulgaria, Rumanía y Noruega (gráfico 1). Sin embargo, el alcance y la cobertura difieren considerablemente entre países (véase el capítulo 6).

**Gráfico 1.** Introducción de la terapia de mantenimiento con metadona y del tratamiento con buprenorfina a altas dosis en los Estados miembros de la UE, los países candidatos y Noruega



Fuentes: Puntos focales nacionales.

<sup>(31)</sup> Recomendación 2003/488/CE del Consejo.

En 1996, se estableció por primera vez en un Estado miembro de la UE la base jurídica para el uso de la buprenorfina en el tratamiento médico a los consumidores de heroína (véase la cuestión particular sobre la buprenorfina en el Informe anual de 2005). Actualmente está disponible y es utilizada en la mayoría de los Estados miembros. Dado que, en el marco de las Convenciones de las Naciones Unidas en materia de drogas, la buprenorfina es sometida a una reglamentación menos estricta, los países disponen de un margen mayor para su prescripción. En algunos países, esta opción de tratamiento ha originado un rápido incremento del número de pacientes tratados. Además de tratamientos de sustitución con agonistas, se están investigando nuevas formas de tratamiento farmacoterapéutico. Asimismo, en la actualidad se están buscando tratamientos para los consumidores de cocaína y *crack*, muchos de los cuales también consumen o han consumido heroína (véase también el capítulo 5).

Se estima que en el año 2003 recibieron un tratamiento de sustitución en la UE más de medio millón de consumidores de opiáceos, lo que corresponde a un tercio de los 1,5 millones de consumidores de opiáceos problemáticos que se estima existen en la actualidad (OEDT, 2005a). Los nuevos Estados miembros y los países candidatos sólo representan una pequeña fracción de los pacientes en tratamiento de sustitución en la zona europea, lo que se puede explicar en parte por los bajos niveles de consumo de opiáceos en esos países. Si bien la oferta de tratamientos de sustitución en esos países sigue siendo reducida, existen algunos indicios de una tendencia al alza en Estonia, Lituania y Bulgaria.

La información proporcionada pone de manifiesto que en algunos países ha seguido aumentando la oferta de tratamientos con metadona, pero en ocho países el número de personas que reciben este tipo de tratamiento o bien se ha estabilizado o bien se ha reducido <sup>(32)</sup>. Cuatro de esos países (Dinamarca, España, Malta y los Países Bajos) presentan un perfil de consumo de heroína prolongado durante años y programas de sustitución con metadona de fácil acceso. Los otros cuatro países (Letonia, Hungría, Polonia y Rumanía) se caracterizan por una baja cobertura geográfica del tratamiento de sustitución con metadona, y en algunos lugares hay lista de espera para recibir tratamiento.

Resulta difícil determinar si el descenso en el número de pacientes que reciben tratamiento con metadona significa que estos pacientes se pasan al tratamiento con buprenorfina en cuanto éste existe. Con frecuencia se desconoce a escala nacional hasta qué punto tratan los médicos de cabecera la drogodependencia.

### Disponibilidad y tipos de tratamiento de la drogodependencia

Una encuesta realizada en 2005 entre los puntos focales nacionales permitió evaluar las características generales de las posibilidades de tratamiento en Europa. Se preguntó a los expertos nacionales si la mayoría de los consumidores

de opiáceos eran tratados en el marco de programas de tratamiento sin drogas o con asistencia médica, o si ambas modalidades se utilizaban indistintamente.

Los resultados arrojan un porcentaje claramente superior a favor de los tratamientos con asistencia médica, siendo la metadona la principal sustancia utilizada (excepto en la República Checa y Francia; para más información véase el capítulo 6). Asimismo, los resultados mostraron que en la mayoría de los países el tratamiento de drogodependencias se realiza sobre todo en régimen ambulatorio; sólo en Letonia y Turquía predomina el tratamiento en régimen de ingreso. Las modalidades tradicionales de tratamiento psicoterapéutico (psicodinámica, de comportamiento cognitivo, terapia sistémica/familiar o terapia Gestalt) son las que se utilizan con más frecuencia en el tratamiento ambulatorio en Irlanda, Letonia, el Reino Unido, Bulgaria y Turquía. Nueve países informan de la oferta de métodos predominantemente «de apoyo» (que pueden incluir asesoramiento, terapia socioeducativa y de entorno, entrevistas motivacionales o técnicas de relajación y acupuntura), y diez países combinan los diferentes métodos en el tratamiento ambulatorio.

En lo que respecta a la atención hospitalaria, el modelo Minnesota de 12 pasos es un modelo utilizado frecuentemente en Irlanda, Lituania, Hungría y Turquía, mientras que seis países aplican predominantemente modalidades de tratamiento psicoterapéutico, cinco países métodos «de apoyo» y diez países una combinación de estos enfoques.

En la última década, e incluso de forma más acusada en el último lustro, numerosos países europeos han «abierto las puertas» en lo que respecta a los tratamientos, de forma que han ampliado la disponibilidad de tratamientos de sustitución y reducido las limitaciones de acceso. El sistema de atención sanitaria no había llegado nunca a un número tan elevado de consumidores de droga. Muchos de estos consumidores, aunque no todos, requieren otro tipo de asistencia, además del tratamiento de su dependencia, y muchos parecen necesitar una asistencia de bajo umbral, así como un importante respaldo para su reinserción.

### Medidas para la reducción de los daños

Al mismo tiempo que el establecimiento y el mantenimiento de contacto con los pacientes se han convertido en un objetivo en sí, los servicios de proximidad y de bajo umbral cuentan con un mayor reconocimiento y apoyo y han pasado a ser componentes esenciales de una respuesta global en numerosos Estados miembros. De cara a la prevención de enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas y la reducción de las muertes relacionadas con las drogas, en Europa existen estrategias generalizadas (véase también el capítulo 7).

La reducción de las muertes relacionadas con las drogas se definió por primera vez como objetivo de la política europea antidroga hace seis años, y es un objetivo del

<sup>(32)</sup> Véase el cuadro NSP-7 del boletín estadístico de 2006.

### Medidas e intervenciones relacionadas con los consumidores de drogas en centros penitenciarios de los nuevos Estados miembros

Esta información se basa en un proyecto conjunto de recogida de datos del OEDT y de la oficina regional para Europa de la OMS que se realizó en 2005 <sup>(1)</sup>.

La mayoría de los nuevos Estados miembros declaran realizar análisis de detección de consumo de drogas en los centros penitenciarios. Sin embargo, la organización de este tipo de análisis varía según el país. En la República Checa, Malta y Eslovenia sólo se realizan análisis a los presidiarios cuando ingresan en prisión. Además, Malta y Eslovenia son los únicos países en los que el análisis se repite cuando los presos abandonan la prisión. En los centros penitenciarios de la República Checa, Malta, Eslovenia y Eslovaquia, y en menos del 50 % de las prisiones en Hungría, se realizan análisis aleatorios de detección de consumo de drogas.

En las prisiones de los nuevos Estados miembros se aplican sobre todo planteamientos de tratamiento sin drogas, aunque la cobertura de este tipo de intervenciones es limitada. Menos del 50 % de los centros penitenciarios de la República Checa, Estonia, Lituania, Hungría, Polonia y Eslovaquia disponen de tratamientos sin drogas con apoyo psicológico. En la mayoría de países existen unidades sin droga, pero sólo la República Checa y Eslovenia declaran disponer de este tipo de instalaciones en más del 50 % de las prisiones. Sin embargo, la cobertura de los tratamientos de desintoxicación de corta duración con medicación es mayor (disponibles en todas las prisiones de Letonia, Hungría, Malta, Eslovenia y Eslovaquia).

En general, en los nuevos Estados miembros el porcentaje de presidiarios que tienen acceso a tratamientos con antagonistas

o tratamientos de sustitución es bastante reducido. Excepto en casos de emergencia, el tratamiento con antagonistas parece no existir, y pocos países declaran disponer de tratamientos de sustitución a base de opiáceos para la desintoxicación aguda en los centros penitenciarios (Hungría, Malta, Polonia y Eslovenia). Las medidas previas a la excarcelación suelen incluir asesoramiento y distribución de información sobre las drogas (República Checa, Letonia, Lituania, Hungría, Polonia, Eslovenia y Eslovaquia). Asimismo, los tratamientos de sustitución como medidas previas a la excarcelación están disponibles en todos los centros penitenciarios de Eslovenia y en menos del 50 % de los centros de Polonia.

Las medidas de reducción de daños para los consumidores por vía parenteral están presentes en pocas prisiones de los nuevos Estados miembros. Los centros penitenciarios no ofrecen programas de intercambio de agujas y jeringuillas en ninguno de los nuevos Estados miembros, y sólo Estonia, Lituania y Eslovenia declaran proporcionar desinfectantes para limpiar las jeringuillas. No obstante, se está abordando el problema de las enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas en las prisiones. En seis de los nuevos Estados miembros (República Checa, Estonia, Hungría, Malta, Eslovenia y Eslovaquia) todas las prisiones ofrecen vacunas contra la hepatitis B, y en cinco países (República Checa, Lituania, Polonia, Eslovenia y Eslovaquia) todos los centros disponen de tratamiento antiviral para los reclusos que padecen el virus de la hepatitis C. Además, el tratamiento antirretroviral está disponible para los reclusos seropositivos en todos los nuevos Estados miembros <sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> Los datos fueron facilitados por la República Checa, Estonia, Letonia, Lituania, Hungría, Malta, Polonia, Eslovenia y Eslovaquia. Para consultar más referencias, véase OEDT (2005c).

<sup>(2)</sup> No se dispone de datos sobre Chipre.

actual plan de acción de la UE <sup>(33)</sup>. El número de países que incluyen una referencia directa al objetivo de reducir las muertes relacionadas con la droga en sus políticas nacionales ha seguido incrementándose en los últimos años, siendo ocho los países que adoptaron estas estrategias durante 2004 y 2005 (sumando un total de 15). Además de las políticas nacionales, son comunes los enfoques complementarios en el ámbito de las ciudades: varias capitales (entre ellas Atenas, Berlín, Bruselas, Lisboa y Tallin), pero también regiones semiurbanas más amplias (por ejemplo, la región Este de Irlanda, en los alrededores de Dublín) cuentan con estrategias propias para reducir el número de muertes relacionadas con la droga. En los informes de la República Checa, Italia, los Países Bajos y el Reino Unido se señala la existencia de políticas locales o regionales, mientras que en Bulgaria se han elaborado estrategias de ámbito local en nueve ciudades.

Al igual que la anterior Estrategia y el plan de acción en materia de drogas 2000-2004, la estrategia actual continúa considerando importante prevenir la propagación de enfermedades infecciosas, y así lo ha especificado en el objetivo 16 del plan de acción para el período 2005-2008. Esto pone de relieve la importancia que los gobiernos europeos y la Comisión siguen otorgando a las consecuencias para la salud derivadas del consumo de droga <sup>(34)</sup>.

Una gran mayoría de países de la UE, además de Noruega, o bien han formulado claramente la forma en que abordan la prevención de las enfermedades infecciosas entre los consumidores de droga y han incluido objetivos concretos o tareas en la estrategia nacional en materia de drogas o bien han adoptado un documento de orientación aparte en el que se especifica cómo abordar la prevención de las enfermedades infecciosas entre los

<sup>(33)</sup> El objetivo 17 del plan de acción de la UE 2005-2008 exige la inclusión como objetivo específico a todos los niveles de la reducción de las muertes relacionadas con la droga, con intervenciones dirigidas específicamente a este fin.

<sup>(34)</sup> En particular, el objetivo 16 del plan de acción 2005-2008 hace referencia a la prevención de enfermedades infecciosas. El objetivo 14 exige la aplicación de la recomendación del Consejo relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia, adoptada en 2003 (Recomendación 2003/488/CE del Consejo). Está previsto que para 2007 la Comisión elabore un informe sobre la aplicación de esta recomendación, incluida la información recopilada de los decisores políticos y los puntos focales nacionales Reitox, para contribuir a evaluar la estrategia de la UE en materia de drogas.

consumidores de droga (España, Letonia, Luxemburgo, Suecia), o han hecho ambas cosas (Estonia, Francia, Reino Unido). Malta y Austria tienen previsto elaborar políticas específicas para su enfoque en esta área.

En Alemania y en Grecia, la estrategia nacional antidroga incluye medidas concretas destinadas a la prevención de enfermedades infecciosas, aunque dicha prevención no se identifica de forma explícita como un objetivo.

La mayoría de estas estrategias para la prevención de enfermedades infecciosas son bastante recientes, y la fecha de su adopción coincide en varios países con la anterior estrategia de la UE en materia de drogas (2000-2004), en la que la reducción de la incidencia de

### Los centros de bajo umbral como importante fuente de datos

El papel de los centros de bajo umbral es crucial para incrementar el acceso de los consumidores de drogas a los programas de asistencia. Para las poblaciones «ocultas» de consumidores, a las que resulta más difícil llegar o que han perdido el contacto con los servicios de asistencia, estos centros pueden representar un punto de contacto y un entorno adecuado para prestar servicios médicos y sociales.

A pesar de que los centros de bajo umbral disponen de algunos sistemas para documentar los servicios que ofrecen, y el seguimiento y los informes elaborados pueden ser considerables, estas actividades están principalmente destinadas a rendir cuentas ante los organismos de financiación y menos enfocadas a la gestión de calidad interna o la planificación y evaluación de servicios. A menudo, se recoge información muy útil que no se divulga fuera del centro. A pesar de su importancia potencial para realizar un seguimiento de las pautas y tendencias del consumo de drogas y el acceso a los servicios, aparentemente no se explota gran parte de las posibilidades que ofrecen los centros de bajo umbral. Uno de los obstáculos principales es la falta de estandarización y comparabilidad de la información recabada.

Para poder mejorar la calidad de los datos disponibles sobre la oferta y el uso de los servicios de reducción de daños es importante que exista una herramienta de recopilación de datos que sea adecuada para los centros y, al mismo tiempo, permita obtener resultados relevantes para los fines de seguimiento de ámbito nacional y europeo.

El proyecto de la red Correlation y del OEDT, respaldado por expertos de los puntos focales nacionales de Francia, Irlanda, Hungría y Noruega, es una iniciativa que apunta hacia este objetivo. La red Correlation [*European Network for Social Inclusion and Health* (Red Europea para la Inclusión Social y la Sanidad): <http://www.correlation-net.org>] representa a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de 27 países europeos y está financiada por el Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores).

enfermedades infecciosas entre consumidores de droga fue establecida por primera vez como objetivo europeo.

Según los informes de los puntos focales nacionales <sup>(35)</sup>, los objetivos y los grupos objetivo de las estrategias nacionales también coinciden en gran medida a nivel europeo. Además de consumidores de droga por vía parenteral, en los grupos objetivo se incluyen trabajadores/as del sexo y convictos. En particular en los nuevos Estados miembros de Europa Central, pero también en Noruega, los jóvenes y los consumidores de droga por vías diferentes de la parenteral están claramente identificados como otros grupos objetivo importantes de las medidas destinadas a la prevención de enfermedades infecciosas. Las políticas danesas y estonias llegan incluso a ampliar más los grupos objetivo e incluyen a grupos de personas en estrecho contacto con consumidores de droga.

En numerosos países de la UE, las estrategias que tienen por objeto reducir las enfermedades infecciosas están claramente orientadas al VIH/sida, en particular en Estonia, España, Chipre, Letonia y Lituania. Sin embargo, en diez países (37 %), las estrategias en materia de enfermedades infecciosas recogen explícitamente la necesidad de prevenir la hepatitis C entre los consumidores de droga <sup>(36)</sup>. Irlanda inició en 2004 un proceso de consulta para preparar una estrategia de este tipo y en Alemania se dictaron recomendaciones relativas a la prevención y al tratamiento. En Austria, el debate, tanto entre la opinión pública como en los círculos profesionales, fue impulsado por una conferencia internacional sobre el tema celebrada en Viena en 2005.

Las estrategias de reducción de daños constituyen una parte importante de la actual respuesta europea ante el consumo de drogas, y la mejora del acceso a los servicios de prevención y reducción de los daños para la salud es una de las principales prioridades de la estrategia de la UE en materia de drogas 2005-2012. La plataforma estratégica común para la reducción de los daños para la salud creada a raíz de la citada estrategia queda reflejada en numerosas políticas nacionales de toda la UE y ha contribuido a integrar las medidas basadas en datos científicos en esta área.

En 2004, se documentó una mejora en la supervisión de la disponibilidad de jeringuillas en el ámbito europeo. Sin embargo, en la mayoría de los países apenas se lleva un registro a escala nacional de la información sobre la disponibilidad, utilización y cobertura de una amplia gama de otros servicios importantes suministrados por centros de bajo umbral. Por tanto, no resulta fácil bosquejar siquiera la situación europea. En el recuadro «Los centros de bajo umbral como importante fuente de datos» se describe un proyecto para mejorar la situación relativa al registro de datos.

<sup>(35)</sup> Este análisis se basa ampliamente en los datos nacionales obtenidos mediante un cuestionario estructurado (SQ 23), actualizado con información facilitada por los puntos focales nacionales en sus informes nacionales.

<sup>(36)</sup> Entre los que se incluyen Francia e Inglaterra, que han establecido estrategias integrales para prevenir la hepatitis C: *Plan National Hépatites Virales C et B* [plan nacional sobre el virus de la hepatitis C y B] (2002-2005) (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>) y *Hepatitis C: Action Plan for England*, [Hepatitis C: plan de acción para Inglaterra], 2004 (<http://www.dh.gov.uk/>), respectivamente.

### Tratamiento selectivo y gestión de calidad

En el actual plan de acción de la UE también se insta a introducir un tratamiento de alta calidad y servicios de reducción de daños.

El uso de herramientas de gestión de la calidad en la planificación del tratamiento y de la reducción de daños ha redundado en unos servicios mejor orientados a los grupos objetivo, de forma que, por ejemplo, se respetan las diferentes necesidades de los grupos de género (véase también la cuestión particular sobre género).

Las unidades o programas de tratamiento que prestan servicios de forma exclusiva a un grupo objetivo específico son un fenómeno común en toda la UE. En 23 países, los niños y los jóvenes menores de 18 años son atendidos en centros especializados; en 18 países, los consumidores de droga con comorbilidad psiquiátrica reciben tratamiento en centros especializados; y en todos los países, excepto Chipre, Letonia, Lituania, Bulgaria y Turquía, los informes revelan la existencia de servicios específicos para mujeres. Los servicios diseñados para satisfacer las necesidades de los consumidores de droga inmigrantes o de grupos con requisitos específicos en relación con el idioma o con diferentes trasfondos culturales o religiosos son menos comunes pero se incluyen en los informes de Bélgica, Alemania, Grecia, España, Lituania, los Países Bajos, Finlandia, Suecia y el Reino Unido.

Asimismo, trece países han informado de la existencia de unidades especializadas en el tratamiento de consumidores de cannabis o cocaína, mientras que ocho países ofrecen programas de tratamiento específico para estos grupos en centros especializados en materia de droga. No obstante, se considera que existe poca oferta y accesibilidad con respecto a este tipo de servicios en la mayoría de esos países. En la información facilitada por España, Eslovaquia y el Reino Unido se hace referencia a un programa especializado similar para consumidores de anfetaminas.

Otros pasos concretos hacia la mejora de la calidad del tratamiento y de la asistencia son la gestión individual de cada caso, la intermediación de servicios especializados (por ejemplo, tratamiento de comorbilidades) y el reconocimiento previo al tratamiento de los pacientes para poder adecuar mejor la oferta de tratamiento y el perfil del paciente. De esta forma, se lograría retener al paciente durante más tiempo e incrementar la efectividad del tratamiento.

A pesar de que las posibilidades de tratamiento se han expandido de forma general, el trato con algunos grupos de consumidores de droga, particularmente aquellos con problemas crónicos y a largo plazo, continúa siendo un reto para los servicios activos en el ámbito de la droga. Las intervenciones de proximidad y de bajo umbral son enfoques comunes para intentar entablar contacto y tratar con estos grupos a los que resulta difícil acceder. Un enfoque más controvertido es la creación en algunos países de salas vigiladas para el consumo de droga, la mayoría dirigidas a

los consumidores de droga por vía parenteral, si bien ahora, en algunas ocasiones, también se contempla la posibilidad de habilitarlas para fumar *crack* o heroína (véase OEDT, 2004c). Otra área de controversia en el desarrollo y la comprobación de servicios es el uso que se hace en algunos países de la heroína como agente en el tratamiento de sustitución con drogas. Aunque en general las actividades en esta área continúan siendo muy limitadas en comparación con otras opciones de tratamiento, algunos estudios sugieren que la prescripción de heroína podría tener beneficios para los pacientes en los casos en que haya fallado el tratamiento de mantenimiento con metadona. Por ejemplo, un ensayo controlado aleatorio realizado recientemente en Alemania sobre el tratamiento asistido con heroína (Naber y Haasen, 2006) ha arrojado resultados positivos en lo concerniente a la salud y a la reducción del consumo de drogas ilegales. Sin embargo, actualmente no existe un consenso claro en toda Europa sobre el coste y los beneficios de este enfoque y sigue siendo un área que genera un debate político y científico de considerable magnitud.

Con una mayor oferta de tratamientos, además de mejor calidad, en algunas ciudades europeas se ha desplazado el énfasis hacia la reducción del impacto del consumo de droga en la comunidad. El trabajo de proximidad selectivo y una serie de servicios de bajo umbral han ofrecido resultados muy prometedores en algunos contextos locales (véase «Enfoques para la reducción de daños» en el capítulo 5) y podrían utilizarse de forma más generalizada como un modelo efectivo y valioso con vistas a restablecer la comunicación con grupos marginalizados, y eventualmente encauzarlos hacia un tratamiento.

El desarrollo de productos de sustitución «más seguros» (es decir, sustancias con menos probabilidades de ser desviadas al mercado negro) muy bien podría posibilitar en el futuro que se tienda a tratar la drogodependencia en las consultas de los médicos de cabecera. Se trata, asimismo, de un proceso de normalización, que permite tratar la drogodependencia como una enfermedad crónica tal como la diabetes.

Algunos países informan de que los grandes grupos de consumidores de heroína en tratamiento de sustitución originan la correspondiente demanda de apoyo para la reinserción social, especialmente en lo que respecta a la búsqueda de trabajo remunerado. En las actuales circunstancias económicas, un gran número de países podrían encontrar dificultades para satisfacer las necesidades de reinserción laboral de consumidores de heroína mayores, incluso si se han estabilizado mediante un tratamiento de mantenimiento con drogas. Esta situación se ve agravada por los altos niveles de morbilidad que se dan en este grupo.

### Reinserción social

Tanto la bibliografía disponible como los datos y cifras de los Estados miembros convergen hacia la misma verdad: la vida de los consumidores de droga es mucho más

problemática y precaria que la del resto de la población. Por este motivo, en los dos últimos planes de acción de la UE en materia de drogas, la reinserción social ha sido uno de los objetivos primordiales con vistas a mejorar la salud y el estatus social de los consumidores de droga.

El plan de acción 2005-2008 insta a los Estados miembros a la «mejora del acceso a los programas de rehabilitación y reinserción social y de la cobertura de los mismos». A pesar de que las medidas sociales aún son una respuesta al consumo problemático de drogas que no está tan extendida como el tratamiento, las intervenciones que combinan elementos sociales, terapéuticos y relativos a la salud son reconocidas por los profesionales como la mejor respuesta para lograr la rehabilitación de los consumidores de droga.

En Europa escasean los datos sobre la reinserción social <sup>(37)</sup>, principalmente debido a los obstáculos para recopilar información cuantitativa en este campo. De ahí que la mayor parte de la información facilitada más abajo se base en una evaluación cualitativa que gira en torno a las políticas, su aplicación y el aseguramiento de la calidad dentro de los Estados miembros <sup>(38)</sup>.

En 2004/2005, en respuesta al plan de acción de la UE, 20 de los 28 países que facilitaron información <sup>(39)</sup> contaban con una estrategia para la reinserción social de drogodependientes. Otros cuatro países, pese a no haber abordado esta cuestión de forma explícita en su estrategia nacional antidroga o en otro documento de orientación en materia de drogas, han adoptado estrategias regionales o locales, mientras tres países no disponen de ninguna de estas alternativas.

En once países el proveedor de fondos más importante se encuentra a nivel estatal/nacional, mientras que en ocho países la financiación procede predominantemente de fuentes regionales/locales. En otros ocho países,

la financiación se obtiene de ambos niveles, sin que aparentemente predomine un proveedor, o mediante sistemas del seguro de enfermedad.

En los Estados miembros de la UE, los consumidores de drogas problemáticos pueden acceder a medidas sociales a través de instalaciones que se dedican en exclusiva a los drogodependientes o se dirigen a los grupos socialmente desfavorecidos. Entre estas medidas, el alojamiento es uno de los pilares clave. El servicio que se ofrece con mayor frecuencia a los consumidores de drogas problemáticos sin techo es el acceso a los «servicios genéricos de alojamiento» (en 21 países), mientras que 18 países ofrecen instalaciones para alojamiento únicamente a los consumidores de drogas problemáticos y 13 países combinan ambos sistemas. No obstante, existen dudas sobre el acceso efectivo de los consumidores de droga problemáticos sin techo a esas instalaciones. La escasa disponibilidad, las reticencias en el ámbito local a proporcionar nuevas instalaciones a los drogodependientes, los criterios de acceso restrictivos y las dificultades de los consumidores de drogas problemáticos sin techo para respetar las normas son algunos de los problemas referidos.

El primer paso hacia la estabilización y la rehabilitación de los consumidores de drogas problemáticos sin techo es proporcionarles un alojamiento estable. A partir de la cifra estimada de consumidores de drogas problemáticos y la proporción de personas sin techo entre los pacientes en tratamiento, se puede concluir que en Europa existen aproximadamente entre 75 600 y 123 300 consumidores de drogas problemáticos sin techo. Dado que actualmente en la mayoría de los países se dispone de instalaciones, y que algunos países continúan creando nuevas estructuras, el efecto de estas medidas dependerá de que se garantice que los consumidores de drogas problemáticos sin techo puedan acceder a estos servicios.

### Una perspectiva de género sobre el consumo de drogas y en respuesta a los problemas relacionados con las drogas, en el Informe anual del OEDT 2006: cuestiones particulares

En general, el número de consumidores de drogas de sexo masculino supera con creces al de sexo femenino. En los Estados miembros de la UE, el consumo de drogas ilegales no sólo es más común entre los hombres sino que, además, estos tienen mucha más probabilidad de desarrollar problemas, solicitar tratamiento y fallecer a causa del consumo de drogas.

Esta cuestión particular trata el consumo de drogas y los problemas que de él se derivan desde una perspectiva de

género. Las cuestiones más importantes que se abordan son: ¿qué diferencias existen entre el consumo de drogas por parte de la población masculina y femenina?, ¿se está estrechando la brecha entre los géneros?, ¿qué estrategias específicas de género han desarrollado los Estados miembros en materia de prevención, tratamiento, rehabilitación social y reducción de daños relacionados con las drogas?, ¿tienen las medidas específicas de género para hombres y mujeres la misma importancia?

Esta cuestión particular está disponible en forma impresa («A gender perspective on drug use and responding to drug problems», en *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) o a través de Internet únicamente en su versión inglesa (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

<sup>(37)</sup> La reinserción social se define como «cualquier intervención social cuyo objetivo sea integrar en la comunidad a los antiguos y actuales drogodependientes problemáticos». Los tres «pilares» de la reinserción social son: 1) el alojamiento, 2) la educación y 3) el empleo (incluida la formación profesional). También pueden utilizarse otras medidas como el asesoramiento y las actividades de ocio.

<sup>(38)</sup> Para más información, consúltese la dirección web: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>

<sup>(39)</sup> Estados miembros más Bulgaria, Rumanía, Turquía y Noruega, si bien no existe información disponible sobre Estonia.



## Capítulo 3

# Cannabis

### Oferta y disponibilidad

#### Producción y tráfico

El cannabis continúa siendo la droga ilegal de origen vegetal de mayor producción y tráfico a escala mundial (CND, 2006).

La producción de resina de cannabis a gran escala se concentra en unos pocos países, especialmente en Marruecos, pero también en Pakistán y Afganistán. Se estima que la producción total de resina de cannabis a escala global alcanza anualmente las 7 400 toneladas (CND, 2006). La mayor parte de la resina de cannabis que se consume en la UE se produce en Marruecos y se introduce en Europa principalmente a través de la Península Ibérica, aunque aparentemente los Países Bajos representan un importante centro secundario de distribución hacia otros países de la UE. En 2004 se realizó por segunda vez una encuesta sobre el cultivo

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

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

de cannabis en Marruecos, y los resultados revelaron un descenso del 10 % en relación con los datos de 2003, en gran parte a consecuencia de la intervención del Gobierno. En 2004, el área total de cultivo alcanzaba las 120 500 hectáreas en la región del Rif, lo que corresponde a una producción potencial de 2 760 toneladas de resina de cannabis (ONUDD y Gobierno de Marruecos, 2005).

Otros países mencionados en 2004 como países de origen de la resina de cannabis incautada en la UE son Albania, Portugal, Senegal, Afganistán, Pakistán, y países de Asia Central (informes nacionales de la red Reitox, 2005; OMA, 2005; JIFE, 2006a).

En 2003, la producción potencial mundial de hierba de cannabis se estimó en más de 40 000 toneladas (CND, 2005), con países de origen repartidos por todo el mundo. Según los datos, la hierba de cannabis incautada en la UE en 2004 tiene su origen en diversos países, principalmente en los Países Bajos y Albania, pero también en Angola, Sudáfrica, Jamaica y Tailandia (informes nacionales de la red Reitox, 2005; OMA, 2005; JIFE, 2006). Además, en la mayoría de los Estados miembros de la UE se llevan a cabo el cultivo y la elaboración locales (interior y exterior) de productos del cannabis.

#### Incautaciones

En 2004, se incautaron un total de 1 471 toneladas de resina de cannabis y 6 189 toneladas de hierba de cannabis en todo el mundo. La mayoría de las incautaciones de resina de cannabis siguieron produciéndose en Europa Central y Occidental (74 %) y en el suroeste de Asia y Oriente Medio y Próximo (19 %), mientras que las incautaciones de hierba de cannabis se concentraron de nuevo en América del Norte (68 %) y África (31 %) (ONUDD, 2006).

En 2004, se incautaron 1 087 toneladas de resina de cannabis en las 275 000 operaciones que se estima se llevaron a cabo en la UE. La mayoría de las incautaciones (que representan aproximadamente la mitad de todas las incautaciones y tres cuartas partes de la cantidad total incautada en la UE), las comunica España, seguida por Francia y el Reino Unido <sup>(40)</sup>. Si bien el número de incautaciones de resina en la UE

<sup>(40)</sup> Este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2004, cuando se disponga de ella. Faltan los datos relativos al número de incautaciones de cannabis y cantidades aprehendidas en Irlanda y el Reino Unido en 2004; asimismo, faltan los datos relativos al número de incautaciones de cannabis en los Países Bajos en 2004. Con fines estimativos, los datos no disponibles para 2004 fueron reemplazados por los datos correspondientes a 2003. Los datos sobre las cantidades aprehendidas en 2004 facilitados por los Países Bajos son sólo estimativos y no pueden ser incluidos en el análisis de tendencias de 2004.

en su conjunto ha experimentado un descenso entre 1999 y 2003, las tendencias en los países que han facilitado información indican un incremento a escala de la UE durante 2004 <sup>(41)</sup>. De la cantidad total de resina interceptada en la UE se desprende que durante el período 1999-2004 se ha producido un incremento continuado, aunque en el año 2004 la mayoría de los países (excepto España) informaron de un descenso <sup>(42)</sup>.

Sin embargo, en la UE se producen menos incautaciones de hierba de cannabis; en 2004, en las aproximadamente 130 000 incautaciones, la cantidad aprehendida alcanzó las 71 toneladas, y la mayoría de las incautaciones tuvieron lugar en el Reino Unido <sup>(43)</sup>. El número de incautaciones de hierba de cannabis en la UE ha aumentado continuamente desde 1999 <sup>(44)</sup>, si bien las cantidades aprehendidas han ido descendiendo en los países que han facilitado información desde 2001 <sup>(45)</sup>. Este cuadro de situación es preliminar, dado que aún no se dispone de los datos del Reino Unido correspondientes a 2004.

En 2004, se estima que en la UE y en los países candidatos se llevaron a cabo 12 800 incautaciones, lo que supuso la aprehensión de aproximadamente 22 millones de plantas de cannabis, correspondientes a 9,5 toneladas, siendo Turquía el país donde se llegaron a aprehender las mayores cantidades <sup>(46)</sup>. El número de incautaciones de plantas de cannabis ha aumentado desde 1999 y, en base a los datos facilitados por los países, siguió incrementándose en 2004.

### Precio y potencia

En 2004, el precio medio de venta al por menor de la resina de cannabis en la UE fluctuó entre 2,3 euros por gramo en Portugal y 12 euros por gramo en Noruega, mientras el precio de la hierba de cannabis osciló entre 2,7 euros por gramo en Portugal y 11,6 euros por gramo en Malta. Según los datos facilitados, en la mayoría de los países los precios de los productos de cannabis oscilaban entre los 5 y los 10 euros por gramo <sup>(47)</sup>.

El precio medio de la resina de cannabis, una vez corregidos los efectos de la inflación <sup>(48)</sup>, experimentó un descenso durante el período 1999-2004 en todos los países que han facilitado datos <sup>(49)</sup>, excepto en Alemania y España, donde los precios se mantuvieron estables, y Luxemburgo, donde se registró un ligero incremento. Asimismo, el precio medio de la hierba de cannabis de tipo no especificado o importada, descontando la inflación <sup>(50)</sup>, también descendió durante el mismo período en la mayoría de los países que facilitaron información, pero se mantuvo estable en España y los Países Bajos y aumentó en Alemania, Letonia, Luxemburgo y Portugal. Sólo dos países, concretamente los Países Bajos y el Reino Unido, informaron sobre el precio medio de la hierba de cannabis cultivada localmente, y en ambos casos se constató una disminución del precio.

La potencia de los productos del cannabis viene determinada por su contenido de  $\Delta^9$ -tetrahidrocannabinol (THC), la principal sustancia psicoactiva (OEDT, 2004b). En 2004, a tenor de los datos facilitados, el contenido medio de THC de la resina de cannabis vendida al por menor oscilaba entre menos del 1 % (Bulgaria) y el 16,9 % (Países Bajos), mientras que la potencia de la hierba de cannabis variaba entre el 0,6 % (Polonia) y el 12,7 % (Inglaterra y Gales) <sup>(51)</sup>. Según la información facilitada por los Países Bajos, la potencia de la hierba de cannabis cultivada localmente en el país fue del 17,7 % <sup>(52)</sup>.

### Prevalencia y pautas de consumo de cannabis

El cannabis es la sustancia ilegal consumida con mayor frecuencia en Europa. Su consumo se vio incrementado en casi todos los países de la UE durante los años noventa, en particular entre los jóvenes y los escolares.

Se estima que alrededor de 65 millones de europeos adultos, lo que equivale aproximadamente al 20 % de las personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años, han probado esta sustancia al menos una vez <sup>(53)</sup>,

<sup>(41)</sup> Véase el cuadro SZR-1 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(42)</sup> Véase el cuadro SZR-2 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(43)</sup> Véase la nota a pie de página (40). Faltan los datos relativos al número de incautaciones de hierba de cannabis registradas en Polonia en 2004.

<sup>(44)</sup> Véase el cuadro SZR-3 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(45)</sup> Véase el cuadro SZR-4 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(46)</sup> Véase la nota a pie de página (40).

<sup>(47)</sup> Véase el cuadro PPP-1 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(48)</sup> Tomando 1999 como año base a efectos del valor del dinero en todos los países.

<sup>(49)</sup> Durante el período 1999-2004 se dispuso de datos sobre los precios de resina/hierba de cannabis de al menos tres años consecutivos en Bélgica, la República Checa, Alemania, España, Francia, Irlanda, Chipre, Letonia, Lituania, Luxemburgo, los Países Bajos, Polonia, Portugal, Eslovenia, Suecia, el Reino Unido, Bulgaria (solo hierba), Rumanía, Turquía y Noruega. Sin embargo, en la República Checa no se analizaron las tendencias a causa de limitaciones metodológicas que afectaban a los datos presentados.

<sup>(50)</sup> Tomando 1999 como año base a efectos del valor del dinero en todos los países.

<sup>(51)</sup> Véase el gráfico PPP-2 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(52)</sup> Véase el cuadro PPP-5 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(53)</sup> Para calcular el porcentaje medio se han ponderado las tasas de prevalencia nacionales en función de la población del grupo de edad relevante en cada país. Las cifras totales se han calculado multiplicando las tasas de prevalencia por el número de personas del grupo de edad correspondiente en cada país; en los países en los que no se disponía de información se ha estimado la prevalencia media. Probablemente las cifras aquí indicadas corresponden al mínimo, ya que es posible que no se haya informado de todos los casos.

### Estimación del consumo de drogas entre la población

El consumo de drogas entre la población general o escolar se evalúa mediante encuestas que permiten estimar la proporción de personas que declaran haber consumido drogas durante determinados períodos de tiempo: a lo largo de su vida, durante el último año o el último mes.

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

El concepto «consumo a lo largo de la vida» puede que tenga un valor limitado de cara a la evaluación de la situación actual entre adultos (aunque podría ser un indicador razonable entre escolares); sin embargo, permite obtener una visión general de las pautas de consumo. El «consumo en el último año» y el «consumo en el último mes» proporcionan información más precisa sobre el

consumo actual; el segundo de estos indicadores se centra más en las personas que consumen la droga frecuentemente.

El proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD) es una importante fuente de datos sobre el consumo de drogas y alcohol entre los escolares europeos y resulta de gran valor en el registro de las tendencias a lo largo del tiempo. Las encuestas ESPAD se realizaron en los años 1995, 1999 y 2003, y la próxima encuesta se realizará en el año 2007.

El ESPAD utiliza métodos e instrumentos normalizados en muestras representativas de ámbito nacional de alumnos de 15 y 16 años a fin de obtener un conjunto de datos comparables. La participación en las encuestas ESPAD ha ido aumentando con cada nueva encuesta: en 1995 participaron 26 países, en 1999, 30 países y en 2003, 35 países, incluidos 22 Estados miembros de la UE y cuatro países candidatos (Bulgaria, Croacia, Rumanía y Turquía).

Las preguntas de la encuesta se centran en el consumo de alcohol y de drogas ilegales dentro de intervalos de tiempo normalizados, y la frecuencia del consumo.

Puede encontrarse información sobre ESPAD en la página web de ESPAD (<http://www.espad.org>), donde se podrá consultar asimismo la disponibilidad de los informes.

(1) Para más información sobre la metodología de las encuestas de población y la metodología empleada en cada una de las encuestas nacionales, véase el boletín estadístico de 2006.

aunque cabe recordar que, en la mayoría de los casos, no la están consumiendo ya. Las cifras por países presentan grandes variaciones (entre el 2 % y el 31 %) registrándose en Malta, Bulgaria y Rumanía las cifras más bajas, y las más altas en Dinamarca, (31 %), España (29 %), Francia (26 %) y el Reino Unido (30 %) <sup>(54)</sup>. De los 25 países sobre los que se dispone de información, 13 presentaron tasas de prevalencia de vida de entre el 10 y el 20 % <sup>(55)</sup>.

El consumo en el último año es claramente inferior al consumo a lo largo de la vida. Se estima que alrededor de 22,5 millones de europeos adultos consumieron cannabis durante el último año, lo que equivale a alrededor del 7 % de las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años. Por países, fluctúan entre el 1 % y el 11 %, registrándose en Grecia, Malta y Bulgaria las cifras más bajas, y las más altas en España (11,3 %), Francia (9,8 %) y el Reino Unido (9,7 %) <sup>(56)</sup>.

Las estimaciones de la prevalencia en el último mes representan de forma más precisa el consumo regular de cannabis. Se estima que 12 millones de europeos adultos han consumido esta droga en los últimos 30 días, lo que

corresponde a alrededor de un 4 % de la población adulta. Las cifras por países oscilan entre el 0,5 % y el 7,5 %, lo que supone una diferencia de 15 veces. Las cifras más bajas corresponden a Lituania, Malta, Suecia y Bulgaria, y las más altas a la República Checa (4,8 %), España (7,6 %) y el Reino Unido (5,6 %) <sup>(57)</sup>.

El consumo de drogas ilegales, incluido el cannabis, se concentra principalmente entre los jóvenes. En 2004, entre el 3 % y el 44 % de los europeos con edades comprendidas entre los 15 y los 34 años reconocía haber probado el cannabis, del 3 al 20 % afirmaba haberlo consumido en el último año, y entre el 1,5 y el 13 % reconocía haberlo consumido en el último mes. De nuevo las cifras más altas son las correspondientes a la República Checa, España y el Reino Unido. En Europa, para este grupo de edad se registran los siguientes porcentajes: el 32 % para el consumo a lo largo de la vida, el 14 % para el consumo en el último año (en comparación con el 2 % de las personas con edades comprendidas entre los 35 y los 64 años) y más del 7 % para el consumo en el último mes (en comparación con el 1 % de las personas con edades comprendidas entre los 35 y los 64 años) <sup>(58)</sup>.

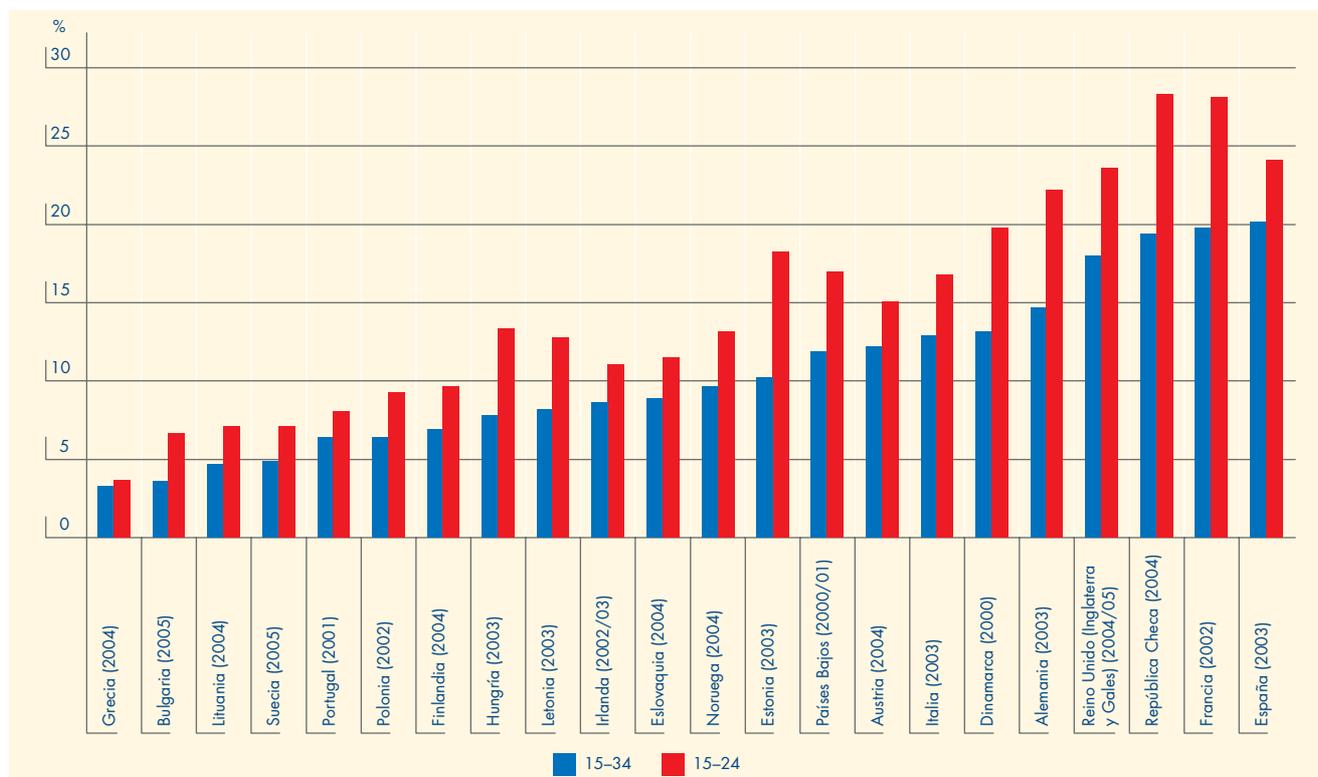
<sup>(54)</sup> En este texto, las cifras del Reino Unido se basan en el *British Crime Survey* de 2005 [Estudio sobre la delincuencia británica] (Inglaterra y Gales), por razones prácticas. Se dispone, además, de cálculos estimativos sobre Escocia, Irlanda del Norte y un cálculo estimativo combinado sobre el Reino Unido (presentado en el boletín estadístico).

<sup>(55)</sup> Véase el cuadro GPS-1 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(56)</sup> Véase el cuadro GPS-3 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(57)</sup> Véase el cuadro GPS-5 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(58)</sup> Véanse los cuadros GPS-2, GPS-4 y GPS-6 del boletín estadístico de 2006.

**Gráfico 2.** Prevalencia del consumo de cannabis entre la población adulta joven (entre 15 y 34 años y entre 15 y 24 años) durante el último año

N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales disponibles más recientes en cada país en el momento de la realización del informe. Para más información, véanse los cuadros GPS-8, GPS-11 y GPS-18 del boletín estadístico de 2006.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2005), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

El consumo de cannabis es incluso superior entre las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, con una prevalencia a lo largo de la vida que oscila entre el 3 % y el 44 % (la mayoría de países registra cifras en el rango del 20 al 40 %); el consumo en el último año fluctúa entre el 4 % y el 28 % (en la mayoría de los países entre el 10 % y el 25 %) (gráfico 2); y el consumo en el último mes varía del 1 % al 15 % (en la mayoría de los países, del 5 % al 12 %), con porcentajes superiores entre los hombres que entre las mujeres. En los nuevos Estados miembros, los niveles de consumo de cannabis entre los adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años se sitúan en general en el mismo rango que en los países de la Europa de los Quince, pero entre grupos de edades superiores los porcentajes de consumo descienden considerablemente <sup>(59)</sup>.

Cabe señalar que, en la encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud realizada en los Estados Unidos en 2004 <sup>(60)</sup>, el 40,2 % de los adultos encuestados (a partir de 12 años) afirmó haber consumido esta sustancia a lo largo de la vida, lo que contrasta con el porcentaje de aproximadamente el 20 % en la UE. Este porcentaje supera incluso el porcentaje de los países europeos con las mayores tasas de consumo a lo largo

de la vida (el 31,3 % en Dinamarca y el 29,7 % en el Reino Unido), aunque las diferencias en cuanto a las estimaciones de consumo en el último año son menos marcadas: en los Estados Unidos esta cifra corresponde al 10,6 %, mientras que el porcentaje europeo alcanza el 7 %, y varios países europeos han registrado cifras similares a las de los Estados Unidos.

Cinco Estados miembros de la UE (Bélgica, España, Italia, Chipre y Reino Unido) facilitaron nuevos datos a partir de encuestas escolares a nivel nacional, y Bulgaria aportó datos obtenidos a través de encuestas escolares llevadas a cabo en dos ciudades importantes. En general, la situación del consumo de cannabis entre los escolares europeos no ha experimentado ningún cambio. La mayor tasa de prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida entre escolares de 15 a 16 años se da en la República Checa y en España (44 % y 41 %, respectivamente). Entre los países en los que el porcentaje supera el 25 % se incluyen Alemania, Italia, los Países Bajos, Eslovenia y Eslovaquia (27-28 %), mientras que en Bélgica, Francia, Irlanda y el Reino Unido la prevalencia a lo largo de la vida oscila entre el 32 % y el 40 %. Según las estimaciones, la menor prevalencia a lo largo de la vida (menos del 10 %) se da en Grecia, Chipre, Suecia, Rumanía, Turquía y Noruega <sup>(61)</sup>.

<sup>(59)</sup> Véanse los cuadros GPS-14, GPS-15 y GPS-16 y los gráficos GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 y GPS-26 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(60)</sup> Fuente: Samhsa, Oficina de Estudios Aplicados, 2004 *National Survey on Drug Use and Health* [Encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud 2004] (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Obsérvese que el margen de edad utilizado para «todos los adultos» en la encuesta estadounidense (a partir de 12 años) es más amplio que el margen estándar utilizado para las encuestas europeas (de 15 a 64 años).

<sup>(61)</sup> Véase el cuadro EYE 1 del boletín estadístico de 2006.

Las estimaciones en cuanto a prevalencia en escolares de entre 15 y 16 años no deberían generalizarse a estudiantes de mayor edad, ya que la prevalencia puede experimentar un incremento desproporcionado con respecto al aumento de edad. Entre los jóvenes de 17 y 18 años se estima que la prevalencia a lo largo de la vida es superior al 50 % en la República Checa, España y Francia <sup>(62)</sup>. En Suecia, donde la prevalencia es inferior con respecto a muchos otros Estados miembros, se estima que el consumo de cannabis a lo largo de la vida entre estudiantes de 17 y 18 años es del 14 %, es decir, más del doble que entre los estudiantes de 15 a 16 años (6 %) <sup>(63)</sup>.

### Pautas de consumo de cannabis

El consumo de cannabis tiende a ser ocasional, o a interrumpirse después de un cierto tiempo de haberse iniciado. Por término medio, el 33 % de los europeos que han tenido alguna experiencia con el cannabis afirma haberlo consumido en el último año, mientras que sólo el 16 % lo ha consumido en los últimos 30 días. Estas proporciones, conocidas como «tasas de continuación», varían en todos los países, oscilando entre el 20 % y el 45 % para la continuación en el último año y entre el 10 % y el 25 % para la continuación en los últimos 30 días <sup>(64)</sup>.

Si bien el consumo de cannabis se concentra principalmente entre los jóvenes, España y el Reino Unido han aportado datos que apuntan a que el consumo de droga podría prolongarse hasta edades comprendidas entre los 30 y los 50 años. Esto podría comportar un importante cambio a largo plazo en las pautas de consumo de cannabis que merece ser considerado con mayor detenimiento.

El consumo de cannabis, al igual que el de otras drogas ilegales, es notablemente mayor entre hombres que entre mujeres. La diferencia es más acentuada en el caso del consumo en el último año o último mes que en el caso de consumo a lo largo de la vida, pero las diferencias son menores entre jóvenes que entre adultos de más edad (véase la cuestión particular sobre género). Asimismo, el consumo de cannabis es más frecuente en zonas urbanas o en zonas con una elevada densidad de población. Se ha planteado como hipótesis que el consumo podría estar extendiéndose a ciudades más pequeñas o a zonas rurales. Por ejemplo, Polonia documentó esta tendencia en su informe nacional de 2005.

A pesar de la creciente preocupación sobre el consumo regular o intensivo de cannabis <sup>(65)</sup>, a escala europea la

información existente al respecto es muy limitada. Una estimación aproximada trazada en el Informe anual de 2004 (OEDT, 2004a) sugiere que el 1 % de los adultos europeos, unos 3 millones de personas, podrían ser consumidores diarios o casi diarios de cannabis. Varios países informaron de incrementos en el consumo regular o intensivo de cannabis, pero sólo España registró datos similares con respecto al consumo diario, con un incremento entre 1997 y 1999 (0,7-0,8 % de los adultos) y en el año 2001 (1,5 %), seguido por una estabilización en 2003 (1,5 %). Sería de gran ayuda disponer de información de otros países y clasificada por grupos de edad específicos (por ejemplo de 15 a 24 años). El estudio francés Escapad del año 2003 reveló que el 14 % de los jóvenes de 17 y 18 años (el 9 % de las chicas y el 18 % de los chicos) podría considerarse bajo riesgo de caer en un consumo problemático, según una escala específica (CAST). Otros países también trabajan con escalas para evaluar las formas de consumo intensivo de cannabis (Alemania, los Países Bajos, Polonia y Portugal), y el OEDT está promoviendo la colaboración en esta área.

### Efectos del consumo de cannabis en la salud

Durante los últimos años, ha aumentado la preocupación por las consecuencias potenciales del consumo de cannabis, tanto en el ámbito social como para la salud. A pesar de que los datos disponibles no permiten una valoración diáfana de estas cuestiones, se han podido extraer algunas conclusiones. Por ejemplo, parece evidente que el consumo intensivo de cannabis está relacionado con las enfermedades mentales, aunque con respecto a la comorbilidad se debe examinar cuál es la causa y cuál el efecto. La complejidad de esta correlación se analiza y se debate en un monográfico del OEDT de próxima publicación.

El hecho de que el consumo intensivo de cannabis coincida a menudo con problemas mentales que no están específicamente relacionados con las drogas tiene implicaciones prácticas. Cuando se elabora un plan de tratamiento para consumidores de cannabis, puede resultar complicado para el personal médico saber si es mejor tratar el consumo de droga o el problema de salud mental en primer lugar. Los estudios sobre los efectos del tratamiento para consumo problemático de cannabis todavía siguen siendo escasos, y los pocos que existen versan sobre tratamientos psicosociales específicos. Por lo que se refiere a las demás modalidades de tratamiento, o bien no se han investigado o bien los estudios realizados no son suficientes. Por este motivo, no disponemos de información que pruebe la eficacia y la efectividad de estos tratamientos.

<sup>(62)</sup> Encuesta Escapad realizada entre jóvenes, incluidos los de 17 y 18 años que hayan abandonado los estudios.

<sup>(63)</sup> Véase el cuadro EYE 3 y el gráfico EYE 1 (parte i) del boletín estadístico de 2006.

<sup>(64)</sup> Véase el gráfico GPS-24 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(65)</sup> Aún no hay una definición universalmente aceptada de «consumo intensivo de cannabis»; al contrario, la definición varía en los diferentes estudios.

No obstante, se trata de un término general que designa un consumo de cannabis que sobrepasa cierto umbral de frecuencia. No implica necesariamente la existencia de «dependencia/abuso» u otros problemas, pero se considera que aumenta el riesgo de sufrir consecuencias negativas, incluida la dependencia.

En este capítulo, las cifras corresponden al «consumo diario o casi diario» (definido como consumo durante 20 o más días en el último mes). Este patrón de referencia se ha usado con frecuencia en estudios y se puede obtener del modelo de cuestionario europeo. El riesgo de dependencia es menor cuando el consumo es menos frecuente.

### Tendencias en el consumo de cannabis entre adultos

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

Por lo general, se considera que el consumo de cannabis empezó a extenderse en algunos países europeos en los años sesenta y se hizo popular en los años setenta y ochenta. Las encuestas nacionales más recientes muestran un significativo consumo a lo largo de la vida entre las personas de entre 45 y 54 años en Dinamarca, Alemania, España, Francia, los Países Bajos, Suecia y el Reino Unido, lo que sugiere una importante iniciación en el consumo de cannabis durante finales de los años sesenta y en los años setenta. Un análisis sobre la iniciación en el consumo de cannabis reveló una importante expansión del mismo en España durante los años setenta, en Alemania (parte occidental) durante los años ochenta y en Grecia durante los años noventa <sup>(66)</sup>. Los datos recogidos en Suecia documentan un grado relativamente alto de experimentación entre los reclutas (15-20 %) en los años setenta.

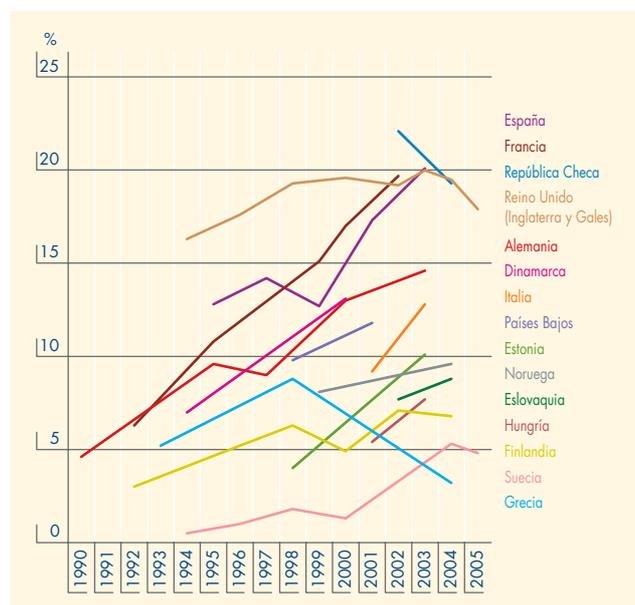
Las encuestas en hogares a nivel local o nacional, en cuarteles y en colegios revelan que el consumo de cannabis aumentó notablemente durante los años noventa en casi todos los países de la UE, sobre todo entre los jóvenes. Hasta fechas recientes se ha seguido produciendo un incremento en casi todos los países, aunque hay signos de estabilización o incluso de retroceso en algunos casos.

A principios de los años noventa, las mayores tasas de consumo reciente de cannabis entre los adultos jóvenes (de entre 15 y 34 años) correspondían al Reino Unido, si bien fueron descendiendo paulatinamente a partir de 1998 hasta 2004/2005 <sup>(67)</sup>, mientras que en España y Francia las tasas han alcanzado recientemente (en 2002 o 2003) los antiguos niveles del Reino Unido (gráfico 3). La República Checa también informa de niveles de prevalencia similares.

Los niveles de consumo son inferiores en Dinamarca, Alemania, Estonia, Italia, los Países Bajos y Eslovaquia, pero en todos estos países se han registrado incrementos en cuanto al consumo en el último año entre adultos jóvenes, al igual que Hungría, aunque en menor medida. Cabe tener en cuenta que los datos daneses (2000) y neerlandeses (2001) se han quedado relativamente anticuados y que la situación actual es, por lo tanto, menos diáfana.

En Finlandia y Suecia las tasas de prevalencia son relativamente bajas, pero aparentemente también se están incrementando; no obstante, la diferencia observada en Suecia entre el año 2000 (1,3 %) y el año 2004 (5,3 %) resulta difícil de interpretar debido a los cambios metodológicos <sup>(68)</sup>.

**Gráfico 3.** Tendencias en la prevalencia del consumo de cannabis durante el último año entre la población adulta joven (entre 15 y 34 años)



*N.B.:* Los datos proceden de las encuestas nacionales disponibles más recientes en cada país en el momento de la realización del informe. Para más información, véase el cuadro GPS-4 del boletín estadístico de 2006.

*Fuentes:* Informes nacionales de la red ReitoX (2005), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

En el último decenio aumentaron asimismo de manera generalizada las tasas de prevalencia en el último mes, si bien solo se han dado incrementos pronunciados en Bélgica y España. El Reino Unido, que desde principios de los años noventa presentaba los niveles más altos de Europa, ha registrado recientemente un descenso en el consumo en el último mes. Del mismo modo, Eslovaquia registró un descenso entre 2002 y 2004. En la República Checa y en Francia no ha sido posible evaluar la tendencia.

Además, las encuestas escolares pueden brindar una valiosa información sobre las tendencias en el consumo de droga entre los miembros más jóvenes de la población, lo que podría ayudar a predecir futuras tendencias entre adultos jóvenes. Desde 1995, en la mayoría de los países se ha producido un incremento general en el número de escolares que han probado el cannabis en alguna ocasión. Sin embargo, las variaciones geográficas en cuanto a las tendencias son pronunciadas. Las tendencias en la prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida entre escolares de 15 a 16 años de edad se pueden clasificar en tres grupos geográficos. En Irlanda y el Reino Unido, que tienen una larga historia de consumo de cannabis, la prevalencia a lo largo de la vida es alta, pero se ha mantenido estable durante el último decenio (alrededor del 37-39 %). En los Estados miembros de Europa Central y del Este, junto con Dinamarca, España, Francia, Italia y Portugal, la prevalencia de consumo

<sup>(66)</sup> Véase el gráfico 4 del Informe anual de 2004.

<sup>(67)</sup> Desde 1994, el primer año en que se dispone de información basada en el *British Crime Survey* (Estudio sobre la delincuencia británica) para Inglaterra y Gales.

<sup>(68)</sup> Véanse los cuadros GPS-4 y GPS-14 del boletín estadístico de 2006.

de cannabis a lo largo de la vida fue sustancialmente superior en 2003 que en 1995. En el tercer grupo de Estados miembros (Finlandia y Suecia en el norte, y Grecia, Chipre y Malta en el sur), así como en Noruega, las estimaciones de prevalencia del consumo a lo largo de la vida entre la población de escolares permanecen a niveles relativamente bajos (del orden del 10 % o menos) <sup>(69)</sup>.

## Datos relativos a la demanda de tratamiento <sup>(70)</sup>

En aproximadamente el 15 % de las 380 000 demandas de tratamiento declaradas en el año 2004 (datos disponibles de 19 países), se menciona el cannabis como la principal razón para derivaciones a tratamiento, lo que lo sitúa en segundo lugar por detrás de la heroína <sup>(71)</sup>.

En general, el cannabis es también la segunda droga más citada en los informes sobre consumidores de droga que acceden a tratamiento por primera vez, como es el caso del 27 % de los nuevos pacientes registrados en el año 2004. No obstante, las cifras varían considerablemente entre países. Así, por ejemplo, el cannabis es mencionado por menos del 5 % de los nuevos pacientes en Lituania, Malta y Rumanía, mientras que la mencionan más del 40 % de nuevos pacientes en Alemania, Dinamarca, Hungría y Finlandia <sup>(72)</sup>. Durante el período 1999-2004, el porcentaje de todos los nuevos pacientes que solicitan tratamiento para su adicción al cannabis se vio incrementado en la mayoría de los países que facilitaron datos <sup>(73)</sup>.

En casi todos los países que han facilitado datos, el porcentaje de pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cannabis es mayor entre los nuevos pacientes que entre el total de pacientes, con escasas excepciones, en que los porcentajes se aproximan <sup>(74)</sup>. La mayor demanda de tratamiento por consumo de cannabis se da en entornos ambulatorios <sup>(75)</sup>.

Probablemente, el incremento de la demanda de tratamiento por consumo de cannabis se puede asociar con una serie de factores. En esta área continúa siendo necesario realizar estudios de investigación. Entre las posibles razones que motivarían este incremento se incluyen una escalada del consumo intensivo de cannabis y los problemas que ello conlleva para la población, una

mayor percepción de los riesgos asociados al consumo de cannabis, un incremento claramente importante en algunos países del número de derivaciones a tratamiento por parte del sistema de justicia penal, y cambios en el sistema de informes y/o en su cobertura <sup>(76)</sup>.

En general, los pacientes consumidores de cannabis se pueden dividir en tres grupos: aquellos que lo consumen de forma ocasional (34 %), los que lo consumen una o varias veces por semana (32 %) y los que lo consumen diariamente (34 %). Existen diferencias notables entre países en lo que respecta a la frecuencia del consumo de cannabis entre los nuevos pacientes, siendo los Países Bajos y Dinamarca aquellos en los que se registra el mayor porcentaje de consumidores de cannabis a diario, mientras que los mayores porcentajes de consumidores ocasionales o que no hayan consumido cannabis en el mes anterior al inicio del tratamiento se concentran en Alemania, Grecia y Hungría. Esta variación probablemente refleja las diferencias en las derivaciones a tratamiento (por ejemplo, más derivaciones del sistema de justicia penal o de redes sociales) <sup>(77)</sup>.

Resulta de gran importancia la medida en que los consumidores de cannabis en tratamiento satisfacen los criterios de diagnóstico para consumo dependiente o consumo perjudicial. Actualmente se requieren más investigaciones en esta área. Dado que existen diferencias entre países en cuanto a la forma en que se realizan las derivaciones a tratamiento, en los estudios es necesario documentar las distintas características clínicas de los pacientes en tratamiento por consumo de cannabis.

Algunos pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cannabis aportan, además, otros problemas adicionales con el alcohol o las drogas, y, en ocasiones, la solicitud de tratamiento responde a problemas de índole más general, como trastornos de la conducta entre jóvenes. Además, algunos estudios recientes revelan que se ha registrado un incremento en el número de adolescentes que solicitan tratamiento por consumo de cannabis y que padecen, a la vez, problemas de salud mental, y este podría ser un factor importante que influiría en la demanda de tratamiento <sup>(78)</sup>.

También es importante comprender mejor las necesidades de los consumidores de cannabis a nivel de la población. El OEDT estima que en la UE existen alrededor de 3 millones de consumidores intensivos de cannabis

<sup>(69)</sup> Véase el cuadro EYE-5 (parte i) y gráfico EYE-1 (parte ii) del boletín estadístico de 2006.

<sup>(70)</sup> El análisis de la distribución general y las tendencias se basa en el análisis de los datos de pacientes que solicitan tratamiento en todos los centros de tratamiento; el análisis del perfil de los pacientes y sus pautas de consumo se basa en los datos de los centros de tratamiento ambulatorio. En la cuestión particular sobre género, publicada conjuntamente con el Informe anual del OEDT de 2006, podrá encontrar un análisis específico desglosado en función del género.

<sup>(71)</sup> Véase el gráfico TDI-2 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(72)</sup> Véase el cuadro TDI-4 (parte ii) del boletín estadístico de 2006.

<sup>(73)</sup> Véase el gráfico TDI-1 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(74)</sup> Véanse los cuadros TDI-3 (parte iii) y TDI-4 (parte iii) del boletín estadístico de 2006.

<sup>(75)</sup> Véase el cuadro TDI-25 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(76)</sup> En el año 2007 será publicado un monográfico del OEDT sobre el cannabis; tres capítulos del monográfico tratarán sobre el incremento de la demanda de tratamiento por consumo de cannabis.

<sup>(77)</sup> Véase el cuadro TDI-18 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(78)</sup> <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

(consumo diario o casi diario). Aunque se desconoce cuántos de estos consumidores solicitan tratamiento, el número de solicitudes de tratamiento asociadas con el consumo de cannabis es ínfimo en relación con esta cifra.

Los datos disponibles sugieren que las personas que reciben tratamiento por consumo de cannabis en centros ambulatorios tienden a ser relativamente jóvenes; prácticamente todos los pacientes de cannabis que reciben tratamiento por primera vez son menores de 30 años. Es más probable que el cannabis se registre como la droga primaria en los adolescentes sometidos a tratamientos de desintoxicación especializados que en los pacientes de otros grupos de edad: el cannabis representa el 75 % de las demandas de tratamiento entre los jóvenes de menos de 15 años y el 63 % entre los de 15 a 19 años <sup>(79)</sup>.

La mayoría de los pacientes reconoce haber probado el cannabis por primera vez a una edad muy temprana, con un porcentaje del 36,8 % que afirma haber consumido la droga por primera vez antes de los 15 años. Casi ningún solicitante de tratamiento declara haber probado el cannabis por primera vez después de los 29 años <sup>(80)</sup>.

## Prevención

Bien aplicados, los programas de prevención universal pueden retrasar o reducir la iniciación de los jóvenes en el consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol y el cannabis. Este hecho resulta especialmente importante si se tienen en cuenta los datos que demuestran que las personas que consumen drogas por primera vez a una edad temprana (preadolescencia a adolescencia media) corren un riesgo significativamente mayor de desarrollar problemas con las drogas, incluida la dependencia (Von Sydow et al., 2002; Chen et al., 2005). Otro factor adicional que aboga por intensificar los esfuerzos con vistas a prevenir o retrasar la iniciación al consumo de cannabis es el hecho de que los adolescentes son más vulnerables a la toxicidad del cannabis.

Los perfiles de los jóvenes consumidores de cannabis, al menos en los primeros estadios de consumo, no difieren de los de los jóvenes que consumen alcohol o tabaco. Esto sustenta la idea de que las campañas de prevención universal dirigidas a los jóvenes no deberían centrarse únicamente en el cannabis, sino que entre sus objetivos también deberían figurar la prevención del consumo de alcohol y tabaco.

El género es una cuestión importante en relación con la prevención del consumo de cannabis (véase la cuestión particular sobre género). Los chicos corren más riesgo de evolucionar hacia un consumo más intensivo, quizá debido a que las chicas son más receptivas a la desaprobación de sus padres y más cautas a la hora de elegir sus amistades. No obstante, esta realidad está

cambiando, al igual que cambian los roles de los hombres y las mujeres en las sociedades modernas. En varios países europeos, los proyectos destinados a prevenir el consumo de cannabis y de alcohol (Bagmaendene, Dinamarca; Beer-Group, Alemania; y Risflecting, Austria) intentan mejorar las carencias de habilidades comunicativas de los chicos. Es sabido que una de las razones que abocan a los chicos a consumir alcohol y cannabis de forma intensiva son las dificultades que encuentran para acercarse a las chicas, motivo por el cual estos proyectos ofrecen cursos para aprender a ligar.

La prevención selectiva en las escuelas tiene como objetivo los factores de riesgo asociados al consumo de drogas, como son el abandono escolar precoz, el comportamiento antisocial, el fracaso escolar, la falta de vinculación emocional, el absentismo escolar y la reducción en la capacidad de aprendizaje debido al consumo de droga.

El proyecto alemán *Bekifft in der Schule* (Fumado en la escuela) tiene por objeto formar a los profesores para que puedan detectar de forma precoz el consumo de cannabis y actuar en consecuencia, así como poner en contacto las escuelas con los centros de asesoramiento sobre drogas. Al igual que proyectos similares existentes en Austria, se trata de un plan de formación de diez módulos orientado a que los profesores tengan mayor conciencia sobre el consumo de cannabis y sepan identificar a los alumnos en riesgo.

En Alemania, Francia y los Países Bajos existe un nutrido número de centros específicos de asesoramiento en materia de drogas. Desde enero de 2005, se han abierto en Francia más de 250 clínicas de «asesoramiento en materia de cannabis». Dirigidos a adolescentes que estén pasando por dificultades a raíz del consumo de cannabis u otras drogas, así como a sus familiares, estos centros respetan el anonimato, son gratuitos y están abiertos a todo el mundo. Se encuentran ubicados en las principales ciudades francesas para facilitar el acceso. El asesoramiento corre a cargo de profesionales con formación en el uso de herramientas de evaluación y de intervenciones breves para tratar las adicciones, y que son, asimismo, capaces de identificar los servicios sociales, médicos o psiquiátricos adecuados para los pacientes que requieren una asistencia especializada. Este nuevo tipo de estructura debe ser sometido a un estudio de seguimiento. Los primeros datos disponibles de los dos o tres primeros meses de funcionamiento de este sistema muestran que cada mes acuden a estos centros entre 3 500 y 4 000 personas, de las cuales entre 2 000 y 2 500 consumen cannabis (los demás son padres, parientes y trabajadores sociales). Existen estrategias alternativas que consisten en ofrecer cursos de corta duración pero bien estructurados con unas diez sesiones en grupo (Dinamarca, Alemania, Países Bajos, Austria). En el marco del proyecto neerlandés-alemán Euregio se

<sup>(79)</sup> Véase el cuadro TDI-10 (parte i y parte ii) del boletín estadístico de 2006.

<sup>(80)</sup> Véase el cuadro TDI-11 (parte ii y parte ix) del boletín estadístico de 2006.

ha publicado un manual de acompañamiento sobre el programa de formación Skoll (técnicas de autocontrol).

Con frecuencia, los «cursos de formación» específicos sobre el cannabis se basan en el hecho de que el consumo o la posesión de cannabis son ilegales y los participantes son derivados por el sistema de justicia penal. La motivación a participar en dichos cursos se debe en gran medida a que la asistencia es parte obligatoria de la sentencia judicial. No obstante, estos métodos permiten establecer contacto con al menos una parte del grupo en riesgo.

Numerosas intervenciones de prevención selectiva en Europa tienden a facilitar información sobre el cannabis. Varios enfoques más factuales, que incluyen la reestructuración normativa (por ejemplo, aprender que la mayoría de los jóvenes desapruueba el consumo), la práctica de la reafirmación personal, la motivación y el establecimiento de objetivos, así como la rectificación de falsos mitos (de los valores asociados con el cannabis) aún deben establecerse como elementos estándar de los programas de prevención del consumo de cannabis. Un metaanálisis

reciente sobre los programas de prevención para jóvenes vulnerables (Roe y Becker, 2005) reveló que los enfoques basados en la información apenas inciden o no inciden en absoluto en los comportamientos o actitudes en relación con el consumo, tanto en la prevención universal como en la prevención selectiva. Los mismos autores descubrieron que los programas exhaustivos de influencia social tienen un efecto importante en los jóvenes vulnerables.

Una noción importante que se obtiene a partir de las escasas evaluaciones disponibles sobre los proyectos europeos de prevención selectiva del consumo de cannabis (*FRED*, *Way-Out*, *Sports for Immigrants* [Deportes para los inmigrantes] y otros; véase más arriba y EDDRA en la dirección <http://eddra.emcdda.europa.eu>) es la eficacia de las técnicas globales de influencia social. Entre los efectos positivos obtenidos por estas técnicas están la reducción de los niveles de consumo, la mayor autopercepción del consumo problemático, la reducción de los principales factores de riesgo y problemas asociados, y un mayor autocontrol y motivación.

### Intervención de corta duración para los consumidores de cannabis

La intervención de corta duración es un enfoque que pretende hacer reflexionar a las personas sobre el consumo de drogas y proporcionarles estrategias para que puedan controlarlo. El concepto se basa, principalmente, en entrevistas de motivación, un planteamiento sin juicios ni confrontaciones que permite estudiar los valores, los objetivos y la evaluación personal del consumo del paciente y transmitirle comentarios sobre la discrepancia entre su autopercepción y el estado real.

La intervención de corta duración se suele emplear durante la primera etapa de consumo de alcohol o drogas para evitar que se convierta en un problema de adicción grave más adelante. Existen datos que prueban la efectividad de este tipo de intervenciones en la prevención del consumo inadecuado de alcohol y tabaco y, además, hay un creciente interés por utilizar esta estrategia en relación con otras sustancias.

La intervención de corta duración ha demostrado ser de gran utilidad en las medidas de prevención selectivas dirigidas a los consumidores de cannabis que no suelen entrar en contacto con servicios de tratamiento. En el caso de los consumidores intensivos de cannabis, los programas que se basan en la educación y ponen énfasis en la abstinencia pueden no resultar efectivos.

Las intervenciones de corta duración son rentables y pueden resultar especialmente adecuadas para los consumidores de cannabis, ya que parecen proporcionar buenos resultados con los consumidores que:

- tienen pocos problemas con el consumo de drogas;
- presentan bajos niveles de dependencia;
- poseen un historial breve de consumo de drogas;
- gozan de un entorno estable (social, escolar/académico, familiar);
- no están seguros o se muestran indecisos a la hora de modificar sus pautas de consumo.

Este enfoque se emplea actualmente en varios países, incluidos Alemania, los Países Bajos, Austria y el Reino Unido, donde las intervenciones se presentan en forma de sesiones de asesoramiento, cursos sobre el cannabis o incluso páginas web de autoayuda. Por ejemplo, el programa alemán «Quit the Shit» (Deja la mierda) (<http://www.drugcom.de>) de asesoramiento a través de Internet es un enfoque innovador que emplea la telemática y se dirige a los consumidores de cannabis que quieren reducir el consumo o dejar de consumir esta droga. Otros sitios web similares con componentes de autoayuda son <http://www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html> de Jellinek (Países Bajos) y <http://www.knowcannabis.org.uk/> de HIT (Reino Unido).



## Capítulo 4

### Anfetaminas, éxtasis y otras drogas psicotrópicas

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

La anfetamina y la metanfetamina son estimulantes del sistema nervioso central. De estas dos drogas, la anfetamina es, con diferencia, la más fácil de adquirir en Europa. En términos globales, los niveles de consumo de metanfetamina tienden al alza, lo que es motivo de gran preocupación, ya que es una droga conocida por estar asociada a diversos problemas graves de salud. Dentro de Europa, el consumo de metanfetamina parece limitarse a la República Checa.

El éxtasis hace referencia a sustancias sintéticas químicamente relacionadas con las anfetaminas, pero cuyos efectos son algo diferentes. La sustancia más conocida de la familia del éxtasis es la 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), aunque también pueden encontrarse otras sustancias análogas en las pastillas de éxtasis (MDA, MDEA, etc.). Estas drogas se conocen a veces como entactógenos, lo que hace referencia a sus efectos, muy específicos, de alteración del estado de ánimo. En ocasiones producen efectos más típicos de las sustancias alucinógenas.

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

Con el fin de detectar la aparición de nuevas sustancias en el panorama europeo de las drogas, la UE ha puesto en marcha un Sistema de alerta rápida (SAR). Este sistema

somete asimismo a control nuevas tendencias potencialmente perjudiciales en el consumo de sustancias psicoactivas.

#### Oferta y disponibilidad <sup>(81)</sup>

Resulta complicado cuantificar la producción de anfetaminas y éxtasis, ya que «se inicia con sustancias químicas de gran disponibilidad en el mercado, en laboratorios fáciles de ocultar» (ONUDD, 2003a). No obstante, según las últimas estimaciones se calcula que la producción anual mundial de anfetaminas y éxtasis oscila en torno a las 520 toneladas (ONUDD, 2003b). Las incautaciones mundiales alcanzaron su apogeo en el año 2000 con 46 toneladas. Tras experimentar una caída en 2001 y 2002, las incautaciones aumentaron de nuevo a 34 toneladas en el año 2003, y descendieron ligeramente a 29 toneladas en 2004. En el año 2004, la cuota de metanfetamina en las incautaciones globales de anfetamina y éxtasis cayó desde el 66 % registrado en 2003 hasta el 38 %, mientras que la proporción de éxtasis y de anfetamina fue del 29 % y del 20 %, respectivamente (CND, 2006).

#### Anfetaminas

A escala mundial, la producción de anfetamina sigue concentrándose en Europa Occidental y Central, particularmente en Bélgica, los Países Bajos y Polonia. Dentro de Europa, Estonia, Lituania y Bulgaria desempeñan, asimismo, un papel importante en la producción ilegal de anfetamina y, en menor medida, Alemania, España y Noruega, como muestra el desmantelamiento de los laboratorios de anfetaminas llevado a cabo en estos países en el año 2004 (ONUDD, 2006) <sup>(82)</sup>. Fuera de Europa, la anfetamina se produce principalmente en América del Norte y Oceanía (CND, 2006). En 2004, el tráfico de anfetaminas continuó siendo fundamentalmente intrarregional. En su mayor parte, la anfetamina que se encuentra en los mercados ilegales europeos procede de Bélgica, los Países Bajos y Polonia, y —en los países nórdicos— también de Estonia y Lituania (informes nacionales de la red Reitox, 2005; OMA, 2005).

De las 6 toneladas de anfetamina aprehendidas a escala mundial en 2004, aproximadamente el 97 %

<sup>(81)</sup> Véase «Interpretación de las incautaciones y otros datos de mercado», p. 37.

<sup>(82)</sup> El número de laboratorios desmantelados del que han dado cuenta los diferentes países refleja, además del número de centros de producción, las actividades y prioridades de los cuerpos y fuerzas de seguridad, así como los procedimientos informativos.

se incautó en Europa, principalmente en Europa Occidental y Central y en el sureste europeo (lo que corresponde, respectivamente, al 67 % y al 26 % del total incautado en todo el mundo) (CND, 2006).

En 2004, se incautaron 5,2 toneladas de anfetamina y 9,6 millones de unidades en las 33 000 operaciones que se estima se llevaron a cabo en la UE. En términos de número de incautaciones y peso de la anfetamina aprehendida, destaca en primera posición el Reino Unido dentro de la UE <sup>(83)</sup>. Turquía informa de la intercepción de 9,5 millones de unidades de anfetamina en 2004. A pesar de algunas fluctuaciones, en el ámbito de la UE, el número total de incautaciones de anfetamina <sup>(84)</sup> y de cantidades aprehendidas <sup>(85)</sup> se ha incrementado desde 1999 y, en base a los resultados de los países que han facilitado información, parece que esta tendencia al alza se mantuvo en 2004.

En el año 2004, el precio medio de venta al por menor de la anfetamina fluctuó entre 4 euros por gramo en Eslovenia y 64 euros por gramo en Malta <sup>(86)</sup>. Durante el período 1999-2004, los precios de la anfetamina, una vez corregidos los efectos de la inflación <sup>(87)</sup>, disminuyeron en general en Alemania, España, Irlanda, Letonia, Lituania, Suecia, el Reino Unido, Bulgaria, Turquía y Noruega <sup>(88)</sup>.

La pureza media de la anfetamina durante el año 2004 osciló entre el 5 y el 6 %, en Bulgaria, y el 44 %, en Noruega <sup>(89)</sup>. Los datos disponibles <sup>(90)</sup> sobre la pureza media de la anfetamina durante el período 1999-2004 revelan, en general, una tendencia a la baja en Letonia, Lituania, Luxemburgo, Finlandia y Noruega, y una tendencia al alza en Bélgica, Alemania, Francia, Italia, Hungría y Austria.

## Metanfetamina

A escala mundial, en términos de cifras de producción y tráfico, la metanfetamina continúa siendo más importante que la anfetamina o el éxtasis, si bien la cuota de

incautaciones en todo el mundo experimentó un retroceso en 2004. Las principales áreas de producción de metanfetamina siguen siendo el este y el sureste asiático (China, Filipinas, Myanmar, Tailandia), seguidos de América del Norte y Central (Estados Unidos, Canadá, México). En 2004, se incautaron 11 toneladas de metanfetamina en todo el mundo, de las cuales el 59 % fue aprehendido en el este y el sureste asiático y el 37 % en América del Norte (CND, 2006). En Europa, la fabricación de metanfetamina se limita principalmente a la República Checa, donde se produce desde mediados de los años ochenta bajo el nombre local de «pervifin». No obstante, en el año 2004 se informó de la producción de esta sustancia y del desmantelamiento de laboratorios también en Eslovaquia y Bulgaria (informes nacionales de la red Reitox, 2005; ONUDD, 2006). La mayor parte de la producción de metanfetamina en la República Checa se destina al mercado local, aunque también se introduce ilegalmente en Alemania, Austria y Eslovaquia (informes nacionales de la red Reitox, 2005). En 2004, se incautó metanfetamina en Bélgica, la República Checa, Dinamarca, Estonia, Grecia, Francia, Letonia, Lituania, Hungría, Austria, Eslovaquia, Suecia, Rumanía y Noruega; en este último país se registraron el mayor número de incautaciones y las mayores cantidades aprehendidas <sup>(91)</sup>.

En 2004, según los informes el precio <sup>(92)</sup> de venta al por menor de la metanfetamina en la República Checa variaba entre 12 y 63 euros por gramo, mientras que su pureza media <sup>(93)</sup> oscilaba entre el 43 % en Eslovaquia y el 50 % en la República Checa.

## Éxtasis

A escala mundial, Europa sigue siendo el principal centro productor de éxtasis, si bien parece haber perdido importancia relativa en los últimos años, a medida que se ha extendido la producción de esta sustancia a otras partes del mundo, sobre todo América del Norte (Estados Unidos,

<sup>(83)</sup> Este dato deberá cotejarse con la información del Reino Unido correspondiente a 2004, cuando se disponga de ella. Faltan los datos relativos al número de incautaciones de anfetamina y cantidades aprehendidas en Irlanda y el Reino Unido en 2004; asimismo, faltan los datos relativos al número de incautaciones de anfetamina en Eslovenia en 2004; además, faltan los datos relativos al número de incautaciones de anfetamina en los Países Bajos en 2004. Con fines estimativos, los datos no disponibles para 2004 fueron reemplazados por los datos correspondientes a 2003. Los datos sobre las cantidades aprehendidas en 2004 facilitados por los Países Bajos son sólo estimativos y no pueden ser incluidos en el análisis de tendencias de 2004.

<sup>(84)</sup> Véase el cuadro SZR-11 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(85)</sup> Véase el cuadro SZR-12 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(86)</sup> Véase el cuadro PPP-4 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(87)</sup> Tomando 1999 como año base a efectos del valor del dinero en todos los países.

<sup>(88)</sup> Durante el período 1999-2004 se dispuso de datos sobre los precios de la anfetamina de al menos tres años consecutivos en Bélgica, Alemania, España, Francia, Irlanda, Letonia, Lituania, Polonia, Suecia, el Reino Unido, Bulgaria, Turquía y Noruega.

<sup>(89)</sup> Véase el cuadro PPP-8 del boletín estadístico de 2006. Obsérvese que los niveles medios de pureza de la anfetamina declarados pueden albergar grandes variaciones con respecto a la pureza de las muestras analizadas.

<sup>(90)</sup> Durante el período 1999-2004 se dispuso de datos sobre la pureza de la anfetamina de al menos tres años consecutivos en Bélgica, Alemania, Estonia, Francia, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Hungría, los Países Bajos, Polonia, Portugal, Finlandia, el Reino Unido, Turquía y Noruega.

<sup>(91)</sup> Los datos de 2004 facilitados por Alemania, Italia, Luxemburgo y los Países Bajos no permiten distinguir entre incautaciones de metanfetamina y de anfetamina, mientras que Irlanda y el Reino Unido no facilitaron datos en 2004 sobre incautaciones de droga, por lo que es prácticamente imposible saber si se ha incautado metanfetamina en estos cinco países.

<sup>(92)</sup> Véase el cuadro PPP-4 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(93)</sup> Véase el cuadro PPP-8 del boletín estadístico de 2006.

Canadá) y el este y sureste asiático (China, Indonesia, Hong Kong) (CND, 2006; ONUDD, 2006). Si bien los Países Bajos siguieron ostentando en 2004 el título de principal país de origen de éxtasis de Europa y de todo el mundo, se descubrieron también laboratorios de fabricación de éxtasis en Bélgica, Estonia, España y Noruega (informes nacionales de la red Reitox, 2005; ONUDD, 2006). El éxtasis incautado en la UE procede principalmente de los Países Bajos y Bélgica, seguidos de Polonia y el Reino Unido (informes nacionales de la red Reitox, 2005).

El tráfico de éxtasis sigue concentrándose fundamentalmente en Europa Occidental, si bien, al igual que la producción, se ha extendido al resto del mundo en los últimos años. De las 8,5 toneladas (equivalente de peso) de éxtasis incautadas a escala mundial en 2004, el 50 % correspondió a Europa Occidental y Central, el 23 % a América del Norte y el 16 % a Oceanía (CND, 2006).

En 2004 se realizaron en la UE aproximadamente 24 000 incautaciones, fruto de las cuales se confiscaron alrededor de 28,3 millones de pastillas de éxtasis. Hasta 2003, las mayores cantidades de éxtasis se incautaron en el Reino Unido, seguido de Alemania, Francia y los Países Bajos <sup>(94)</sup>.

Tras un rápido incremento durante el período 1999-2001, el número de incautaciones de éxtasis <sup>(95)</sup> en el ámbito de la UE descendió entre 2002 y 2003; sin embargo, los datos de los informes de los países indican un nuevo aumento en 2004. Las cantidades de éxtasis <sup>(96)</sup> interceptadas se incrementaron de 1999 a 2002; después de sufrir una caída brusca en 2003, los datos disponibles para 2004 sugieren que se ha vuelto a recuperar el nivel de 2002.

En 2004, el precio medio de venta al por menor de las pastillas de éxtasis oscilaba entre menos de 3 euros por cada pastilla en Lituania y Polonia hasta 15-25 euros en Grecia e Italia <sup>(97)</sup>. Durante el período 1999-2004, los precios medios de venta al por menor de éxtasis, una vez

descontados los efectos de la inflación <sup>(98)</sup>, descendieron en la mayoría de los países que han facilitado datos <sup>(99)</sup>.

Por lo general, la mayoría de las pastillas vendidas en Europa como éxtasis contenían MDMA u otras sustancias similares al éxtasis (MDEA, MDA), con frecuencia la única sustancia psicoactiva presente. En la República Checa, Grecia, Letonia, Lituania, Hungría, los Países Bajos, Eslovaquia, Finlandia, el Reino Unido y Noruega, más del 95 % del número total de pastillas analizadas en 2004 correspondió a este tipo de pastillas. Un caso excepcional fue el de Bulgaria, donde un elevado porcentaje de las pastillas analizadas (61 %) contenía amfetamina y/o metanfetamina como únicas sustancias psicoactivas. El contenido de MDMA de las pastillas de éxtasis varía considerablemente según las partidas (incluso entre las que llevan el mismo logotipo), tanto dentro como fuera de un mismo país. En 2004, el contenido medio de sustancia activa (MDMA) por pastilla de éxtasis osciló entre 30 y 82 mg <sup>(100)</sup> (informes nacionales de la red Reitox, 2005).

## LSD

La producción y el tráfico de LSD alcanzan cifras mucho menores que los de otras drogas sintéticas. Se estima que en 2004 se llevaron a cabo 700 incautaciones de 220 000 unidades de LSD en la UE. Desde 2002, Alemania ha sido el país en el que se han incautado las mayores cantidades anuales de LSD, seguida por el Reino Unido <sup>(101)</sup>. Entre 1999 y 2002, en el ámbito de la UE descendieron tanto el número de incautaciones de LSD <sup>(102)</sup> como de cantidades aprehendidas <sup>(103)</sup>. Sin embargo, en base a los datos disponibles, durante los años 2003 y 2004 se produjo un incremento de las incautaciones de LSD y cantidades interceptadas por primera vez en nueve años, con cantidades relativamente importantes de droga aprehendidas en Alemania, Francia, Lituania, los Países Bajos y Polonia en 2004.

En 2004, el coste medio para los consumidores de una pastilla de LSD oscilaba entre los 2,5 euros de

<sup>(94)</sup> Este dato deberá cotejarse con la información del Reino Unido correspondiente a 2004, cuando se disponga de ella. Faltan los datos relativos al número de incautaciones de éxtasis y cantidades aprehendidas en Irlanda y el Reino Unido en 2004; asimismo, faltan los datos relativos al número de incautaciones de éxtasis en los Países Bajos en 2004. Con fines estimativos, los datos no disponibles para 2004 fueron reemplazados por los datos correspondientes a 2003. Los datos sobre las cantidades aprehendidas en 2004 facilitados por los Países Bajos son sólo estimativos y no pueden ser incluidos en el análisis de tendencias de 2004.

<sup>(95)</sup> Véase el cuadro SZR-13 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(96)</sup> Véase el cuadro SZR-14 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(97)</sup> Véase el cuadro PPP-4 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(98)</sup> Tomando 1999 como año base a efectos del valor del dinero en todos los países.

<sup>(99)</sup> Durante el período 1999-2004 se dispuso de datos sobre los precios del éxtasis de al menos tres años consecutivos en Bélgica, la República Checa, Alemania, España, Francia, Irlanda, Chipre, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Polonia, Portugal, Eslovenia, Suecia, el Reino Unido, Bulgaria, Turquía y Noruega.

<sup>(100)</sup> Este margen está basado en los datos obtenidos de un pequeño número de países, concretamente Dinamarca, Alemania, Francia, Luxemburgo y los Países Bajos.

<sup>(101)</sup> Este dato deberá cotejarse con la información del Reino Unido correspondiente a 2004, cuando se disponga de ella. Faltan los datos relativos al número de incautaciones de LSD y cantidades aprehendidas en Irlanda y el Reino Unido en 2004; asimismo, faltan los datos relativos al número de incautaciones de LSD en Chipre, los Países Bajos, Polonia y Bulgaria. Con fines estimativos, los datos no disponibles para 2004 fueron reemplazados por los datos correspondientes a 2003. Los datos sobre las cantidades aprehendidas en 2004 facilitados por los Países Bajos son sólo estimativos y no pueden ser incluidos en el análisis de tendencias de 2004.

<sup>(102)</sup> Véase el cuadro SZR-15 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(103)</sup> Véase el cuadro SZR-16 del boletín estadístico de 2006.

Portugal y los 11,6 euros de Malta <sup>(104)</sup>. Los precios medios de LSD, una vez corregidos los efectos de la inflación <sup>(105)</sup>, presentaron entre 1999 y 2004 una tendencia general a la baja <sup>(106)</sup> en la República Checa, Irlanda, Polonia, Eslovenia, y Suecia, aunque experimentaron un incremento en Alemania y en Francia.

### Medidas internacionales contra la producción y el tráfico de anfetaminas y éxtasis

En el área de las drogas sintéticas, Europol dirige el proyecto Synergy desde diciembre de 2004 <sup>(107)</sup>. Este proyecto es apoyado por 20 Estados miembros y algunos Estados terceros, y comprende un fichero de análisis (*analytical work file*, AWF) con subproyectos operativos transnacionales que se llevan a cabo en toda la UE, así como una serie de instrumentos utilizados con fines analíticos y estratégicos, como el Sistema Europol de Logos de Éxtasis (*Europol Ecstasy Logo System*, EELS) (incluido el Catálogo Europol de Logos del Éxtasis) y el Sistema Europol de Comparación de Laboratorios Ilegales (*Europol Illicit Laboratory Comparison System*, EILCS). Europol sigue brindando apoyo al proyecto CHAIN <sup>(108)</sup> sobre determinación de perfiles de anfetaminas y la Unidad Conjunta Europea en materia de Precursores (*European Joint Unit on Precursors*, EJUP). Además de en la asistencia de expertos *in situ* para dismantelar laboratorios de fabricación de drogas sintéticas ilegales, algunos subproyectos recientes se han centrado en comparar los laboratorios dismantelados, en localizar vertederos de residuos químicos como punto de partida para las investigaciones, en investigar la procedencia de las máquinas para fabricar pastillas, y en investigar el tráfico de precursores químicos en los países de la UE.

El proyecto Prisma es una iniciativa internacional creada para prevenir la desviación de los precursores químicos utilizados en la fabricación ilegal de drogas sintéticas que, por un lado, se vale de un sistema de notificaciones previas a la exportación para operaciones comerciales legales a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y, por el otro, hace uso de la notificación de envíos interceptados e incautaciones llevadas a cabo en caso de transacciones sospechosas.

La efedrina y la pseudoefedrina son precursores clave para la metanfetamina, mientras que la 1-fenil-2-propanona (P-2-P) también es utilizada para fabricar anfetamina; 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P),

safrol y aceites ricos en safrol son utilizados para la fabricación ilegal de MDMA, mientras que el piperonal se usa, asimismo, para sintetizar MDA <sup>(109)</sup>.

El comercio legal de efedrina y pseudoefedrina sumó un total de 526 y 1 207 toneladas, respectivamente, en 2004. Según los informes, las mayores incautaciones de estos productos químicos se llevaron a cabo en América del Norte y en el sureste asiático, pero existe la preocupación de que las incautaciones se hayan extendido a todas las regiones. La efedrina y pseudoefedrina que se introducen de contrabando en Europa proceden principalmente del oeste asiático. En 2004, se incautaron en Europa 2,6 toneladas de efedrina y 1 kg de pseudoefedrina <sup>(110)</sup>; en general, las cantidades aprehendidas eran de escasa cuantía y procedían de numerosos laboratorios, la mayoría de ellos ubicados en la República Checa, aunque en Grecia se incautó una gran cantidad de efedrina procedente de Pakistán.

En Europa, las actividades del proyecto Prisma se han centrado en prevenir la introducción de 3,4-MDP-2-P y P-2-P de contrabando en la UE para ser utilizadas en la fabricación ilegal de MDMA y anfetamina, respectivamente. En 2004, se llevaron a cabo las incautaciones de 3,4-MDP-2-P y P-2-P de mayor envergadura histórica en todo el mundo, siendo en Europa donde se aprehendieron las mayores cantidades de 3,4-MDP-2-P, mientras que en los Estados Unidos se aprehendieron las mayores cantidades de P-2-P. En el año 2004, las incautaciones llevadas a cabo en Europa sumaron un total de 10 161 litros de 3,4-MDP-2-P (principalmente en los Países Bajos y Bélgica) y 9 297 litros de P-2-P (principalmente en Polonia y los Países Bajos) <sup>(111)</sup>.

El piperonal tiene varios usos legales, pero también puede ser utilizado como precursor en la fabricación de 3,4-MDP-2-P, MDA o MDMA (JIFE, 2006b). Entre noviembre de 2004 y octubre de 2005, se informó de más de 150 envíos de 3 800 toneladas a la JIFE (2006b). En 2004, según los informes las mayores incautaciones de piperonal se llevaron a cabo en China (13 toneladas); en Europa se incautaron 2,4 toneladas, casi exclusivamente en Rumanía <sup>(112)</sup>.

En todas las regiones del mundo se han producido incautaciones de safrol, siempre en pequeñas cantidades, excepto en China, donde las cantidades aprehendidas superan los 100 kg. En Europa, durante 2004 se incautaron 122 litros de safrol, principalmente en Letonia, aunque también se produjeron incautaciones en Lituania.

<sup>(104)</sup> Véase el cuadro PPP-4 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(105)</sup> Tomando 1999 como año base a efectos del valor del dinero en todos los países.

<sup>(106)</sup> Durante el período 1999-2004 se dispuso de datos sobre los precios de la LSD de al menos tres años consecutivos en la República Checa, Alemania, España, Francia, Irlanda, Lituania, Polonia, Portugal, Eslovenia, Suecia, el Reino Unido, Rumanía y Noruega.

<sup>(107)</sup> El proyecto Synergy surge a partir de la fusión de los proyectos CASE y Genesis, que se iniciaron en 2002.

<sup>(108)</sup> La Iniciativa para una Colaboración Armonizada en materia de Anfetaminas (*Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative*, CHAIN) es una iniciativa forense de determinación de perfiles que sustituye al proyecto piloto CASE.

<sup>(109)</sup> Todas estas sustancias están incluidas en el cuadro I de la Convención de 1988.

<sup>(110)</sup> Los datos de las incautaciones no incluyen las cantidades procedentes de los envíos interceptados.

<sup>(111)</sup> Los datos de las incautaciones no incluyen las cantidades procedentes de los envíos interceptados.

<sup>(112)</sup> Los datos de las incautaciones no incluyen las cantidades procedentes de los envíos interceptados.

## Prevalencia y pautas de consumo

Tradicionalmente, las encuestas de población han demostrado que, después del cannabis, las anfetaminas y el éxtasis son las sustancias ilegales de mayor consumo, aunque la prevalencia general del consumo de anfetaminas y éxtasis es claramente inferior a la del cannabis. El consumo de éxtasis se hizo popular en los años noventa, mientras que la anfetamina tiene una historia más dilatada.

Entre los Estados miembros de la UE, el consumo de anfetaminas <sup>(113)</sup> y de éxtasis parece ser relativamente alto en sólo unos pocos países, concretamente en la República Checa, Estonia y el Reino Unido.

Las encuestas recientes realizadas entre la población adulta (15-64 años) revelan que la prevalencia del consumo de anfetamina a lo largo de la vida en Europa oscila entre el 0,1 % y el 5,9 %, excepto en el Reino Unido (Inglaterra y Gales), donde alcanza el 11,2 %. Por término medio, aproximadamente el 3,1 % de todos los europeos adultos ha consumido anfetaminas al menos una vez. Después del Reino Unido, los países donde se registran las cifras de consumo más altas son Dinamarca (5,9 %), Noruega (3,6 %) y Alemania (3,4 %). El consumo en el último año es muy inferior: un 0,6 % de media (del 0 al 1,4 %). Tomando como base las encuestas de población general, se ha estimado que casi 10 millones de europeos han probado esta sustancia, y más de 2 millones han consumido anfetamina en los últimos 12 meses <sup>(114)</sup>.

En cuanto a los adultos jóvenes (15-34 años), entre el 0,1 y el 9,6 % declaran haber consumido anfetamina, con una tasa de prevalencia a lo largo de la vida del 16,5 % en el Reino Unido (Inglaterra y Gales), lo que podría reflejar un fenómeno histórico (véase más adelante). La mitad de los países que han facilitado datos presentan tasas de prevalencia inferiores al 4 %, siendo Dinamarca (9,6 %), Noruega (5,9 %) y Alemania (5,4 %) los países donde se registran las mayores tasas después del Reino Unido. Por término medio, el 4,8 % de los europeos jóvenes han probado la anfetamina. Dinamarca (3,1 %) y Estonia (2,9 %) presentan las tasas de prevalencia más altas en el último año <sup>(115)</sup>. Se estima que, de media, un 1,4 % de jóvenes europeos ha consumido anfetamina en el último año (véase también el gráfico 4).

En cuanto al éxtasis, entre el 0,2 y el 7,1 % de los adultos reconoce haberlo probado (2,6 % de media). La mitad de los países presentan tasas de prevalencia del 1,8 % o inferiores, siendo la República Checa (7,1 %) y el Reino Unido (6,7 %) los países donde se registran

las mayores tasas de prevalencia. La prevalencia de consumo de éxtasis en el último año oscila entre el 0,2 % y el 3,5 %, pero la mitad de los países presentan tasas de prevalencia del 0,5 % o inferiores. Se estima que casi 8,5 millones de europeos han probado el éxtasis, y casi 3 millones lo han consumido en el último año.

Entre los adultos jóvenes de toda Europa, la prevalencia de consumo de éxtasis a lo largo de la vida es del 5,2 %, fluctuando del 0,5 % al 14,6 %, si bien en la mitad de los países se registran tasas inferiores al 3,6 %. La República Checa (14,6 %), el Reino Unido (12,7 %) y España (8,3 %) exhiben las mayores tasas de prevalencia.

El consumo de éxtasis es un fenómeno que se da predominantemente entre los jóvenes. En el grupo de 15 a 24 años, las tasas de consumo a lo largo de la vida oscilan entre el 0,4 % y el 18,7 %, siendo la República Checa (18,7 %) <sup>(116)</sup> y el Reino Unido (10,7 %) los países con las cifras más elevadas. En cuanto a las diferencias entre sexos, los hombres registran mayores tasas de consumo (0,3-23,2 %) que las mujeres (0,4-13,9 %). El consumo en el último año fluctúa entre el 0,3 % y el 12 %, siendo la República Checa (12 %) y Estonia (6,1 %) los países donde se han registrado las cifras más elevadas (gráfico 5). Siete países informan de tasas de prevalencia en el último mes inferiores al 3 %. Las tasas de prevalencia suelen ser más altas en áreas urbanas, y en particular entre los asiduos a las discotecas, clubes o eventos de baile (véase la cuestión particular sobre consumo de droga en entornos recreativos).

Entre los escolares de 15 a 16 años, las encuestas revelan que la prevalencia general del consumo de éxtasis a lo largo de la vida experimentó un aumento durante el período 1995-2003, dándose los mayores incrementos en la República Checa y en la mayoría de los nuevos Estados miembros <sup>(117)</sup>. En las encuestas escolares ESPAD de 2003 (Hibell et al., 2004) se estima que la prevalencia de consumo de anfetaminas a lo largo de la vida es entre un 1 % y un 3 % superior a la prevalencia de consumo de éxtasis en seis Estados miembros (Alemania, Dinamarca, Estonia, Lituania, Austria y Polonia) <sup>(118)</sup>.

A modo de comparación, cabe señalar que, en la encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud realizada en los Estados Unidos en 2004, el 4,6 % de los adultos encuestados (a partir de 12 años) afirma haber consumido éxtasis a lo largo de la vida, y un 0,8 % declara haber consumido esta sustancia en los últimos 12 meses (las cifras correspondientes a la UE son 2,6 % y 0,9 %, respectivamente). Entre los adultos jóvenes de 16 a 34 años, la tasa de consumo a lo largo de la vida fue del 11,3 %,

<sup>(113)</sup> En el marco de las encuestas de población, los datos sobre «consumo de anfetamina» incluyen bajo la misma categoría tanto el consumo de «anfetamina» como el consumo de «metanfetamina».

<sup>(114)</sup> Consúltense el método de cálculo en la nota a pie de página (53).

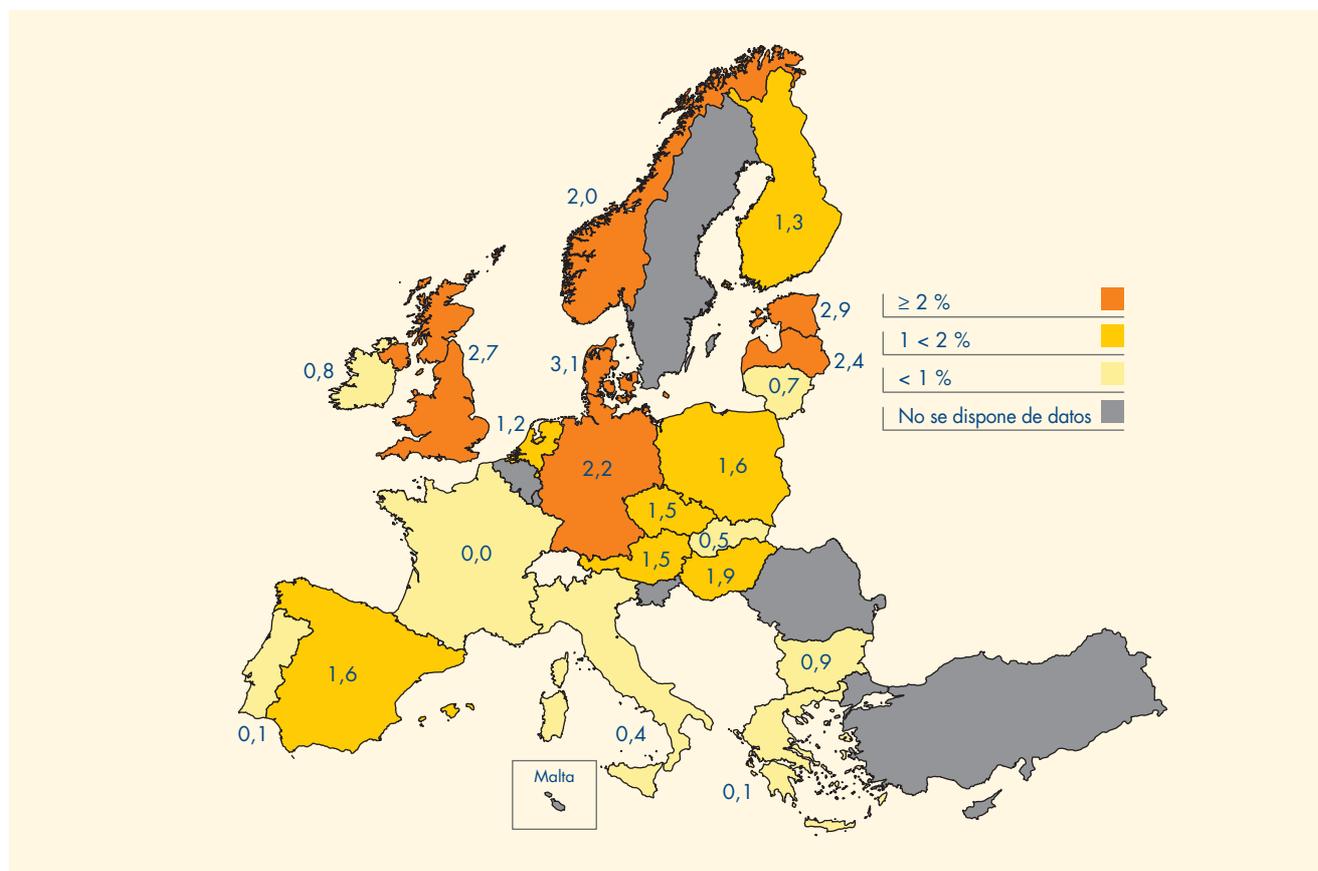
<sup>(115)</sup> Véanse los gráficos GPS-15 y GPS-16 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(116)</sup> En la República Checa, la encuesta se realizó entre jóvenes de entre 18 y 24 años.

<sup>(117)</sup> Véase el gráfico EYE-2 (parte i) del boletín estadístico de 2006.

<sup>(118)</sup> Véase el gráfico EYE-2 (parte vi) del boletín estadístico de 2006.

**Gráfico 4.** Prevalencia del consumo de anfetaminas durante el último año entre la población adulta joven (entre 15 y 34 años)



N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales disponibles más recientes en cada país en el momento de la realización del informe. Para más información, véanse los cuadros GPS-8 y GPS-11 del boletín estadístico de 2006.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2005), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

mientras que el consumo en el último año alcanzó una tasa del 2,2 % (5,2 % y 1,9 %, respectivamente, en Europa) <sup>(119)</sup>.

Las tasas de consumo de LSD a lo largo de la vida entre adultos varían entre el 0,2 % y el 5,9 %, registrándose en dos tercios de los países tasas de prevalencia de entre el 0,4 % y el 1,7 %. En adultos jóvenes (15-34 años), la prevalencia de consumo de LSD a lo largo de la vida oscila entre el 0,3 % y el 9 %, mientras que entre los pertenecientes al grupo de edad de 15 a 24 años no excede del 4,5 %. La prevalencia de consumo de esta droga en el último año en el grupo de edad de 15 a 24 años supera el 1 % únicamente en la República Checa, Estonia, Letonia, Hungría, Polonia y Bulgaria.

### Tendencias

Las nuevas encuestas de población revelan que el consumo de anfetamina y éxtasis, que presentaba una tendencia al alza en los últimos años, podría estar estabilizándose

o incluso disminuyendo. En el Reino Unido, así como en otros dos Estados miembros donde el consumo de estas drogas ha sido relativamente alto (la República Checa y España), los informes apuntan a que el consumo de anfetaminas en el último año entre adultos jóvenes está estabilizándose o incluso disminuyendo <sup>(120)</sup>. Del mismo modo, parece que el consumo de éxtasis también está estabilizándose o incluso experimentando un descenso en dos países donde se suelen registrar altas tasas de prevalencia, como son España y el Reino Unido, aunque no sucede lo mismo en la República Checa <sup>(121)</sup>.

### Datos relativos a la demanda de tratamiento: anfetaminas y éxtasis <sup>(122)</sup>

Si bien está aumentando el número de solicitudes de tratamiento por consumo de anfetaminas y éxtasis, por lo general, en la mayoría de los países el consumo de estas

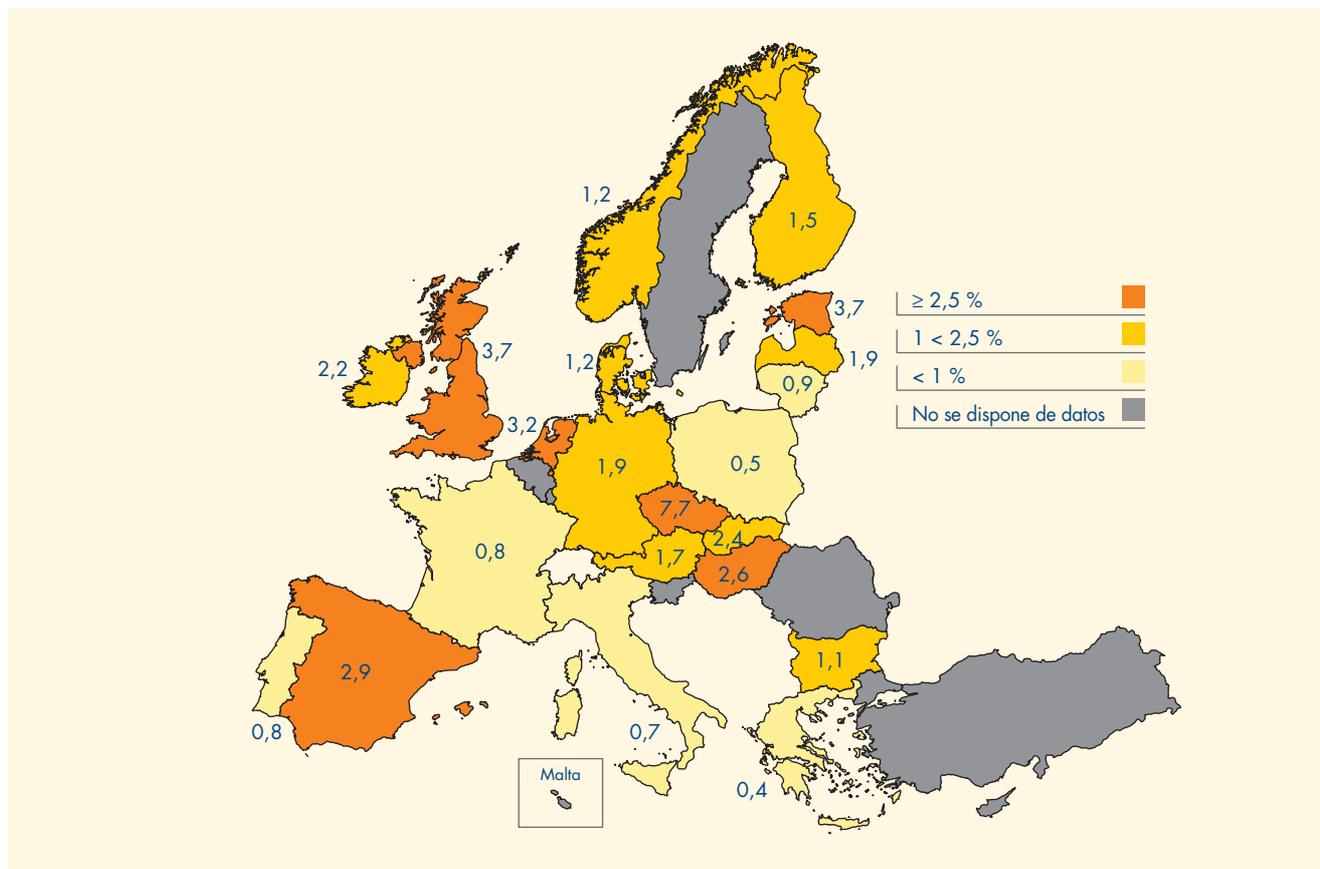
<sup>(119)</sup> Fuente: Samhsa, Oficina de Estudios Aplicados, *2004 National Survey on Drug Use and Health* (Encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud 2004) (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Obsérvese que el margen de edad utilizado en la encuesta estadounidense (a partir de 12 años) es más amplio que el margen utilizado por el OEDT para las encuestas europeas (de 15 a 64 años). Las cifras correspondientes a los «adultos jóvenes» (16-34 años) para la encuesta de EE.UU. han sido recalculadas por el OEDT.

<sup>(120)</sup> Véanse los gráficos GPS-6 y GPS-17 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(121)</sup> Véanse los cuadros GPS-8, GPS-18 y GPS-30 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(122)</sup> Véase la nota a pie de página (70).

**Gráfico 5.** Prevalencia del consumo de éxtasis durante el último año entre la población adulta joven (entre 15 y 34 años)



*N.B.:* Los datos proceden de las encuestas nacionales disponibles más recientes en cada país en el momento de la realización del informe. Para más información, véanse los cuadros GPS-8 y GPS-11 del boletín estadístico de 2006.  
*Fuentes:* Informes nacionales de la red ReitoX (2005), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

### Consumo de metanfetaminas y problemas relacionados

En varios lugares del mundo se ha informado de problemas significativos por consumo de metanfetaminas, incluidos los Estados Unidos, el sureste asiático y el Pacífico, y África (ONUDD, 2006). El consumo de metanfetaminas puede ocasionar problemas graves para la salud, como la psicosis y la dependencia, y puede estar vinculado a comportamientos de riesgo, que incluso podrían implicar la transmisión del VIH.

Tradicionalmente, el consumo de metanfetaminas en Europa se ha concentrado en la República Checa, donde se calcula que los consumidores problemáticos de metanfetaminas, o perviñin (20 300), son el doble que los consumidores problemáticos de opiáceos (9 700). Durante los últimos años, las metanfetaminas

se han convertido en la droga principal más frecuente entre los consumidores que solicitan tratamiento por primera vez en Eslovaquia, y se han detectado altos niveles de consumo de metanfetaminas en algunas subpoblaciones de Hungría. Según los informes de 2005 de la red ReitoX, otros siete países (Dinamarca, Francia, Letonia, Eslovenia, el Reino Unido, Bulgaria y Noruega) han registrado un aumento en las incautaciones y/o el consumo de esta droga, principalmente entre las personas que frecuentan clubes y fiestas. En la actualidad, la información disponible no nos permite extraer conclusiones sólidas sobre las tendencias en el consumo de metanfetaminas en estos países. Sin embargo, la difusión de esta droga en el resto del mundo y el potencial que posee esta sustancia para causar importantes problemas para la salud deja patente la necesidad de realizar controles frecuentes en este ámbito.

drogas rara vez supone el principal motivo para asistir a un tratamiento por consumo de droga <sup>(123)</sup>. Una excepción importante a lo anterior es el hecho de que unos pocos países hayan declarado un porcentaje considerable de solicitudes de tratamiento relativas al consumo de Anfetamina o metanfetamina. En la República Checa, Eslovaquia, Finlandia y Suecia el consumo de estas drogas representa desde una cuarta parte hasta aproximadamente la mitad de todas las solicitudes de tratamiento <sup>(124)</sup>. En la República Checa y Eslovaquia una gran proporción de las solicitudes de tratamiento están relacionadas con el consumo principal de metanfetaminas (véase recuadro sobre metanfetamina). En los países en los que los consumidores de Anfetaminas representan un porcentaje importante de las solicitudes de tratamiento, entre uno y dos tercios de los pacientes de Anfetaminas se inyectan la droga <sup>(125)</sup>.

Las solicitudes de tratamiento relativas al consumo de éxtasis representan menos del 1 % de todos los tratamientos en la mayoría de los países, a excepción de Chipre, Hungría, Irlanda y Turquía, donde las solicitudes de tratamiento por consumo de éxtasis constituyen entre el 4 % y el 6 % de todos los pacientes.

## Tendencias nuevas y emergentes en cuanto al consumo de drogas

Se estima que la prevalencia de consumo de nuevas drogas o drogas emergentes es muy inferior a la relativa al consumo de drogas ilegales tradicionales. Probablemente, los nuevos tipos de consumo de drogas se empiezan a extender dentro de un grupo reducido de personas, entre subpoblaciones pequeñas o en ubicaciones o entornos geográficamente limitados. En consecuencia, la identificación y el seguimiento de las tendencias emergentes exige un enfoque diferente del utilizado para controlar los tipos principales de consumo de droga.

### Hongos alucinógenos: estudio de casos de una tendencia emergente

Hasta hace poco, la LSD era la sustancia alucinógena más consumida. En la actualidad podríamos estar asistiendo a un cambio de tendencia, ya que los informes apuntan a que el consumo de hongos alucinógenos <sup>(126)</sup> es cada vez más habitual. La disponibilidad de hongos alucinógenos parece haberse incrementado desde finales de los años noventa, cuando empezaron a ser comercializados conjuntamente

con otros productos «naturales» en *smart shops* en los Países Bajos y en otros lugares <sup>(127)</sup>. Por ejemplo, en el Reino Unido, a partir del año 2000 aumentó el número de establecimientos donde se venden hongos alucinógenos, y se estima que hasta 2005 la venta se habrá extendido a aproximadamente 300 establecimientos y puntos de venta de todo el país. También ha surgido la venta de hongos alucinógenos a través de Internet, con sitios web, principalmente basados en los Países Bajos, en los que se venden hongos frescos, *kits* de cultivo e impresiones de esporas. La mercadotecnia en línea de hongos alucinógenos se realiza en varios idiomas, principalmente en inglés, francés y alemán, lo que implica una amplia base de consumidores repartidos por todo el mundo.

Las encuestas realizadas recientemente entre la población adulta y escolares de la UE indican que, entre los jóvenes de 15 a 24 años, la prevalencia de consumo de hongos alucinógenos a lo largo de la vida oscila entre menos del 1 % y un 8 % <sup>(128)</sup>. Se estima que, en nueve Estados miembros de la UE, la prevalencia de consumo de hongos alucinógenos a lo largo de la vida entre escolares de 15 a 16 años es igual o superior a la prevalencia de consumo de éxtasis a lo largo de la vida (Hibell et al., 2004). No obstante, existen indicios de que, en el caso de los hongos alucinógenos, las tasas de continuación son inferiores que en la mayoría de las demás drogas. Esta es una característica común del consumo de drogas alucinógenas y viene a reflejar el hecho de que los jóvenes, en general, optan por consumir este tipo de droga de forma experimental y rara vez continúan desarrollando pautas de consumo regular.

Apenas existen casos de problemas de salud agudos o crónicos que requieran intervención médica debido al consumo de hongos alucinógenos. Sin embargo, algunos países han cambiado su legislación como respuesta al consumo de este tipo de sustancias alucinógenas entre los jóvenes. Si bien los ingredientes activos de los hongos, la psilocibina y la psilocina, ya son controlados a escala internacional por el Convenio de las Naciones Unidas de 1971 sobre Sustancias Psicoactivas, hasta fechas recientes se solía dejar a criterio de los fiscales interpretar si o cuándo estas sustancias estaban prohibidas en caso de que estuvieran contenidas en los hongos. De esta manera, se pretendía evitar que se penalizase a los propietarios de un terreno en el que estos hongos crecieran de manera natural. Seis países han endurecido la legislación sobre hongos en los últimos cinco años (Dinamarca, Alemania, Estonia, Irlanda, Países Bajos y Reino Unido).

<sup>(123)</sup> Véase el gráfico TDI-1 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(124)</sup> Véase el cuadro TDI-5 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(125)</sup> Véase el cuadro TDI-17 (parte iii) del boletín estadístico de 2006.

<sup>(126)</sup> En el presente informe el término hongos alucinógenos hace únicamente referencia a los hongos que contienen las sustancias psicoactivas psilocibina y psilocina. Las especies de hongos que contienen otras sustancias psicoactivas se consumen con menos frecuencia. Para más información, véase el documento temático del OEDT sobre hongos alucinógenos (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=400>).

<sup>(127)</sup> Estos comercios venden productos legales y predominantemente naturales, incluidos los hongos alucinógenos.

<sup>(128)</sup> Datos del OEDT procedentes del modelo de cuestionario europeo. Once Estados miembros facilitan datos sobre hongos alucinógenos (República Checa, Dinamarca, Alemania, Francia, Irlanda, Lituania, Hungría, Países Bajos, Polonia, Finlandia, Reino Unido).

Los cambios acometidos por estos países amplían la prohibición para incluir los hongos alucinógenos, si bien los controles legales no siempre se aplican exactamente a los mismos hongos o formas de preparación.

En 2004, según los informes se incautaron hongos alucinógenos en la República Checa, Alemania, Estonia, Grecia, Lituania, Hungría, los Países Bajos, Polonia, Portugal, Eslovenia, Eslovaquia, Suecia y Noruega <sup>(129)</sup>. El número y la cantidad de las incautaciones de hongos alucinógenos llevadas a cabo por los cuerpos y fuerzas de seguridad son, por lo general, bajos, de forma que de estos datos no se puede derivar una tendencia clara.

### GHB y ketamina

Tanto el gammahidroxibutirato (GHB) como la ketamina están sometidos a vigilancia desde que en el año 2000 se despertara en la UE la inquietud acerca del abuso de estas drogas con fines recreativos <sup>(130)</sup>. En marzo de 2001 el sistema de control de drogas de las Naciones Unidas añadió el GHB a la lista de drogas controladas a escala internacional, y, en consecuencia, todos los Estados miembros de la UE han actualizado su legislación con respecto a esta sustancia. Más recientemente, en marzo de 2006, la JIFE recomendó a la OMS que acelerase su revisión para determinar si la ketamina debería someterse a control internacional (JIFE, 2006a). A escala nacional, la ketamina es controlada en virtud de la legislación sobre droga, y no por las disposiciones sobre medicina, en casi la mitad de los Estados miembros de la UE.

Los limitados datos disponibles sobre prevalencia de consumo de GHB y ketamina sugieren que el consumo de estas sustancias se ha estabilizado a niveles bajos en la mayoría de los países. Los estudios realizados entre poblaciones con altos índices de prevalencia apuntan a que, incluso entre consumidores habituales de droga con fines recreativos, estas dos sustancias podrían consumirse de forma menos frecuente que otras sustancias como las anfetaminas, éxtasis, LSD y hongos alucinógenos.

Sobre muertes y urgencias no mortales asociadas presumiblemente al consumo de GHB y ketamina se informa en muy contadas ocasiones. Sin embargo, la falta de sistemas precisos y comparables para registrar las muertes y las urgencias no mortales asociadas al consumo de estas sustancias limita la disponibilidad de datos en esta área. Dos países han informado sobre muertes relacionadas con el consumo de GHB, en general, en asociación con otras drogas. El servicio municipal de salud de Amsterdam registró un incremento en la cifra anual de urgencias no mortales atribuibles al consumo de GHB, pasando de 25 casos en el año 2000 a 98 en el año 2004, cifra superior al número de urgencias médicas

atribuidas al consumo de éxtasis, anfetamina, LSD u hongos alucinógenos. En Suecia, aumentaron las detecciones de GHB (o de sus precursores GBL y 1,4-BD) en muestras de fluidos corporales de 24, en 1997, a 367, en 2004. Asimismo, en Suecia se ha informado de muertes asociadas al consumo de GHB: entre 1996 y 2004 se detectó este estupefaciente en 36 muertes relacionadas con la droga, con nueve de estos casos ocurridos en 2004. En 2003, en Inglaterra y Gales se mencionó el GHB en el informe del médico forense sobre tres defunciones, en uno de los cuales el GHB fue la única droga mencionada (ONS, 2006). No obstante, la información toxicológica de un hospital del Reino Unido, con cobertura sanitaria de una

### Decisión del Consejo sobre nuevas sustancias psicotrópicas

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas <sup>(1)</sup> establece un mecanismo de intercambio rápido de información sobre las nuevas sustancias psicotrópicas que puedan suponer una amenaza para la salud pública y la sociedad. De esta forma, las instituciones y los Estados miembros de la UE podrán emprender acciones contra los nuevos estupefacientes y las nuevas drogas psicotrópicas que están apareciendo en el panorama europeo de las drogas. Al OEDT y Europol, en estrecha cooperación con sus redes respectivas —los puntos focales nacionales Reitox (PFN) y las unidades nacionales de Europol (ENU)— se les ha asignado un papel central para detectar y notificar las nuevas sustancias psicotrópicas. La decisión también dispone la evaluación de los riesgos asociados con estas nuevas sustancias para permitir que se les apliquen las medidas de control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas <sup>(2)</sup> vigentes en los Estados miembros, si procede. La decisión amplía el alcance y reemplaza la acción común de 1997 <sup>(3)</sup>, que estaba destinada únicamente a las nuevas drogas sintéticas. No obstante, mantiene el enfoque de tres niveles puestos en práctica con la acción común: intercambio de información/alerta rápida, evaluación del riesgo y toma de decisiones.

<sup>(1)</sup> La Decisión 2005/387/JAI del Consejo, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas, se publicó en el Diario Oficial de la Unión Europea el 20 de mayo de 2005 (DO L 127 de 20.5.2005, p. 32) y entró en vigor el 21 de mayo de 2005. La presente decisión se aplicará a las sustancias no enumeradas actualmente en ninguna de las listas de las convenciones de control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de la ONU de 1961 y 1971.

<sup>(2)</sup> De acuerdo con las disposiciones de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y el Convenio de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas.

<sup>(3)</sup> Acción Común 97/396/JAI, de 16 de junio de 1997, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas drogas sintéticas (DO L 167 de 25.6.1997, p. 1).

<sup>(129)</sup> Informes nacionales de la red Reitox (Alemania, Estonia, Países Bajos, Noruega) y cuestionario del OEDT relativo al sistema de alerta rápida (República Checa, Grecia, Hungría, Polonia, Portugal, Eslovenia, Eslovaquia, Suecia).

<sup>(130)</sup> Informe sobre evaluación de riesgos en virtud de la acción común del año 2000.

región extensa, indica que el GHB fue detectado en cinco defunciones entre mayo y diciembre de 2005 <sup>(131)</sup>.

Dado que el GHB es soluble en agua/alcohol y debido a sus potenciales efectos de abulia, con frecuencia seguidos de amnesia, existe la preocupación de que se esté utilizando en agresiones sexuales facilitadas por el suministro de drogas (conocidas como *date rapes*). Sin embargo, dado que es posible que algunos casos no se denuncien y debido a que las pruebas forenses son escasas y este tipo de delitos son difíciles de probar, no existen datos fiables sobre la extensión de este fenómeno. Por este motivo, es necesario seguir investigando para determinar la naturaleza y el alcance de lo que podría ser una evolución inquietante.

## Medidas relativas a nuevas drogas

En 2005, cuando la acción común de 1997 fue sustituida por la nueva decisión del Consejo (2005/387/JAI) la transición fue suave, sin problemas en el intercambio de información. El OEDT y Europol recibieron por primera vez la notificación oficial de un total de 14 nuevas sustancias psicoactivas. En todos los casos se trata de drogas (sintéticas) psicotrópicas, similares a las que se incluyen en las listas I y II del Convenio de las Naciones Unidas de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas. Las últimas sustancias notificadas pertenecen a los tres principales grupos químicos: fenetilaminas, triptaminas y piperazinas. El sistema de alerta rápida (SAR) notificó con anterioridad la existencia de varias sustancias de estos grupos y actualmente están bajo su supervisión <sup>(132)</sup>.

El nuevo desarrollo más significativo en 2005 fue la aparición y rápida expansión de la nueva sustancia psicoactiva 1-(3-clorofenil)piperazina (mCPP). La sustancia mCPP es una piperazina aril sustituida, al igual que la benzilpiperazina (BZP), una sustancia controlada por el SAR desde 1999. El OEDT y Europol recibieron las

primeras notificaciones oficiales de la detección de mCPP en febrero y marzo de 2005, a raíz de unas muestras recogidas en Francia y Suecia. Hasta finales de 2005, las fuerzas y cuerpos de seguridad incautaron pastillas que contenían mCPP, o éstas se encontraron en el marco de diferentes actividades recreativas (festivales de baile/música al aire libre, locales de baile, etc.) en casi todos los Estados miembros. En casi todos los casos se habían diseñado para tener el mismo aspecto que el éxtasis y probablemente ser comercializadas como tal. La droga se encuentra disponible principalmente en forma de pastilla, y los efectos subjetivos de la mCPP se pueden comparar en parte a los de la MDMA (Bossong et al., 2005). Además, la mCPP suele encontrarse en combinación con MDMA. Puesto que es muy poco probable que esta combinación sea fruto de una contaminación accidental, este hecho sugiere que con la adición deliberada de mCPP se pretende potenciar o modificar los efectos de la MDMA. Aparentemente, en la UE no existe una gran demanda específica de la mCPP ni un mercado especial para esta droga.

La mCPP ha sido identificado en un número mayor de Estados miembros que ninguna otra nueva sustancia psicoactiva desde que el SAR empezó a controlar nuevas drogas (sintéticas) en 1997. En el período de un año se ha detectado en 20 Estados miembros, además de en Rumanía y Noruega.

En un informe conjunto, el OEDT y Europol recomendaban, conforme a las disposiciones de la decisión del Consejo, no efectuar una evaluación de riesgos formal dado que existen pruebas de que la mCPP es utilizada en la fabricación de al menos un medicamento. No obstante, también se observó que, a pesar de que actualmente apenas se ha constatado la evidencia de importantes riesgos sociales o para la salud pública relacionados con el consumo de mCPP, esta cuestión debe permanecer abierta a falta de una rigurosa evaluación de riesgos científica.

### Evolución del consumo de drogas en entornos recreativos, en el Informe anual del OEDT de 2006: cuestiones particulares

Con frecuencia, el consumo de drogas y las actividades recreativas de los jóvenes están estrechamente relacionados. En concreto, los estudios dedicados a los jóvenes que asisten a eventos de música y baile registran sistemáticamente estimaciones de prevalencia muy superiores en cuanto al consumo de drogas a las que se detectan en las encuestas de población general. Con frecuencia se informa de niveles especialmente altos de consumo de estimulantes. ¿Es posible explicar las diferencias entre países por la variedad de locales nocturnos, la cultura musical, la disponibilidad de drogas y la renta de cada uno? En esta cuestión particular se examinan estos argumentos.

Las evoluciones recientes en la promoción de las drogas recreativas a través de Internet y en el consumo de este tipo de sustancias comportan nuevos retos para la política, la prevención y la reducción de riesgos. Estos temas se estudian en esta cuestión particular, que también analiza en profundidad las iniciativas innovadoras de prevención en materia de drogas y reducción de riesgos que se han introducido en la UE durante el último decenio para atajar el complejo problema de la interacción de las actividades de ocio y el consumo de drogas entre los jóvenes.

Esta cuestión particular está disponible en forma impresa («Developments in drug use within recreational settings», en *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) o a través de Internet únicamente en su versión inglesa (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

<sup>(131)</sup> Información del SAR. El número relativamente alto de muertes relacionadas con el GHB en este informe probablemente refleja el interés del laboratorio del hospital por investigar el consumo de GHB.

<sup>(132)</sup> De las nueve drogas sintéticas nuevas que se sometieron a una evaluación de riesgos entre 1997 y 2004 en virtud de la Acción común, las seis sustancias que pasaron a ser controladas a escala de la UE fueron fenetilaminas.



## Capítulo 5

### Cocaína y crack

#### Oferta y disponibilidad de la cocaína <sup>(133)</sup>

##### Producción y tráfico

La cocaína es la droga de mayor tráfico del mundo, después de la hierba de cannabis y la resina de cannabis. En términos de volumen incautado (578 toneladas en todo el mundo en 2004), el tráfico se continúa produciendo sobre todo en América del Sur (44 %) y América del Norte (34 %), seguidos de Europa Occidental y Central (15 %) (CND, 2006).

Colombia es, con diferencia, el principal proveedor de cocaína ilegal del mundo, seguido de Perú y Bolivia. Se calcula que la producción mundial de cocaína se incrementó hasta las 687 toneladas en 2004, el 56 % de ellas procedentes de Colombia, el 28 % de Perú y el 16 % de Bolivia (ONUDD, 2005). La mayor parte de la cocaína incautada en Europa procede directamente de América del Sur (en su mayor parte, de Colombia) o se introduce a través de América Central y del Caribe. En 2004, Surinam, Brasil, Argentina, Venezuela, Ecuador, Curaçao, Jamaica, México, Guyana y Panamá figuraban como países de tránsito de cocaína hacia la UE (informes nacionales de la red Reitox, 2005; OMA, 2005; CND, 2006; JIFE, 2006a; Europol, 2006). Otra de las zonas de tránsito para el tráfico de esta droga es África, con una relevancia cada vez mayor de las rutas por África Occidental y los países del Golfo de Guinea (en su mayor parte, Nigeria), así como por África Oriental (Kenia) y el noroeste del continente africano, a través de las islas situadas frente a la costa de Mauritania y Senegal (CND, 2006; JIFE, 2006a). Los principales puntos de entrada en la UE siguen siendo España, los Países Bajos y Portugal, además de Bélgica, Francia y el Reino Unido (informes nacionales de la red Reitox, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). A pesar de que España y los Países Bajos siguen desempeñando un papel

importante como puntos de distribución de la cocaína que se introduce en la UE, el aumento de controles en la costa del norte de España (Galicia) y la política de controles del 100 % de los vuelos que provienen de determinados países <sup>(134)</sup> en el aeropuerto de Schiphol (Amsterdam) podrían haber influido en el desarrollo de rutas alternativas como, por ejemplo, el creciente tránsito por África, así como Europa Central y Oriental (informes nacionales de la red Reitox, 2005; OMA, 2005; JIFE, 2006a).

##### Incautaciones

Se estima que en 2004 se realizaron 60 000 incautaciones con 74 toneladas de cocaína en la UE. Según los informes, la mayor parte de la cocaína se incauta en los países de Europa Occidental y, en especial, en España, que representa alrededor de la mitad de las incautaciones y cantidades aprehendidas en la UE durante los últimos cinco años <sup>(135)</sup>. Durante el período comprendido entre 1999 y 2004, el número de incautaciones de cocaína <sup>(136)</sup> aumentó de manera general en la UE, mientras que las cantidades <sup>(137)</sup> aprehendidas registraron fluctuaciones con una tendencia al alza. No obstante, tomando como referencia las tendencias de los países que han facilitado información, la cantidad de cocaína incautada parece haber disminuido en 2004 (quizá en comparación con la excepcional cantidad recuperada en España el año anterior).

##### Precio y pureza

En 2004, el precio medio de la cocaína en el ámbito minorista presentaba considerables variaciones en la UE, desde los 41 euros por gramo en Bélgica hasta los más de 100 euros por gramo en Chipre, Rumanía y Noruega <sup>(138)</sup>. Los precios medios de la cocaína, una vez corregidos los efectos de la inflación <sup>(139)</sup>, muestran una tendencia general

<sup>(133)</sup> Véase «Interpretación de las incautaciones y otros datos de mercado», p. 37.

<sup>(134)</sup> Todos los vuelos que provienen de las Antillas Neerlandesas, Aruba, Surinam, Perú, Venezuela y Ecuador se controlan al 100 %; en 2004, se arrestaron 3 466 contrabandistas de droga como resultado de estos controles y 620 como resultado de controles regulares (informe nacional neerlandés).

<sup>(135)</sup> Este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2004, cuando se disponga de ella. Faltan los datos relativos al número de incautaciones de cocaína y cantidades aprehendidas en Irlanda y el Reino Unido en 2004; además, faltan los datos relativos al número de incautaciones de cocaína en los Países Bajos en 2004. Con fines estimativos, los datos no disponibles para 2004 fueron reemplazados por los datos correspondientes a 2003. Los datos sobre las cantidades aprehendidas en 2004 facilitados por los Países Bajos son sólo estimativos y no pueden ser incluidos en el análisis de tendencias de 2004.

<sup>(136)</sup> Véase el cuadro SZR-9 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(137)</sup> Véase el cuadro SZR-10 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(138)</sup> Véase el cuadro PPP-3 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(139)</sup> Tomando 1999 como año base a efectos del valor del dinero en todos los países.

a la baja durante el período 1999-2004 en todos los países que han proporcionado información <sup>(140)</sup> excepto en Luxemburgo, donde experimentaron un descenso hasta el año 2002 seguido de un aumento, y en Noruega, donde los precios sufrieron un aumento vertiginoso en 2001 y se estabilizaron durante los años siguientes.

Comparada con la heroína, la pureza media de la cocaína para el consumidor es elevada. En 2004 oscilaba entre el 24 % en Dinamarca y el 80 % en Polonia, si bien la mayoría de los países informaron de un nivel de pureza de entre un 40 % y un 65 % <sup>(141)</sup>. La información disponible para el período 1999-2004 revela un descenso general en la pureza media de la cocaína en la mayoría de los países que han proporcionado información <sup>(142)</sup>. Sin embargo, en Estonia (desde 2003), Francia y Lituania el nivel de pureza media ha aumentado, mientras que en Luxemburgo y Austria se ha mantenido estable.

### Medidas internacionales contra la producción y el tráfico de cocaína

El proyecto COLA, que lleva a cabo Europol, tiene como objetivo identificar y perseguir a los grupos delictivos latinoamericanos y a los grupos vinculados a estos que dirigen sus operaciones hacia y dentro de la UE y trafican, sobre todo, con cocaína. Más concretamente, proporciona apoyo operativo a las investigaciones en curso en los Estados miembros que toman parte en esta iniciativa y potencia el alcance de la inteligencia estratégica. Se complementa con el Sistema Europol de Logos de Cocaína (*Europol Cocaine Logo System*, ECLS) que, mediante un catálogo actualizado anualmente, coteja los *modi operandi* y la información fotográfica y de otros géneros obtenida de las incautaciones de cocaína con los logotipos/marcas de las drogas y sus embalajes para determinar las coincidencias entre las incautaciones y fomentar la cooperación entre los cuerpos y fuerzas de seguridad y el intercambio de información a escala internacional (Europol, 2006).

La operación «Púrpura», en funcionamiento desde 1999, está destinada a prevenir el desvío de permanganato potásico <sup>(143)</sup> de comercialización legal para ser usado en la elaboración ilegal de cocaína, en especial en el continente americano. El comercio legal de permanganato potásico posee unas dimensiones considerables: desde 1999, 30 países/territorios exportadores han presentado 4 380 notificaciones previas a la exportación a la JIFE

relativas a 136 560 toneladas de permanganato potásico. Asimismo, desde 1999, se han interceptado o incautado 233 envíos con más de 14 316 toneladas de esta sustancia por sospechas ante la legalidad de los pedidos o los usuarios finales, y se han localizado distintos desvíos. En 2004, se incautaron 1,4 toneladas de permanganato potásico en Europa, en su mayor parte en la Federación de Rusia, seguida de Rumanía y Ucrania <sup>(144)</sup> (JIFE, 2006b).

Los traficantes parecen haber encontrado formas de evitar los controles y mecanismos de seguimiento introducidos por la operación «Púrpura». De hecho, aunque la producción ilegal de cocaína no está vinculada con el continente asiático, existe una creciente preocupación ante la posibilidad de que los traficantes puedan centrarse en esta región para desviar el permanganato potásico del comercio legal. También se teme que puedan desviar esta sustancia a la región andina, a través de las islas del Caribe. La JIFE (2006b) reconoce que se han logrado algunos progresos en la identificación de transacciones sospechosas y la aprehensión de envíos. Sin embargo, ha instado a los gobiernos a crear procedimientos operativos para rastrear el origen de la información recabada en las incautaciones realizadas en laboratorios de cocaína con el fin de realizar un seguimiento de los productos químicos que permita llegar hasta la fuente, determinar los países de tránsito e investigar a las empresas que comercian con esta sustancia y, de esta manera, dificultar la reubicación de las actividades a los traficantes.

### Prevalencia y pautas de consumo de la cocaína

Según recientes encuestas de población nacionales, se calcula que unos 10 millones de europeos <sup>(145)</sup>, es decir, más de un 3 % del total de la población adulta <sup>(146)</sup>, han consumido cocaína al menos una vez (prevalencia de vida). Los porcentajes nacionales de personas que admiten haber consumido esta sustancia varían entre un 0,5 % y un 6 %, con Italia (4,6 %), España (5,9 %) y el Reino Unido (6,1 %) a la cabeza de la clasificación. Se estima que unos 3,5 millones de adultos han consumido cocaína durante el último año, es decir, un 1 % del total de la población adulta. Los porcentajes nacionales en la mayoría de países varían entre un 0,3 % y un 1 %, aunque los niveles de prevalencia son superiores en España (2,7 %) y el Reino Unido (2 %).

Como sucede con otras drogas ilegales, el consumo de cocaína se concentra entre los adultos jóvenes. Así, el

<sup>(140)</sup> Durante el período 1999-2004 se dispuso de datos sobre los precios de la cocaína de al menos tres años consecutivos en Bélgica, la República Checa, Alemania, España, Francia, Irlanda, Chipre, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Polonia, Portugal, Eslovenia, Suecia, el Reino Unido, Bulgaria, Turquía y Noruega.

<sup>(141)</sup> Véase el cuadro PPP-7 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(142)</sup> Durante el período 1999-2004 se dispuso de datos sobre la pureza de la cocaína de al menos tres años consecutivos en Bélgica, la República Checa, Dinamarca, Alemania, Estonia, España, Francia, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Hungría, los Países Bajos, Austria, Portugal, Eslovaquia, el Reino Unido y Noruega.

<sup>(143)</sup> Precursor que se emplea en la producción de cocaína y está incluido en el cuadro I de la Convención de 1988.

<sup>(144)</sup> Estos datos no incluyen las cantidades de los envíos interceptados.

<sup>(145)</sup> Basado en una media ponderada de las cifras nacionales; para más información, véase la nota a pie de página (53).

<sup>(146)</sup> Para más información sobre las cifras de cada país, véase el cuadro «General population surveys of drug use» (Encuestas de población general sobre el consumo de drogas) del boletín estadístico de 2006.

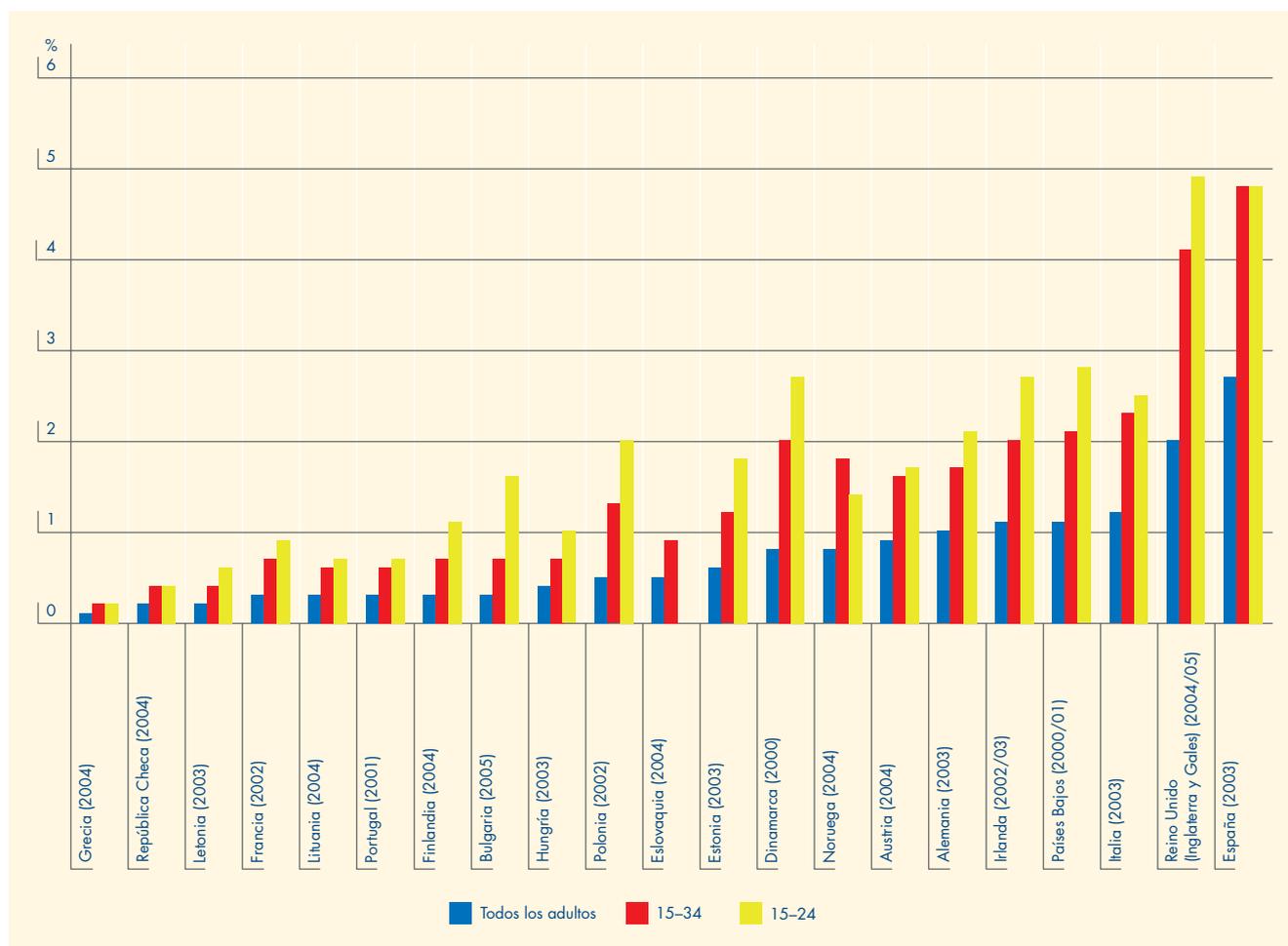
consumo a lo largo de la vida alcanza los niveles más elevados entre los adultos de 15 a 34 años, aunque el consumo en los últimos 12 meses es superior entre las personas de 15 a 24 años. La cocaína se consume sobre todo entre los 20 y los 30 años de edad, aunque, comparado con el de cannabis, el consumo es menos habitual entre las personas más jóvenes. El consumo a lo largo de la vida entre personas de 15 a 34 años de edad oscila entre el 1 % y el 10 %, y las tasas más elevadas se siguen registrando en España (8,9 %) y el Reino Unido (10,5 %). El consumo en el último año varía entre un 0,2 % y un 4,8 %, con una tasa en torno al 2 % en Dinamarca, Irlanda, Italia y los Países Bajos, y un porcentaje superior al 4 % en España y el Reino Unido (gráfico 6). La información obtenida a través de encuestas escolares muestra una prevalencia de consumo de cocaína a lo largo de la vida muy reducida que varía del 0 % en Chipre, Finlandia y Suecia al 6 % en España, mientras que la prevalencia

del consumo de crack a lo largo de la vida es todavía inferior, desde un 0 % hasta un 3 % (Hibell et al., 2004).

El consumo de cocaína es más elevado entre los varones jóvenes. Por ejemplo, las encuestas realizadas en Dinamarca, Alemania, España, Italia, los Países Bajos, el Reino Unido y Noruega revelan que entre el 5 % y el 14 % de la población masculina de 15 a 34 años han consumido cocaína alguna vez en su vida. El consumo en el último año fue inferior, aunque, por otro lado, cuatro países registraron cifras superiores al 3 %: según sus informes, España y el Reino Unido registraron entre un 6 % y un 7 %<sup>(147)</sup>, porcentajes que sugieren que, en estos países, aproximadamente uno de cada 15 varones jóvenes ha consumido cocaína recientemente. Es de suponer que esta proporción será considerablemente superior en las zonas urbanas.

En el conjunto de la población, el consumo de cocaína es aparentemente ocasional, tiene lugar principalmente

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



N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales disponibles más recientes en cada país en el momento de la realización del informe. Para más información, véanse los cuadros GPS-8, GPS-11 y GPS-18 del boletín estadístico de 2006.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2005), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

<sup>(147)</sup> Véase el gráfico GPS-9 del boletín estadístico de 2006.

los fines de semana y en entornos recreativos (bares y discotecas), donde puede alcanzar unos niveles bastante elevados. Los estudios de investigación realizados con gente joven en locales de música y baile de distintos países arrojan estimaciones en cuanto a prevalencia de consumo de cocaína mucho más elevadas que las obtenidas entre la población general, con una prevalencia de vida entre el 10 % y el 75 % (véase la cuestión particular sobre consumo de drogas en entornos recreativos). A modo de ejemplo, según los datos del *British Crime Survey 2004/2005* (Estudio sobre la delincuencia británica de 2004/2005) la prevalencia estimada de consumo de drogas de «clase A» entre los asiduos de discotecas y clubes es al menos dos veces superior a la de las personas que no suelen frecuentar estos entornos (Chivite-Matthews et al., 2005) (véase también la cuestión particular sobre consumo de drogas en entornos recreativos). Una media de un tercio de la población adulta europea que ha consumido cocaína en alguna ocasión lo ha hecho en los últimos 12 meses. Sin embargo, sólo el 13 % afirma haberla consumido en los últimos 30 días. Por ejemplo, entre un 2 % y un 4 % de los varones de entre 15 y 24 años en España, Italia, el Reino Unido y Bulgaria<sup>(148)</sup> reconocen haber consumido cocaína en los últimos 30 días. En Europa, se calcula a groso modo que actualmente 1,5 millones de adultos de entre 15 y 64 años consume cocaína (80 % de ellos en la franja de edad de 15 a 34 años). Este cálculo debe considerarse una aproximación a la baja, ya que probablemente no se declaran todos los casos.

Las pautas de consumo de cocaína difieren enormemente entre los distintos grupos de consumidores. De acuerdo con un estudio europeo realizado en varias ciudades, la gran mayoría (95 %) de consumidores definidos como socialmente integrados esnifan cocaína, mientras que solamente una pequeña parte ha fumado o se ha inyectado esta droga en alguna ocasión; sin embargo, el consumo combinado con cannabis o alcohol es muy frecuente (Prinzleve et al., 2004). Entre las personas en centros de tratamiento por drogadicción o los grupos socialmente marginados es frecuente el consumo por vía parenteral. Asimismo, en Hamburgo, Londres y París y, en menor medida, Barcelona y Dublín, es habitual el consumo de *crack*, aunque es bastante bajo entre la población general europea. Por ejemplo, según los informes la prevalencia de vida del consumo de *crack* representa sólo un 0,5 % en España (2003) y un 0,8 % en el Reino Unido (Chivite-Matthews et al., 2005). En tres países se han realizado encuestas sobre la prevalencia de vida del consumo de *crack* en clubes, que han puesto de manifiesto que los porcentajes son incluso menores que los de consumo de heroína (República Checa 2 %, Reino Unido 13 % y Francia 21 %). No obstante, el consumo de *crack* entre la población marginada o los

consumidores de opiáceos es un asunto preocupante en algunas ciudades. Por ejemplo, en un grupo objetivo de 94 trabajadoras del sexo en las calles de Amsterdam, la prevalencia estimada de consumo de *crack* durante la vida era extremadamente elevada, situándose en un 91 % (Korf, 2005, citado en el informe nacional de los Países Bajos).

Por otro lado, de acuerdo con la encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud realizada en los Estados Unidos en 2004, el 14,2 % de la población adulta (a partir de 12 años de edad) revela haber consumido cocaína alguna vez en su vida, una cifra que contrasta con la media del 3 % registrada en Europa. El consumo durante el último año alcanzó un 2,4 %, comparado con la media europea del 1 %. Sin embargo, en algunos países de la UE, como España (2,7 %) y el Reino Unido (2 %), las cifras se encuentran en la misma franja que en los Estados Unidos<sup>(149)</sup>. En parte, los porcentajes relativamente elevados de los Estados Unidos podrían estar relacionados con la difusión de la cocaína en este país, que tuvo lugar antes que en Europa.

Entre la población adulta joven (entre 16 y 34 años de edad), las tasas de consumo de los Estados Unidos fueron del 14,6 % (a lo largo de la vida), 5,1 % (último año) y 1,7 % (último mes), mientras que las medias de los países de la UE para la población de 15 a 34 años, fueron del 5 % (a lo largo de la vida), 2 % (último año) y 1 % (último mes), respectivamente.

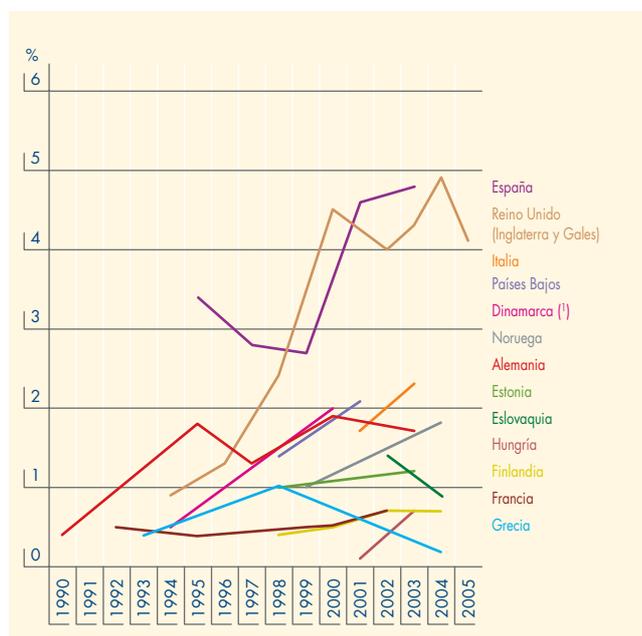
### Tendencias del consumo de cocaína

Desde hace varios años se está alertando sobre el posible aumento del consumo de cocaína en Europa, de acuerdo con información procedente de distintas fuentes (como los indicadores de mercado, las solicitudes de tratamiento o las víctimas mortales). Cada vez más países llevan a cabo encuestas periódicas y cada vez existe más información sobre las tendencias del consumo de cocaína entre la población. Sin embargo, los datos disponibles todavía son limitados. En el caso de la cocaína, existen dificultades añadidas, como los bajos niveles de prevalencia y el hecho de que probablemente no se declaran todos los casos.

El consumo reciente de cocaína (últimos 12 meses) aumentó considerablemente entre la población adulta joven durante la segunda mitad de los años noventa, tanto en el Reino Unido, hasta el año 2000, como en España, hasta el año 2001, con una estabilización aparente durante los últimos años. En Alemania, durante la década de los noventa se apreció un aumento moderado, pero las cifras han permanecido estables durante los últimos años, en unos niveles muy inferiores comparados con los de España y el Reino Unido (gráfico 7).

<sup>(148)</sup> Encuesta de 2001. La encuesta de 2003 no incluía un desglose por géneros de los grupos de edad de 10 años.

<sup>(149)</sup> Fuente: *2004 National Survey on Drug Use and Health* (Encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud 2004) (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Obsérvese que el margen de edad utilizado para «todos los adultos» en la encuesta estadounidense (a partir de 12 años) es más amplio que el margen estándar utilizado para las encuestas europeas (de 15 a 64 años). Las cifras correspondientes al grupo de edad de 16 a 34 años para la encuesta de EE.UU. han sido recalculadas por el OEDT.

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

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

N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales disponibles más recientes en cada país en el momento de la realización del informe. Para más información, véase el cuadro GPS-4 del boletín estadístico de 2006.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2005), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

Se han detectado aumentos moderados en el consumo durante los últimos 12 meses en Dinamarca (hasta el año 2000), Italia, Hungría, los Países Bajos (hasta el año 2001) y Noruega. Esta tendencia debe interpretarse con prudencia, ya que se basa en los datos obtenidos de sólo dos encuestas por país.

En el caso de la cocaína y otras sustancias, como el éxtasis, las anfetaminas o los hongos alucinógenos, las tendencias se podrían determinar mejor si el análisis se centrara en los grupos donde se concentra el consumo de drogas, en especial, los jóvenes que viven en zonas urbanas. Estos grupos de población se estudian con mayor detalle en la cuestión particular sobre consumo de drogas en entornos recreativos. Asimismo, la información obtenida de las encuestas debería completarse con estudios específicos sobre gente joven de grupos seleccionados (clubes nocturnos).

## Datos relativos a la demanda de tratamiento <sup>(150)</sup>

Tras los opiáceos y el cannabis, la cocaína es la droga que con más frecuencia se declara como razón por la

cual se inicia un tratamiento de desintoxicación, y en 2004 representaba alrededor del 8 % de las solicitudes de tratamiento de toda la UE <sup>(151)</sup>. Cabe destacar que España, un país que suele informar de unas cifras de demanda de tratamiento por consumo de cocaína bastante elevadas, todavía no ha proporcionado información. Esta cifra general refleja amplias variaciones entre países: la mayoría registra un total bastante reducido de solicitudes de tratamiento relacionadas con el consumo de cocaína, aunque en los Países Bajos (37 %) e, históricamente, en España (26 % en 2002) la proporción de los pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cocaína es bastante más elevada. Los últimos datos disponibles revelan que el porcentaje de pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cocaína en una serie de países (Dinamarca, Alemania, Francia, Irlanda, Italia, Chipre, Malta, Reino Unido y Turquía) representa entre un 5 % y un 10 % de los pacientes en general, mientras que en los demás países las proporciones son muy inferiores <sup>(152)</sup>. En varios países, los porcentajes de nuevos pacientes que solicitan tratamiento por consumo principal de cocaína son más elevados que los de los pacientes generales <sup>(153)</sup>, y en torno a un 12 % del total de solicitudes nuevas de tratamiento están relacionadas con el consumo de esta sustancia. Además, aproximadamente un 12 % de los nuevos pacientes declaran consumir cocaína como droga secundaria <sup>(154)</sup>.

Continúan las tendencias al alza surgidas durante los últimos años entre los pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cocaína. Un análisis que interpoló datos no declarados sugiere que la proporción de nuevos pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cocaína aumentó desde un 10 %, aproximadamente, hasta un 20 % durante el período 1999-2004 (basado en 17 países de la UE, así como en los países candidatos Bulgaria y Rumanía) <sup>(155)</sup>.

En general, la mayoría de solicitudes de tratamiento por consumo de cocaína en Europa no tienen relación con el crack. Según los informes, alrededor del 80 % de los nuevos pacientes de cocaína en centros ambulatorios consumen hidrocloreto de cocaína (cocaína en polvo) y menos de un 20 % consume crack. No obstante, es posible que los consumidores de crack representen un desafío particular para los servicios de tratamiento, ya que suelen pertenecer a un estrato social más marginado que los consumidores de cocaína en polvo. Un estudio europeo sobre el consumo de cocaína (cocaína en polvo y crack) revela que existe relación entre el consumo de crack y los problemas sociales y de salud mental. Sin embargo, el estudio también demuestra que el consumo de esta sustancia por sí solo no es suficiente para explicar los problemas sociales o de salud mental (Haasen et al., 2005). Otro estudio reciente

<sup>(150)</sup> Véase la nota a pie de página (70).

<sup>(151)</sup> Véase el gráfico TDI-2 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(152)</sup> Véase el cuadro TDI-5 del boletín estadístico de 2006; los datos de España corresponden al año del informe de 2002.

<sup>(153)</sup> Véase el cuadro TDI-4 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(154)</sup> Véase el cuadro TDI-23 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(155)</sup> Véase el gráfico TDI-1 del boletín estadístico de 2006.

realizado con 585 consumidores de cocaína y crack en Escocia pone de manifiesto que los consumidores de crack tienen más probabilidades de poseer un historial más dilatado de consumo problemático de drogas y estar más involucrados en actividades delictivas (Neale y Robertson, 2004, citado en el informe nacional del Reino Unido).

En cuanto al perfil de los consumidores de cocaína en entornos ambulatorios, los nuevos pacientes que consumen cocaína como droga principal suelen ser mayores que los consumidores de otras drogas: el 70 % se encuentra entre los 20 y los 34 años de edad, con un grupo menor (13 %) de entre 35 y 39 años de edad <sup>(156)</sup>.

La cocaína se consume con frecuencia en combinación con otras drogas legales o ilegales complementarias, como el cannabis (31,6 %), los opiáceos (28,6 %) o el alcohol (17,4 %) <sup>(157)</sup>. Los estudios locales de consumidores de drogas por vía parenteral indican que, en algunas zonas, podría estar aumentando la popularidad de la combinación de heroína y cocaína en una sola inyección, combinación a la que los consumidores suelen llamar «espidbol». Actualmente, la combinación de opiáceos y cocaína aparece con mayor frecuencia en la información obtenida de los pacientes en tratamiento. De entre los pacientes que afirman consumir principalmente opiáceos, el 31 % en Italia, el 42 % en los Países Bajos y el 44 % en el Reino Unido declaran consumir cocaína como droga secundaria, y de los pacientes que consumen principalmente cocaína, un 28 % en Italia y un 38 % en el Reino Unido declaran consumir opiáceos como droga secundaria.

## Tratamiento de la dependencia de cocaína

Todavía no existen pruebas suficientes para abogar por el tratamiento farmacológico de la adicción a la cocaína u otros psicoestimulantes. Sin embargo, en su completo examen de la bibliografía sobre el uso de farmacoterapias en consumidores de psicoestimulantes, Shearer y Gowing (2004) concluyen que la terapia de sustitución, que ha cosechado el éxito en el caso de la adicción a los opiáceos y la nicotina y posee el potencial de atraer y retener a los consumidores en tratamiento, todavía no ha sido probada de forma conveniente entre los consumidores de estimulantes. El OEDT ha publicado recientemente un examen <sup>(158)</sup> de la bibliografía sobre la reacción y la efectividad del tratamiento de los consumidores de cocaína, incluidas las respuestas a los trastornos mentales de los consumidores de crack.

En algunos países, incluidos los Estados Unidos y el Reino Unido, se están realizando actualmente inversiones considerables en el desarrollo de tratamientos de inmunoterapia, a través de la creación de anticuerpos que puedan interceptar la cocaína en el torrente circulatorio antes de que alcance el sistema nervioso central (véase el recuadro sobre inmunoterapia para los adictos a la cocaína).

En estos momentos, la opción de tratamiento para los consumidores de cocaína y otros psicoestimulantes que se considera más prometedora es la combinación de varios tratamientos psicosociales específicos. La combinación del enfoque de refuerzo comunitario (*community reinforcement approach*, CRA) y el contrato de contingencias han demostrado reducir el consumo de cocaína a corto plazo (Higgins et al., 2003; Roozen et al., 2004).

### Inmunoterapia para los adictos a la cocaína

A diferencia de la adicción a la heroína, que se puede tratar con agonistas como la metadona o antagonistas como la naltrexona, no existe actualmente ningún tratamiento médico para la adicción a la cocaína. La razón parece residir en el mecanismo de acción a través del cual la cocaína influye en los neurotransmisores dopamina y serotonina del cerebro. Mientras que la heroína se une a los receptores de opiáceos del cerebro, como los receptores  $\mu$ , y por lo tanto imita la acción de las endorfinas del cerebro, la cocaína, una vez ha producido su efecto, impide la reabsorción de la dopamina (y también de la serotonina) de la sinapsis neuronal. Este proceso provoca un aumento de la concentración de los neurotransmisores y, por lo tanto, prolonga e intensifica su efecto.

Esto no significa necesariamente que no sea posible elaborar un tratamiento médico para la adicción a la cocaína, aunque sí puede resultar más difícil y puede implicar conceptos diferentes a los que se emplean para desarrollar tratamientos para la dependencia de heroína.

Una vía de investigación interesante es el uso de la inmunoterapia, es decir, la creación de una vacuna que impida que la droga llegue al cerebro y, por lo tanto, neutralice de forma efectiva la acción de la cocaína. El concepto básico se ha sometido a los primeros ensayos. Una vacuna desarrollada en el Reino Unido se analizó con un reducido número de adictos a la cocaína, un total de 18 personas, durante un período de 14 semanas. Los resultados revelaron que tres cuartos de la cohorte de consumidores adictos a la cocaína vacunados pudieron dejar de consumir la droga durante un período de tres meses sin experimentar ningún efecto secundario indeseado. Además, después de seis meses, tanto los consumidores que recayeron como los que no volvieron a consumir cocaína afirmaron que las sensaciones de euforia no eran tan fuertes como antes de la vacunación. Como consecuencia de estos resultados la vacuna, conocida como conjugado de droga-proteína TA-CD, se encuentra en la segunda fase de ensayos clínicos. Otro enfoque alternativo de inmunoterapia consiste en el desarrollo de anticuerpos monoclonales de cocaína, pero esta opción sólo ha sido sometida a ensayos preclínicos.

El beneficio potencial de la vacuna TA-CD para el tratamiento de la adicción a la cocaína ha provocado dilemas éticos sobre el uso de la vacuna, como quién recibiría la vacuna, quién tomaría la decisión y según qué criterios, etc.

<sup>(156)</sup> Véase el cuadro TDI-10 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(157)</sup> Véase el cuadro TDI-24 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(158)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400>.

El enfoque de refuerzo comunitario es un método de tratamiento intensivo que implica a la familia, amigos y otros miembros del entorno social del paciente durante el tratamiento y consiste en enseñar a los pacientes a establecer contactos sociales, mejorar su autopercepción, encontrar trabajo y descubrir actividades de ocio gratificantes para cambiar su estilo de vida (Roozen et al., 2004). El contrato de contingencias es un método que tiene como objetivo influir en el comportamiento del paciente mediante incentivos específicos, como regalos, vales o privilegios, que se consiguen cuando las muestras de orina no contienen rastros de cocaína. Al combinar este método con el refuerzo comunitario se han conseguido efectos positivos tanto relativos al consumo de droga como al funcionamiento psicosocial de los pacientes adictos a la cocaína durante la fase de tratamiento y el seguimiento después del tratamiento, aunque los efectos en el consumo de cocaína se limitan al período de tratamiento (Higgins et al., 2003).

Los nuevos enfoques para los grupos altamente problemáticos de consumidores de heroína que también consumen cocaína y *crack* se centran en la reducción de los daños como objetivo principal del tratamiento y utilizan terapias de comportamiento, más concretamente, enfoques de contrato de contingencias, junto con programas de mantenimiento con metadona o tratamiento asistido con heroína (Schottenfeld et al., 2005; Van den Brink, 2005; Poling et al., 2006).

## Enfoques para la reducción de daños

En Europa, se han desarrollado muy pocos enfoques para la reducción de daños dirigidos al consumo de cocaína. Actualmente, gracias a una mayor concienciación sobre la envergadura del consumo de cocaína y los problemas relacionados con esta droga, las tendencias podrían cambiar y podría aumentar el interés por encontrar soluciones que se ajusten a las necesidades de los consumidores de cocaína. La importancia de la prevención y los enfoques para la reducción de daños de cara a disminuir los riesgos que se asocian al consumo de cocaína todavía no se ha estudiado en profundidad. No obstante, existen varios ámbitos que podrían resultar idóneos para desarrollar este tipo de enfoques. Por ejemplo, los consumidores de cocaína podrían beneficiarse de las intervenciones que tienen por objeto aumentar la toxicidad de las combinaciones de cocaína y alcohol, la relación potencial entre el consumo de cocaína y los problemas cardiovasculares o los comportamientos relacionados con el consumo de esta droga que puedan aumentar el riesgo de los consumidores de contraer el VIH o convertirse en víctimas de un accidente

o un delito violento. El consumo de cocaína puede aumentar de manera brusca y, por lo tanto, puede resultar útil estudiar intervenciones breves que alerten a los consumidores de que podrían comenzar a experimentar consecuencias negativas producidas por el consumo de esta sustancia.

Por otro lado, el consumo de *crack* acarrea serios problemas sociales y de salud y, por este motivo, se dispone de mayor experiencia sobre el desarrollo de servicios en este ámbito, aunque sólo existen actividades en las relativamente pocas ciudades de Europa que han experimentado problemas importantes con esta sustancia. En numerosas ciudades se han llevado a cabo, en el marco del trabajo de proximidad, medidas dirigidas a los consumidores de *crack*. Con estas medidas se pretende llegar a un grupo con el que la colaboración se considera difícil. A pesar de que, en general, el conjunto de datos sigue siendo relativamente limitado, algunos estudios sugieren que se pueden conseguir efectos positivos. Por ejemplo, un estudio sobre un innovador programa de tratamiento de proximidad en Rotterdam (Henskens, 2004, citado en el informe nacional de los Países Bajos) determina factores importantes para tratar a este grupo de pacientes, que a menudo se muestran reticentes a participar en los servicios convencionales de tratamiento.

Las pautas compulsivas del consumo de *crack* y cocaína pueden coincidir con una mayor predisposición a aceptar comportamientos sexuales arriesgados. De hecho, algunos programas de bajo umbral están especialmente dirigidos a los trabajadores de la industria del sexo que consumen *crack*, y pretenden aumentar la seguridad en las relaciones sexuales y en el consumo de drogas de este colectivo, además de distribuir condones y lubricantes (véase la cuestión particular sobre género).

En algunas ciudades europeas se han adoptado enfoques más controvertidos, como integrar la inhalación de drogas en las salas de consumo seguro, normalmente dirigidas al consumo de drogas por vía parenteral. Se han abierto salas para la inhalación supervisada en varias ciudades neerlandesas, alemanas y suizas (OEDT, 2004c). A pesar de que el principal objetivo de estos servicios es supervisar la higiene en el consumo, existen también indicios que apuntan a que pueden servir para orientar a los consumidores hacia otras opciones de asistencia. Por ejemplo, el seguimiento de una de estas salas en Fráncfort, Alemania, ha demostrado que, durante un período de evaluación de seis meses en 2004, se supervisaron más de 1 400 consumos, mientras que se registraron 332 conversaciones de contacto, 40 sesiones de asesoramiento y 99 derivaciones a otros servicios para la drogodependencia.



## Capítulo 6

# Consumo de opiáceos y drogas por vía parenteral

### Oferta y disponibilidad de la heroína <sup>(159)</sup>

En Europa, la heroína importada se encuentra en dos formas: la más común es la heroína marrón (su forma química de base) y la menos común y más cara es la heroína blanca (una forma salina), que procede generalmente del sureste de Asia. Además, dentro de la UE se producen algunos opiáceos, aunque la producción se limita principalmente a productos caseros elaborados con adormidera (por ejemplo, paja de adormidera, concentrado de tallos o cabezas de adormidera molidos) en varios países orientales de la UE, como Lituania, donde el mercado de tallos y concentrado de adormidera parece haberse estabilizado, y Polonia, donde la producción de «heroína polaca» podría estar disminuyendo (CND, 2005).

### Producción y tráfico

La heroína que se consume en Europa se produce principalmente en Afganistán, que continúa siendo el líder mundial del suministro de opio ilegal y, en 2005, alcanzó el 89 % de la producción mundial de opio ilegal, seguido de Myanmar (7 %). La producción mundial de opio ilegal permaneció relativamente estable durante el período comprendido entre 1999 y 2004, salvo en 2001, cuando la prohibición del cultivo de adormidera dictada por el régimen talibán de Afganistán se tradujo en un descenso espectacular, aunque efímero. Se calcula que en el año 2005 se produjeron 4 670 toneladas de opio, cifra que representa un descenso del 4 % respecto al año 2004 (CND, 2006). Por otro lado, el potencial de fabricación mundial de heroína estimado en 2005 fue de 472 toneladas (495 en 2004) (ONUDD, 2006).

La heroína entra en Europa por dos rutas principales. La ruta de los Balcanes, de importancia histórica, sigue desempeñando un papel crucial en el contrabando de heroína. Tras atravesar Pakistán, Irán y Turquía, la ruta se divide en dos tramos: al sur por Grecia, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Albania, Italia, Serbia y Montenegro y Bosnia y Herzegovina; y al norte por Bulgaria, Rumanía, Hungría, Austria, Alemania y los Países Bajos, actuando estos últimos como centro de distribución secundario hacia los países de Europa Occidental. Las incautaciones de

heroína realizadas durante el año 2004 sugieren que la ruta sur ha alcanzado la misma importancia que la ruta norte en cuanto al volumen introducido por contrabando (OMA, 2005; JIFE, 2006a). Desde mediados de la década de los años noventa, ha aumentado el contrabando de heroína hacia Europa a través de la «ruta de la seda» (aunque en menor grado que a través de las rutas de los Balcanes), por Asia Central (en especial, a través de Turkmenistán, Tayikistán, Kirguistán y Uzbekistán), el Mar Caspio y la Federación de Rusia, Belarús o Ucrania hacia Estonia, Letonia, algunos de los países nórdicos y Alemania (informes nacionales de la red Reitox, 2005; CND, 2006; JIFE, 2006a). Aunque estas rutas son las más importantes, los países de la península arábiga (Omán, Emiratos Árabes Unidos) se han convertido en lugares de tránsito para los envíos de heroína desde el sur o el suroeste de Asia con destino a Europa (JIFE, 2006a). Asimismo, en 2004 se incautó heroína destinada a Europa (y América del Norte) en África Oriental y Occidental, el Caribe, América Central y América del Sur (CND, 2006).

### Incautaciones

En 2004, se incautaron 210 toneladas de opio (o el equivalente de 21 toneladas de heroína), 39,3 toneladas de morfina y 59,2 toneladas de heroína en todo el mundo. Asia (50 %) y Europa (40 %) continuaron siendo los continentes donde se incautaron las mayores cantidades de heroína. La proporción incautada en Europa está aumentando, en gran parte como resultado del incremento de incautaciones realizadas en los países del sureste europeo (Turquía), que por vez primera sobrepasan el volumen interceptado en Europa Occidental y Central (CND, 2006).

Se calcula que en 2004 se realizaron 46 000 incautaciones, con unas 19 toneladas de heroína aprehendidas en los países que han facilitado datos. El Reino Unido continuó siendo el país con mayor número de incautaciones, seguido de Alemania e Italia, mientras que en Turquía se incautaron las mayores cantidades (seguida de Italia y el Reino Unido), que representan casi la mitad del total interceptado en 2004 <sup>(160)</sup>. Durante el período 1999-2004, las incautaciones de heroína fluctuaron y,

<sup>(159)</sup> Véase «Interpretación de las incautaciones y otros datos de mercado», p. 37.

<sup>(160)</sup> Este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2004, cuando se disponga de ella. Faltan los datos relativos al número de incautaciones de heroína y cantidades aprehendidas en Irlanda y el Reino Unido en 2004; además, faltan los datos relativos al número de incautaciones de heroína en los Países Bajos en 2004. Con fines estimativos, los datos no disponibles para 2004 fueron reemplazados por los datos correspondientes a 2003. Los datos sobre las cantidades aprehendidas en 2004 facilitados por los Países Bajos son sólo estimativos y no pueden ser incluidos en el análisis de tendencias de 2004.

según los datos proporcionados por los distintos países, parece ser que la disminución que se apreció durante los años 2002 y 2003 fue seguida de un aumento en 2004 <sup>(161)</sup>. Durante el quinquenio de 1999 a 2004, las cantidades totales incautadas aumentaron de forma constante hasta alcanzar un nivel récord en 2004, debido, en gran parte, a que la cantidad de heroína aprehendida en Turquía fue casi el doble en 2004 que en 2003 <sup>(162)</sup>.

### Precio y pureza

En 2004, el precio medio de venta minorista de la heroína marrón varió considerablemente entre los distintos países de Europa, desde 12 euros por gramo en Turquía a 141 euros por gramo en Suecia, mientras que el precio de la heroína blanca osciló entre 31 euros por gramo en Bélgica y 202 euros por gramo en Suecia, y el precio de la heroína sin distinción de tipo fluctuó entre 35 euros por gramo en Eslovenia y 82 euros por gramo en el Reino Unido <sup>(163)</sup>. La información disponible para el período 1999-2004 revela un descenso en el precio medio de la heroína, una vez corregidos los efectos de la inflación <sup>(164)</sup>, en la mayoría de los países que han aportado información <sup>(165)</sup>.

En 2004, la pureza media de la heroína marrón para el consumidor osciló entre un 10 % en Bulgaria y un 48 % en Turquía, mientras que la pureza de la heroína blanca fluctuó entre un 20 % en Alemania y un 63 % en Dinamarca. La pureza de la heroína sin distinción de tipo varió entre un 16 % en Hungría y un 42-50 % <sup>(166)</sup> en los Países Bajos <sup>(167)</sup>. La pureza media de los productos de heroína oscila desde 1999 en la mayoría de países que han facilitado datos <sup>(168)</sup>, hecho que dificulta determinar una tendencia general.

### Medidas internacionales contra la producción y el tráfico de heroína

El anhídrido acético <sup>(169)</sup> es un importante precursor utilizado en la producción ilegal de heroína. La operación «Topaz» es una iniciativa internacional que tiene como objeto realizar un seguimiento del comercio legal de anhídrido acético e investigar los métodos y las rutas de desvío (JIFE, 2006b). Existe un comercio legal considerable de esta sustancia, lo que dificulta su control. De hecho, desde 2001, 22 países/territorios exportadores han presentado

7 684 notificaciones previas a la exportación a la JIFE relativas a más de 1 350 000 toneladas de anhídrido acético. Las incautaciones en Turquía (1 600 litros en 2004) han disminuido notablemente en los últimos años y quizá indiquen que los traficantes han desarrollado nuevas rutas y métodos para el desvío. En 2004, se incautó por primera vez en Europa (Bulgaria) anhídrido acético proveniente del sureste de Asia (JIFE, 2006b).

Aunque algunos aspectos de la operación «Topacio» relativos al seguimiento del comercio internacional han demostrado ser efectivos, no se han logrado grandes progresos en la localización y el desmantelamiento de las rutas utilizadas para el contrabando de anhídrido acético dentro de Afganistán y en los países circundantes (JIFE, 2006b).

El proyecto «Mustard», que lleva a cabo Europol, tiene como objetivo identificar y perseguir a los grupos delictivos turcos y a los grupos vinculados a éstos que dirigen sus operaciones hacia y dentro de la UE y que trafican con drogas, principalmente heroína. Proporciona apoyo operativo a las investigaciones en curso en los Estados que toman parte en esta iniciativa y potencia el alcance de la inteligencia estratégica, ya que permite hacerse una idea de las actividades de la delincuencia organizada turca y otros grupos asociados (Europol, 2006).

### Estimaciones de prevalencia del consumo problemático de opiáceos

La información que se incluye en este apartado proviene del indicador del consumo problemático de drogas (CPD) del OEDT, que incluye el «consumo por vía parenteral o consumo habitual o de larga duración de heroína, cocaína o anfetaminas». Históricamente, las estimaciones sobre el consumo problemático de drogas han hecho referencia principalmente al consumo de heroína, aunque en algunos países se depositaba también especial énfasis en los consumidores de anfetaminas, como se indica en otra parte del informe.

Cuando se interpretan las estimaciones sobre el consumo problemático de opiáceos hay que tener en cuenta que las pautas de consumo son cada vez más heterogéneas. Por ejemplo, los problemas relacionados con el consumo de

<sup>(161)</sup> Véase el cuadro SZR-7 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(162)</sup> Véase el cuadro SZR-8 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(163)</sup> Véase el cuadro PPP-2 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(164)</sup> Tomando 1999 como año base a efectos del valor del dinero en todos los países.

<sup>(165)</sup> Durante el período 1999-2004 se dispuso de datos sobre los precios de la heroína de al menos tres años consecutivos: de la heroína marrón, en Bélgica, la República Checa, España, Francia, Irlanda, Luxemburgo, Polonia, Portugal, Eslovenia, Suecia, el Reino Unido, Noruega, Bulgaria, Rumanía y Turquía; de la heroína blanca, en la República Checa, Alemania, Francia, Letonia y Suecia; y de la heroína sin distinción de tipo, en Lituania y el Reino Unido.

<sup>(166)</sup> Estas dos cifras corresponden a información de dos sistemas de seguimiento diferentes [véase el cuadro PPP-6 (parte iii) del boletín estadístico de 2006]; hay que ser prudente en su interpretación, ya que el porcentaje del 50 % se basa solamente en una muestra.

<sup>(167)</sup> Véase el cuadro PPP-6 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(168)</sup> Durante el período 1999-2004 se dispuso de datos sobre la pureza de la heroína de al menos tres años consecutivos: en el caso de la heroína marrón, en la República Checa, Dinamarca, España, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Austria, Portugal, Eslovaquia, el Reino Unido, Noruega y Turquía; en el caso de la heroína blanca, en Dinamarca, Alemania, Estonia, Finlandia y Noruega; y en el caso de la heroína sin distinción de tipo, en Bélgica, Lituania, Hungría y los Países Bajos.

<sup>(169)</sup> Incluido el cuadro I de la Convención de 1988.

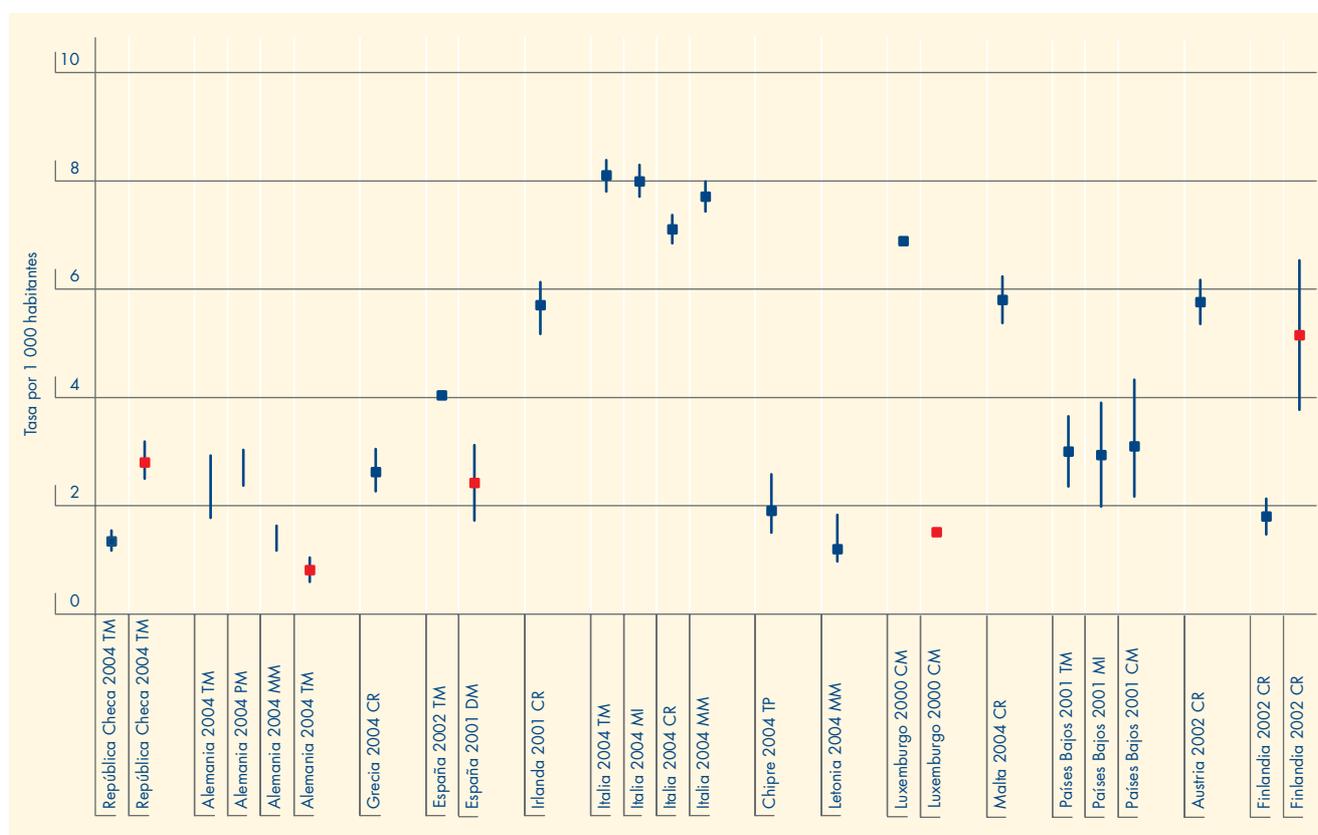
varias drogas han ido cobrando mayor importancia en casi todos los países, mientras que en algunos países donde históricamente ha predominado el consumo problemático de opiáceos se registran actualmente tendencias hacia el consumo de otros tipos de drogas. Actualmente se supone que la mayoría de consumidores de heroína consumen también estimulantes y otras drogas además de opiáceos, aunque es muy difícil obtener datos fiables sobre el policonsumo en el ámbito de la UE (véase el capítulo 8).

A pesar de la tendencia general hacia la diversificación del fenómeno, en muchos países las estimaciones sobre el consumo problemático de drogas se basan únicamente en la heroína y otros opiáceos como sustancias primarias. Este hecho se aprecia en los porcentajes estimados de consumo problemático de opiáceos (véase el gráfico 8), que en su mayor parte son muy similares a las cifras de CPD <sup>(170)</sup>. No queda claro si en los demás países la prevalencia del consumo problemático de drogas que no sean opiáceos es prácticamente insignificante o bien es significativo pero demasiado difícil de calcular.

Resulta difícil estimar el número de consumidores problemáticos de opiáceos y es necesario realizar análisis complejos para obtener las cifras de prevalencia de las fuentes de datos disponibles. Además, las estimaciones se refieren con frecuencia a zonas geográficas limitadas y la extrapolación para obtener estimaciones nacionales no arroja siempre resultados fiables.

Las estimaciones sobre la prevalencia nacional del consumo problemático de opiáceos durante el período 2000-2004 oscilan entre uno y ocho casos por cada 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años (basado en los promedios de las estimaciones). Las tasas de prevalencia estimadas de consumo problemático de opiáceos difieren en gran medida entre países, aunque cuando se han empleado distintos métodos en un mismo país, los resultados han sido notablemente coherentes. Las tasas más elevadas de consumo problemático de opiáceos se registraron en Irlanda, Italia, Luxemburgo, Malta y Austria (entre cinco y ocho casos por cada 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años), mientras que las tasas más bajas fueron declaradas por la República Checa, Alemania,

**Gráfico 8.** Estimaciones de la prevalencia del consumo problemático de opiáceos y estimulantes, 2000-2004 (tasa por 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años)



N.B.: ■ Los cuadrados rojos se refieren al uso de estimulantes, el resto al uso de opiáceos. CR, captura-recaptura de datos; TM, multiplicador de tratamiento; PM, multiplicador de policía; MI, indicador de variables múltiples; TP, regresión truncada de Poisson; CM, métodos combinados; MM, multiplicador de mortalidad. Para información más detallada véanse los cuadros PDU-1, PDU-2 y PDU-3 del boletín estadístico de 2006. El símbolo indica un cálculo puntual y una barra indica un intervalo de duda que puede ser un intervalo de confianza del 95 % o un intervalo basado en un análisis de sensibilidad. Los grupos objetivo pueden variar ligeramente debido a la utilización de métodos y fuentes de datos diferentes, por lo que las comparaciones deben realizarse con cautela.

Fuentes: Puntos focales nacionales.

<sup>(170)</sup> Véase el gráfico PDU-1 (parte i) del boletín estadístico de 2006.

Grecia, Chipre, Letonia y los Países Bajos (menos de cuatro casos por cada 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años) (gráfico 8). Algunas de las estimaciones bien documentadas que presentan unos resultados más bajos en la actualidad proceden de los nuevos Estados miembros de la UE, aunque Malta informó de una prevalencia más elevada (entre 5,4 y 6,2 casos por cada 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años). A través de la limitada información disponible se puede determinar una prevalencia del consumo problemático de opiáceos en la UE de entre dos y ocho casos por cada 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años de edad. No obstante, estas estimaciones distan mucho de ser totalmente fiables y será necesario concretarlas conforme se vayan facilitando más datos.

No se dispone de estimaciones locales y regionales específicas sobre el consumo problemático de opiáceos. Sin embargo, los datos disponibles sobre el consumo problemático de drogas (incluido el consumo de estimulantes y otras drogas) sugieren que la prevalencia difiere enormemente entre las ciudades y las regiones. Entre 2000 y 2004, las mayores prevalencias locales se

registraron en Irlanda, Portugal, Eslovaquia y el Reino Unido, alcanzándose tasas de entre 15 y 25 casos por 1 000 habitantes <sup>(171)</sup>. Como era de esperar, la variación geográfica también es significativa en el ámbito local. Por ejemplo, la prevalencia en distintas partes de Londres oscila entre los seis y los 25 casos por cada 1 000 habitantes. La amplia variación de los porcentajes de prevalencia locales hace que la generalización sea muy complicada.

### Tendencias temporales en el consumo problemático de opiáceos

La falta de datos históricos fiables y coherentes dificulta la evaluación de las tendencias en el consumo problemático de opiáceos a lo largo del tiempo. Los datos recopilados sugieren que la prevalencia del consumo problemático de opiáceos difiere notablemente entre los distintos países e indica también que las tendencias dentro de la UE no coinciden. Los informes de algunos países, respaldados por otros indicadores, revelan que el consumo problemático de opiáceos continuó aumentando desde mediados hasta

### Consumidores de drogas en centros penitenciarios

La información sobre el consumo de drogas entre los presidiarios de los centros penitenciarios es incompleta. Muchos de los datos disponibles en Europa provienen de estudios *ad hoc* que a veces se realizan a escala local, en centros que no son representativos del sistema penitenciario nacional. Además, el tamaño de las muestras de presidiarios que se utilizan varía considerablemente. Como consecuencia, las diferencias entre las características de las poblaciones estudiadas reducen la posibilidad de comparar los datos de las distintas encuestas (dentro de un mismo país y entre distintos países), así como de extrapolar los resultados y analizar las tendencias. La mayoría de países europeos <sup>(1)</sup> facilitaron información sobre el consumo de drogas entre la población de presidiarios durante los últimos cinco años (1999-2004). Esta información demuestra que, en comparación con la población general, los consumidores de drogas están sobrerrepresentados en la población de los centros penitenciarios. El porcentaje de reclusos que afirman haber consumido una droga ilegal en alguna ocasión varía según la prisión u otro centro penitenciario: la tasa media oscila entre alrededor de un tercio o menos en Hungría y Bulgaria y en torno a dos tercios o más en los Países Bajos, el Reino Unido y Noruega, y la mayoría de países registran una tasa de prevalencia a lo largo de la vida de aproximadamente un 50 % (Bélgica, Grecia, Letonia, Portugal, Finlandia). El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida, con una tasa de prevalencia de vida entre los presidiarios que fluctúa entre un 4 % y un 86 %, comparado con un tasa de prevalencia de vida de entre un 3 % y un 57 % en el caso de la cocaína, de entre un 2 % y un 59 % para las anfetaminas, y de entre un 4 % y un 60 % para la heroína <sup>(2)</sup>.

El porcentaje de presidiarios que declaran consumir drogas de forma regular o ser drogodependientes antes del encarcelamiento varía entre un 8 % y un 73 %, mientras que la prevalencia de vida de consumo de drogas por vía parenteral

entre la población de reclusos se sitúa entre un 7 % y un 38 % <sup>(3)</sup>.

Si bien la mayoría de consumidores reduce su consumo o deja de tomar drogas tras ingresar en prisión, algunos reclusos continúan consumiendo drogas y otros empiezan a consumirlas (ya sea por vía parenteral o no) en este entorno. De acuerdo con los estudios disponibles, entre un 8 % y un 51 % de los reclusos ha consumido drogas durante su estancia en prisión, entre un 10 % y un 42 % declara consumir drogas de manera regular y entre un 1 % y un 15 % ha consumido drogas por vía parenteral dentro del centro penitenciario <sup>(4)</sup>. Ante estas cifras cabe considerar la propagación de enfermedades infecciosas, en especial, la disponibilidad de material de inyección esterilizado y el hábito de los reclusos de compartir los equipos de inyección.

Distintas encuestas realizadas de manera reiterada en la República Checa (1996-2002), Dinamarca (1995-2002), Lituania (2003/2004), Hungría (1997/2004), Eslovenia (2003/2004) y Suecia (1997-2004) muestran un aumento en la prevalencia del consumo de varios tipos de drogas entre los reclusos, mientras que las encuestas realizadas en Francia (1997-2003) revelan un descenso significativo en la proporción de consumidores por vía parenteral entre la población de los centros penitenciarios <sup>(5)</sup>.

<sup>(1)</sup> Los países que han informado sobre estudios realizados durante los últimos cinco años (1999-2004) y proporcionaron información sobre las pautas de consumo de drogas de la población penitenciaria fueron Bélgica, la República Checa, Dinamarca, Alemania, Grecia, Francia, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Hungría, Malta, los Países Bajos, Austria, Portugal, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia, Suecia, el Reino Unido, Bulgaria y Noruega.

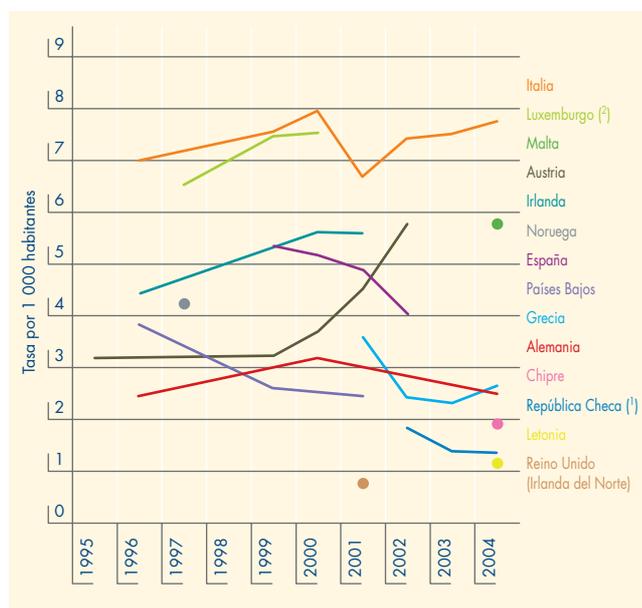
<sup>(2)</sup> Véase el cuadro DUP-1 y el gráfico DUP-1 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(3)</sup> Véanse los cuadros DUP-2 y DUP-5 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(4)</sup> Véanse los cuadros DUP-3 y DUP-4 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(5)</sup> Véase el cuadro DUP-5 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(171)</sup> Véase el gráfico PDU-6 (parte i) del boletín estadístico de 2006.

**Gráfico 9.** Tendencias en la prevalencia del consumo problemático de opiáceos, 1995-2004 (tasa por 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años)

(¹) Estimaciones para el grupo de 18-64 años

(²) Calculado a partir de los datos del grupo de 15- 54 años

N.B.: Las series temporales se han combinado cuando los métodos eran similares durante todo el período. Para más información, véanse los cuadros PDU-1, PDU-2 y PDU-3 del boletín estadístico de 2006.

Fuentes: Puntos focales nacionales.

finales de los años noventa (gráfico 9), aunque parece haberse estabilizado o incluso haber disminuido durante los últimos años. Siete países disponen de estimaciones continuas del consumo problemático de opiáceos durante el período comprendido entre los años 2000 y 2004 (la República Checa, Alemania, Grecia, España, Irlanda, Italia, Austria), de los cuales cuatro (la República Checa, Alemania, Grecia, España) han registrado un descenso en el consumo problemático de opiáceos, mientras que uno ha sufrido un aumento (Austria, aunque resulta difícil de interpretar, ya que el sistema de recopilación de datos se modificó durante este período). Los datos obtenidos de los pacientes que inician tratamiento por primera vez indican que la incidencia del consumo problemático de opiáceos en general podría estar disminuyendo paulatinamente. Por lo tanto, se espera que en el futuro próximo se reduzca la prevalencia.

## Consumo de drogas por vía parenteral

Los consumidores de drogas por vía parenteral presentan un riesgo muy elevado de sufrir consecuencias adversas, como enfermedades infecciosas graves o sobredosis. Por ello, es importante analizar por separado el consumo de drogas por vía parenteral.

A pesar de su importancia para la salud pública, pocos países disponen de estimaciones a escala nacional o subnacional (172) sobre el consumo de drogas por vía parenteral. En este

apartado, ante la escasez de los datos disponibles, las estimaciones sobre los consumidores por vía parenteral no están clasificadas según la principal droga consumida, si bien las tendencias en la proporción de consumidores por vía parenteral entre los consumidores de heroína que reciben tratamiento (véase más adelante) se pueden trasladar a la situación especial de los consumidores de heroína por vía parenteral.

La mayoría de estimaciones disponibles sobre el consumo de drogas por vía parenteral se deriva de las tasas registradas de muertes por sobredosis o bien de la información sobre enfermedades infecciosas (como el VIH). Estas estimaciones varían considerablemente entre los distintos países: desde el año 2000, las estimaciones de ámbito nacional se han mantenido normalmente entre uno y seis casos por cada 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años de edad, aunque antes del año 2000 se registraron algunas estimaciones más elevadas. A partir del año 2000, las mayores tasas de prevalencia nacionales de consumo de drogas por vía parenteral entre los países que disponen de estimaciones se observaron en Luxemburgo y Austria, con un porcentaje en torno a los seis casos por cada 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años. Las estimaciones más bajas se registraron en Chipre y Grecia, con algo más de un caso por cada 1 000 habitantes.

Las tendencias temporales disponibles no sugieren ninguna pauta general y muestran descensos en algunos países y regiones (por ejemplo, en Escocia, Reino Unido) y aumentos en otros. No obstante, la falta de información en este ámbito no permite obtener una imagen clara de la situación.

El control de la proporción de consumidores actuales por vía parenteral entre los consumidores de heroína que acceden a tratamiento representa un complemento significativo a la hora de realizar un seguimiento de la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral en la población general. Sin embargo, es importante recordar que las proporciones observadas no reflejan necesariamente las tendencias de prevalencia del consumo total de drogas por vía parenteral. Por ejemplo, en países con una elevada tasa de consumidores de estimulantes (República Checa, Eslovaquia, Finlandia, Suecia), la proporción de consumo por vía parenteral entre los consumidores de heroína puede no ser representativa de la situación general.

La proporción de consumidores por vía parenteral entre las personas que consumen principalmente heroína y reciben tratamiento muestra de nuevo diferencias destacadas en los niveles de consumo de drogas por vía parenteral entre países, así como tendencias temporales diversas (173). En algunos países (España, Países Bajos y Portugal), sólo una proporción relativamente pequeña de consumidores de heroína que reciben tratamiento se inyecta esta droga, mientras que en otros el consumo por vía parenteral todavía es la forma principal de consumir heroína. En algunos de los antiguos Estados miembros que han facilitado datos (Dinamarca, Grecia, España, Francia, Italia y el Reino

(172) Véase el gráfico PDU-7 del boletín estadístico de 2006.

(173) Véase el gráfico PDU-3 (parte i) del boletín estadístico de 2006.

Unido) las tasas de consumo por vía parenteral entre los consumidores de heroína que reciben tratamiento ha disminuido. Sin embargo, en la mayoría de los nuevos Estados miembros, o al menos para los que se dispone de información, gran parte de los consumidores de heroína que reciben tratamiento son consumidores por vía parenteral.

## Datos relativos a la demanda de tratamiento <sup>(174)</sup>

En muchos países, los opiáceos (sobre todo la heroína) siguen siendo la principal droga por la que se solicita tratamiento. En el 60 % de los casos de las solicitudes de tratamiento realizadas en 2004 de acuerdo con el indicador de demanda de tratamiento, las principales drogas consumidas eran opiáceos, y más de la mitad (53 %) de estos pacientes declararon inyectarse la droga <sup>(175)</sup>. Cabe recordar que el indicador de demanda de tratamiento no incluye a todas las personas que reciben tratamiento por consumo de opiáceos, cuyo número sería mucho mayor, sino sólo a los pacientes que han solicitado tratamiento durante el año objeto del informe.

La proporción de pacientes que solicitan tratamiento por consumo de heroína varía según el país. De acuerdo con la información más reciente de que se dispone, los países se pueden clasificar en tres grupos, según el porcentaje de consumidores problemáticos de heroína entre el total de consumidores de droga que solicita tratamiento:

- menos del 50 %: República Checa, Dinamarca, Hungría, Países Bajos, Polonia, Eslovaquia, Finlandia y Suecia;
- 50-70 %: Alemania, España, Francia, Irlanda, Chipre, Letonia, Portugal, Reino Unido y Rumanía;
- más del 70 %: Grecia, Italia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Eslovenia y Bulgaria <sup>(176)</sup>.

En dos países se da una proporción considerable de pacientes de opiáceos que consumen sustancias distintas a la heroína: Hungría, donde es común el consumo de productos de adormidera caseros, y Finlandia, donde una gran parte de los pacientes de opiáceos abusan de la buprenorfina <sup>(177)</sup>.

La mayoría de consumidores de opiáceos, al igual que los consumidores de otras drogas, solicitan tratamiento ambulatorio, aunque en proporción reciben más tratamiento en centros hospitalarios que los pacientes por cocaína y cannabis.

La mayoría de países que cada año registran cifras importantes de nuevos pacientes de heroína (excepto Alemania, donde se ha ampliado la base utilizada para el informe) declaran haber experimentado un descenso durante los últimos 4 o 5 años, aunque esta tendencia no se ha apreciado entre los pacientes que ya habían recibido tratamiento anteriormente. En general, el número de solicitudes repetidas no ha disminuido y, en la mayoría de países, el total de solicitudes de tratamiento por consumo de heroína se ha mantenido prácticamente estable. Alemania y el Reino Unido representan una excepción significativa, ya que el total de solicitudes registradas en estos países ha aumentado. Sin embargo, en general, el porcentaje de solicitudes de tratamiento por consumo de heroína (tanto el total de solicitudes como las solicitudes nuevas) ha disminuido. En el caso de las solicitudes nuevas, el porcentaje se ha reducido de unos dos tercios a alrededor de un 40 % entre 1999 y 2004, mientras que las solicitudes de tratamiento por consumo de cannabis y cocaína han aumentado <sup>(178)</sup>.

En anteriores ocasiones se ha mencionado que los pacientes que solicitan tratamiento por consumo de opiáceos forman parte de un grupo de población con tendencia al envejecimiento, y esta trayectoria ha continuado en el año 2004. Casi todos los consumidores de opiáceos que solicitan tratamiento superan los 20 años de edad y casi la mitad de ellos tienen más de 30 años. La información de que se dispone a escala europea revela que sólo un reducido grupo de consumidores de opiáceos (menos del 7 %) son menores de 20 años cuando piden ayuda por primera vez <sup>(179)</sup>. Hay algunos informes esporádicos de personas muy jóvenes (menores de 15 años) que solicitan tratamiento por consumo de heroína <sup>(180)</sup>, por ejemplo, niños de 11 o 12 años en Sofía (Bulgaria); pero, en general, la demanda de tratamiento por heroína suele ser poco frecuente entre los más jóvenes.

Según los informes, los pacientes de opiáceos viven marginados en la sociedad, poseen un nivel educativo bajo, presentan tasas de desempleo elevadas y, a menudo, no disponen de alojamiento estable. El informe español señala que entre el 17 % y el 18 % de los pacientes de opiáceos no tienen hogar.

La mayoría de pacientes de opiáceos declaran haber consumido estas drogas por primera vez entre los 15 y los 24 años de edad, y alrededor de un 50 % de los pacientes admite haber consumido esta droga por primera vez antes de cumplir 20 años <sup>(181)</sup>. Normalmente, transcurren entre 5 y 10 años entre que el paciente consume la droga por vez primera y solicita el primer tratamiento, mientras que el tiempo que transcurre entre la iniciación en la

<sup>(174)</sup> Véase la nota a pie de página (70).

<sup>(175)</sup> Véase el gráfico TDI-2 y el cuadro TDI-5 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(176)</sup> Véase el cuadro TDI-5 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(177)</sup> Véase el cuadro TDI-26 del boletín estadístico de 2006; informes nacionales de la red Reitox.

<sup>(178)</sup> Véase el gráfico TDI-1 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(179)</sup> Véase el cuadro TDI-10 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(180)</sup> <http://www.communitycare.co.uk>

<sup>(181)</sup> Véase el cuadro TDI-11 del boletín estadístico de 2006.

droga y el momento en que se empieza a consumir de forma regular suele ser de entre 1,5 y 2,5 años (informe nacional de Finlandia). Por lo tanto, podemos deducir que, por regla general, los pacientes de opiáceos consumen drogas de manera regular entre 3 y 7 años antes de solicitar por primera vez un tratamiento especializado.

En Europa, sólo algo más de la mitad de los nuevos pacientes de opiáceos que solicitan tratamiento en centros ambulatorios y, en cuyo caso se conoce el procedimiento de administración, se inyectan la droga. En general, los niveles de consumo por vía parenteral son más elevados entre los consumidores de opiáceos que solicitan tratamiento en los nuevos Estados miembros (más del 60 %) que entre los que lo hacen en los antiguos Estados miembros (menos del 60 %), a excepción de Italia y Finlandia, donde la proporción de pacientes que consumen opiáceos por vía parenteral alcanza un 74 % y un 79,3 % respectivamente. Los Países Bajos presentan el menor porcentaje de pacientes de opiáceos que se inyectan la droga (13 %), mientras que el porcentaje más elevado se registró en Letonia (86 %) <sup>(182)</sup>.

## Tratamiento de la dependencia de opiáceos

La estrategia de la UE en materia de drogas 2005-2012 considera prioritario mejorar la disponibilidad y el acceso al tratamiento e insta a los Estados miembros a que proporcionen una amplia gama de tratamientos efectivos. Históricamente, el tratamiento residencial representaba un entorno importante para el tratamiento de consumidores problemáticos de opiáceos. Sin embargo, el aumento de la diversidad de opciones de tratamiento y, en particular, la considerable expansión del tratamiento de sustitución, han comportado un declive de la importancia relativa de la asistencia residencial.

Actualmente, la información sobre la disponibilidad de los distintos tipos de tratamiento para los problemas con opiáceos en Europa es limitada. De acuerdo con las respuestas a un cuestionario del OEDT, los expertos de la mayoría de Estados miembros (16) declararon que el tratamiento de sustitución es la forma principal de tratamiento disponible. No obstante, en cuatro países (República Checa, Hungría, Polonia y Eslovaquia), el tratamiento sin drogas es más común, y en dos países, España y Suecia, las opciones de tratamiento con asistencia médica y tratamiento sin drogas están equilibradas.

La terapia de sustitución para la dependencia de opiáceos (principalmente, el tratamiento con metadona o buprenorfina) se emplea en todos los Estados miembros de la UE <sup>(183)</sup>, así como en Bulgaria, Rumanía y Noruega. Además, se ha alcanzado un consenso generalizado en Europa

sobre la aplicación de este enfoque, que se considera beneficioso en el tratamiento de consumidores problemáticos de opiáceos, aunque en algunos países todavía es un tema conflictivo (véase el Capítulo 2). A escala internacional, el papel del tratamiento de sustitución es cada vez menos controvertido. En el año 2004, el sistema de la ONU adoptó un documento de posición respecto a la terapia de mantenimiento de sustitución (OMS/ONUDD/ONUSIDA, 2004), y en junio de 2006 la OMS incluyó la metadona y la buprenorfina en su lista modelo de medicamentos esenciales.

Ahora existe una base sólida que prueba el valor de los programas de sustitución que utilizan sustancias como la metadona o la buprenorfina. Los estudios en este campo han demostrado que la terapia de sustitución está relacionada con un descenso en el consumo de drogas ilegales, una reducción de las tasas de consumo por vía parenteral, una reducción de los comportamientos vinculados a un riesgo elevado de contagio del VIH u otras enfermedades infecciosas, como compartir materiales de inyección, y una mejora tanto en la conducta social como en la salud general del paciente. Las investigaciones realizadas también indican que, con este tratamiento, se podrían reducir los niveles de actividad delictiva y que un tratamiento de sustitución generalizado podría incidir en el número de muertes relacionadas con las drogas. Para conseguir unos resultados óptimos es necesario ingresar a tiempo en el programa, que el tratamiento de sustitución tenga una duración y continuidad suficientes y que las dosis de medicación sean adecuadas.

Si bien la metadona continúa siendo el tratamiento de sustitución prescrito con mayor frecuencia en Europa, se siguen ampliando las opciones de tratamiento. Actualmente, la buprenorfina se encuentra disponible en 19 países de la UE, Noruega y Bulgaria, aunque no queda claro si está oficialmente autorizada para los tratamientos de mantenimiento en todos los países que declaran su uso. Teniendo en cuenta que el tratamiento con buprenorfina a altas dosis se empezó a utilizar en Europa hace sólo 10 años, esta droga se ha establecido como opción terapéutica a un ritmo particularmente rápido (véase el gráfico 1) <sup>(184)</sup>.

La sustitución de drogas a largo plazo no es el único fin de la farmacoterapia opiácea. La metadona y la buprenorfina también se emplean para el tratamiento de privación de opiáceos cuando el objetivo terapéutico es ayudar a la persona a lograr la abstinencia mediante la administración de una dosis reducida durante un período determinado de tiempo para atenuar al máximo la angustia producida por el síndrome de abstinencia. La naltrexona, un antagonista de opiáceos, se aplica

<sup>(182)</sup> Véase el cuadro TDI-17 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(183)</sup> Chipre informa sobre el uso de la metadona en los tratamientos de desintoxicación desde el año 2004. Además, se ha anunciado el inicio de un proyecto piloto de tratamiento de mantenimiento con metadona, aunque no se ha incluido ningún caso de tratamiento en los informes. En Turquía, la metadona está oficialmente registrada para el tratamiento de dependencias de opiáceos, pero no se ha informado sobre ningún caso de tratamiento.

<sup>(184)</sup> Véase la cuestión particular sobre buprenorfina del Informe anual de 2005.

en algunas ocasiones en la farmacoterapia aversiva de la dependencia de opiáceos para ayudar a prevenir la recaída, ya que bloquea los efectos de la heroína. Sin embargo, las pruebas disponibles sobre el efecto terapéutico de esta droga todavía no son concluyentes.

Algunos países (Alemania, España, Países Bajos y Reino Unido) también disponen de programas de prescripción de heroína, aunque el número de pacientes que recibe este tipo de tratamiento es bastante reducido comparado con los demás tipos de sustitución de drogas (probablemente, constituye menos de un 1 % del total). Este tipo de tratamiento sigue siendo controvertido y, normalmente, se ofrece en el marco de ensayos científicos a consumidores a largo plazo en cuyo caso han fracasado otras opciones terapéuticas.

Un análisis reciente sobre la efectividad del tratamiento de la drogodependencia en la prevención de la transmisión del VIH ha revelado que las intervenciones orientadas al comportamiento pueden aumentar los efectos positivos del tratamiento de sustitución en la prevención del VIH, mientras que la efectividad de la terapia psicoterapéutica por sí sola es variable. Asimismo, los tratamientos basados en la abstinencia han demostrado cosechar buenos resultados en la prevención del VIH en las personas que reciben tratamiento durante un mínimo de tres meses (Farrell et al., 2005).

### Seguimiento del suministro de metadona

De acuerdo con la lista I de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, la metadona es una droga controlada y la JIFE regula los niveles anuales de consumo nacional de esta sustancia.

Según el OEDT, se calcula que en los Estados miembros de la UE, Bulgaria, Rumanía y Noruega, como mínimo, más de 500 000 pacientes recibieron tratamiento de sustitución a lo largo del año (véase el cuadro 4 del Informe anual de 2005). Exceptuando la República Checa y Francia, donde la opción más frecuente es el tratamiento con buprenorfina a altas dosis, en más del 90 % de los tratamientos que se ofrecen en los demás países se emplea la metadona.

Un 85 % del consumo mundial de metadona corresponde a la UE y los Estados Unidos, y en estos países el consumo de esta sustancia ha aumentado de manera continua durante el último decenio. Las cantidades consumidas se estabilizaron en ambas regiones entre 1997 y 2000, pero desde entonces se ha producido un drástico incremento en los Estados Unidos. En la actualidad, los niveles de consumo de metadona en la UE corresponden aproximadamente a la mitad de los niveles de los Estados Unidos <sup>(185)</sup>.

Normalmente, los incrementos más destacados en el consumo de metadona están relacionados con la introducción de esta opción de tratamiento a escala nacional. Por ejemplo, en Francia, la aplicación generalizada de tratamientos de sustitución con metadona en 1995 comportó un rápido aumento del consumo de esta sustancia, que pasó de 31 kg en 1995 a 446 kg en 2004.

Se aprecian signos de estabilización en los niveles de consumo de metadona en las estadísticas más recientes de Dinamarca, España, Malta, los Países Bajos y, posiblemente, de Alemania. Estas estadísticas se corresponden con las tendencias que revelan los informes sobre el número de pacientes en tratamiento (véase el capítulo 2).

<sup>(185)</sup> Véase el gráfico NSP-2 del boletín estadístico de 2006.



## Capítulo 7

# Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas

### Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

Una de las consecuencias más graves para la salud del consumo de drogas ilegales y, en particular, del consumo por vía parenteral, es la transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas, en particular, la hepatitis C y B. La relación entre el consumo de drogas por vía parenteral y la transmisión de la infección está bien fundada. Por este motivo, reducir el consumo de drogas inyectadas y evitar que se compartan los materiales de inyección se han convertido en los principales objetivos de las medidas de salud pública en este ámbito. Los estudios realizados también destacan la relación entre el consumo de droga y la actividad sexual de alto riesgo, factor que demuestra la creciente importancia de vincular las medidas destinadas a reducir el consumo de drogas con estrategias de salud pública que tienen como objeto la salud sexual. En cuanto a las actividades de seguimiento a escala europea, la información relativa a enfermedades infecciosas se obtiene tanto a través de fuentes de notificación regulares, donde el consumo de drogas por vía parenteral puede considerarse un factor de riesgo, como en el marco de estudios específicos sobre consumidores de droga en diferentes entornos.

#### VIH y sida

##### Tendencias recientes en el registro de nuevos casos de VIH

Actualmente, la mayoría de países registra tasas poco elevadas de nuevos casos diagnosticados de VIH atribuidos al consumo de drogas por vía parenteral. El análisis de los países que han mantenido de manera continuada unos porcentajes reducidos de infección de VIH entre los consumidores por vía parenteral permite estudiar los factores a los que se debe este hecho; esta cuestión se plantea en el actual plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE y ocupa el tema central de un estudio coordinado por el OEDT. No obstante, debemos evitar la complacencia. Ni España ni Italia, dos países que han experimentado epidemias de VIH entre los consumidores por vía parenteral, proporcionan información nacional sobre el registro de casos de VIH, lo cual reduce notablemente el valor de esta información a la hora de elaborar un cuadro general de la situación en la UE. Además, los datos declarados por algunos países son

motivo de preocupación, ya que sugieren que la cifra de infecciones de VIH podría estar aumentando, al menos entre algunas poblaciones de consumidores por vía parenteral.

En Francia, donde los casos de VIH se han registrado sólo desde el año 2003, la incidencia de VIH entre los consumidores por vía parenteral ha experimentado un aumento (aunque la tasa previa era reducida), de 2,3 casos estimados por millón de habitantes en 2003 a 2,9 casos en 2004. A pesar de que estas cifras, en general, concuerdan con los datos de estudio disponibles (véase más adelante), es importante recordar que, al principio, los nuevos sistemas de informes suelen ser inestables. En Portugal, la información del año 2004 pone en duda el aparente declive registrado previamente en los casos de VIH de nuevo diagnóstico entre los consumidores por vía parenteral y revela una incidencia del VIH de 98,5 casos por millón de habitantes, la tasa más elevada de la UE <sup>(186)</sup>. En el Reino Unido, la incidencia del VIH entre los consumidores por vía parenteral ha ido aumentando lentamente pero, en estos momentos, se encuentra en un punto estable, justo por debajo de los 2,5 casos anuales por millón de habitantes. En Irlanda, la incidencia se incrementó durante los últimos años del decenio de los noventa hasta alcanzar un nivel máximo de 18,3 casos por millón de habitantes en el año 2000. En 2001, disminuyó hasta 9,8 casos por millón de habitantes y, seguidamente, continuó aumentando hasta alcanzar los 17,8 casos por millón de habitantes en 2004.

Se han producido brotes de VIH vinculados al consumo de drogas por vía parenteral en fechas recientes, por ejemplo en 2001 en Estonia y Letonia y en 2002 en Lituania. Desde entonces, las proporciones han disminuido notablemente. Por regla general, las tasas de nuevos casos declarados se reducen después de una fase epidémica inicial, una vez establecido un nivel endémico de infección (véase más adelante).

##### Seroprevalencia del VIH entre los consumidores por vía parenteral analizados

Los datos de seroprevalencia de los consumidores por vía parenteral (porcentaje infectado en muestras de estos consumidores) representan un complemento importante para la notificación de casos de VIH. Los estudios reiterados sobre la seroprevalencia y el seguimiento rutinario de los datos obtenidos de pruebas diagnósticas pueden respaldar las

<sup>(186)</sup> Véanse los gráficos INF-2 (parte i) e INF-2 (parte ii) del boletín estadístico de 2006.



de diagnóstico rutinarias son difíciles de interpretar, ya que podrían estar influenciadas por distintos sesgos de selección. Sin embargo, las cifras detectadas siguen siendo motivo de preocupación en estos países. En España, la prevalencia de VIH entre los consumidores jóvenes por vía parenteral (menores de 25 años) analizados durante el tratamiento por drogodependencia se mantuvo estable hasta el año 2002, por encima del 12 %, y entre los nuevos consumidores por vía parenteral (es decir, consumidores que se inyectan la droga desde hace menos de dos años) aumentó de un 15 % a un 21 % entre 2000 y 2001, cifras que sugieren una elevada incidencia hasta el año 2002. En Italia, las tendencias de prevalencia entre los consumidores por vía parenteral difieren enormemente entre las distintas regiones del país, y en algunas de estas regiones todavía se registran aumentos destacados y recientes (Bolzano, Liguria, Molise, Toscana y Umbria).

En Polonia, los estudios locales revelan que la propagación del VIH ha continuado al menos hasta hace poco tiempo, según las altas tasas de prevalencia entre los consumidores jóvenes por vía parenteral (15 % en 2002 en una región y entre un 4 % y un 11 % en otras dos regiones en 2004). Un estudio realizado en 2002 informaba de cuatro casos (9 %) de VIH entre los 45 nuevos consumidores por vía parenteral de la muestra. No obstante, en el estudio de 2004 no se constató ningún caso entre los 20 nuevos consumidores de la muestra.

Por último, en algunos países que nunca han padecido epidemias a gran escala entre los consumidores por vía parenteral, los datos más recientes sobre prevalencia indican que se hace necesaria una especial vigilancia. Este parece ser el caso de Luxemburgo, Austria y el Reino Unido, aunque los aumentos continúan siendo limitados y no están confirmados por los datos relativos a los informes de casos.

### Países con una prevalencia baja de VIH

La prevalencia de VIH entre los consumidores por vía parenteral analizados continúa siendo muy distinta entre los países de la UE (gráfico 10). En varios países la prevalencia de VIH entre los consumidores por vía parenteral ha experimentado un aumento reciente o bien se ha mantenido en un nivel elevado durante numerosos años, mientras que en otros alcanzó valores muy bajos durante el período 2003-2004. Por ejemplo, durante este período la prevalencia del VIH entre los consumidores por vía parenteral fue inferior al 1 % o se situó en torno a esta cifra en la República Checa, Grecia, Hungría, Malta, Eslovenia (según muestras nacionales), y en Eslovaquia, Noruega, Bulgaria, Rumanía y Turquía (según muestras subnacionales). En algunos de estos países, como Hungría, tanto la prevalencia del VIH como la prevalencia del virus de la hepatitis C (VHC) representan las tasas más bajas de Europa. Estos datos sugieren que los niveles de consumo por vía parenteral también son bajos (véase «Hepatitis B y C», p. 78), aunque en algunos países

(por ejemplo, en Rumanía) existen indicios que corroboran que la prevalencia de hepatitis C está aumentando.

### Diferencias entre sexos en cuanto a la prevalencia de VIH entre los consumidores por vía parenteral analizados

Los datos disponibles sobre seroprevalencia en los años 2003-2004 revelan algunas diferencias entre los consumidores por vía parenteral de sexo masculino y femenino que se sometieron a pruebas <sup>(188)</sup>. Con la combinación de los datos de Bélgica, Estonia, España (2002), Francia, Italia, Luxemburgo, Austria, Polonia y Portugal se obtuvo una muestra con un total de 124 337 hombres y 20 640 mujeres. Los análisis se realizaron en centros de tratamiento de drogodependencia u otros servicios activos en el ámbito de la droga, y la prevalencia total registrada fue de 13,6 % entre los hombres y 21,5 % entre las mujeres. Las diferencias entre países son notables: en Estonia, España, Italia, Luxemburgo y Portugal se obtuvo una mayor prevalencia entre las mujeres, mientras que en Bélgica se registró la tendencia opuesta, es decir, una prevalencia superior entre los hombres.

### Incidencia del sida y disponibilidad de la terapia HAART

Debido a que la terapia antirretroviral altamente activa (HAART), disponible desde 1996, previene de manera eficaz el desarrollo del sida en personas afectadas por el VIH, los datos sobre la incidencia del sida son cada vez menos útiles como indicador de la transmisión del VIH. No obstante, estos datos siguen reflejando las tasas totales de la enfermedad sintomática y, además, representan un indicador importante para la introducción y cobertura de la terapia HAART entre los consumidores por vía parenteral.

La OMS estima que, en 2003, la cobertura de la terapia HAART fue elevada entre los pacientes que necesitaron tratamiento en los países de Europa Occidental (más de un 70 %), mientras que en la mayoría de países de Europa Oriental, incluidos Estonia, Lituania y Letonia <sup>(189)</sup>, el acceso a esta terapia estaba más restringido. La información más reciente sobre la difusión de HAART indica que la situación ha mejorado considerablemente, alcanzando tanto los países de la UE como los países candidatos una cobertura mínima del 75 %. Sin embargo, no se dispone de información específica sobre la disponibilidad de la terapia HAART entre los consumidores por vía parenteral, y queda aún por determinar si el aumento de la cobertura implicará una reducción de la incidencia del sida entre los consumidores por vía parenteral en Estonia y Letonia.

En los cuatro países de Europa Occidental con mayor número de casos de sida, es decir, España, Francia, Italia y Portugal, la incidencia ha disminuido desde 1996 en el caso de los primeros tres países, pero sólo desde 1999 en Portugal, que sigue siendo el país con la mayor incidencia de sida entre consumidores por vía parenteral. En este país se registraron 31 casos por millón

<sup>(188)</sup> Véase el gráfico INF-3 (parte v) del boletín estadístico de 2006.

<sup>(189)</sup> Véase el gráfico INF-14 (parte iii y parte iv) del boletín estadístico de 2006.

de habitantes en 2004, aunque la incidencia obtenida en Letonia fue similar: 30 casos por millón de habitantes.

Los datos recabados por EuroHIV hasta el año 2004 (corregidos por el retraso en el suministro de información) revelan que la incidencia de sida entre los consumidores por vía parenteral está aumentando tanto en Estonia como en Letonia <sup>(190)</sup>.

## Hepatitis B y C

### Hepatitis C

En general, la prevalencia de anticuerpos del virus de la hepatitis C (VHC) entre los consumidores por vía parenteral es extremadamente alta, aunque los porcentajes difieren ampliamente tanto entre los distintos países como dentro de un mismo país. En Bélgica, Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Irlanda, Italia, Polonia, Portugal, el Reino Unido, Noruega y Rumanía, las tasas de prevalencia registradas entre las muestras de consumidores por vía parenteral analizadas en 2003-2004 fueron superiores al 60 %, mientras que se alcanzaron tasas de prevalencia inferiores al 40 % en muestras obtenidas en Bélgica, la República Checa, Grecia, Chipre, Hungría, Malta, Austria, Eslovenia, Finlandia y el Reino Unido <sup>(191)</sup>.

Existe información sobre la prevalencia de anticuerpos del virus de la hepatitis C entre los consumidores jóvenes por vía parenteral (menores de 25 años) de 14 países, aunque en algunos casos el tamaño de las muestras es reducido. Los resultados son muy variados y algunos países registran cifras elevadas y cifras más reducidas según las distintas muestras. Los porcentajes máximos de prevalencia (superiores al 40 %) entre los consumidores jóvenes por vía parenteral en 2003-2004 se registraron en muestras de Bélgica, Grecia, Austria, Polonia, Portugal, Eslovaquia y el Reino Unido, mientras que las tasas mínimas de prevalencia (inferiores al 20 %) se identificaron en muestras de Bélgica, Grecia, Chipre, Hungría, Malta, Austria, Eslovenia, Finlandia, el Reino Unido y Turquía. Teniendo en cuenta únicamente los estudios a escala nacional realizados con consumidores jóvenes por vía parenteral, las tasas máximas de prevalencia (superiores al 60 %) se obtuvieron en Portugal, mientras que las mínimas (por debajo del 40 %) se registraron en Chipre, Hungría, Malta, Austria y Eslovenia. A pesar de que los procedimientos de muestreo utilizados podrían haber provocado un sesgo hacia un grupo de pacientes de carácter más crónico, la elevada prevalencia de los anticuerpos del virus de la hepatitis C registrada en una muestra nacional en Portugal (67 % entre 108 consumidores por vía parenteral menores de 25 años) sigue siendo preocupante y, además, podría indicar un comportamiento

continuado de alto riesgo entre los jóvenes que consumen droga por vía parenteral (véase también «Tendencias recientes en el registro de nuevos casos de VIH», p. 75).

Los datos sobre la prevalencia de los anticuerpos del VHC entre los nuevos consumidores por vía parenteral (es decir, consumidores que se inyectan la droga desde hace menos de dos años) son escasos y provienen de muestras de tamaño reducido. Sin embargo, representan un indicador de sustitución más adecuado sobre las tasas de incidencia más recientes que los datos sobre consumidores jóvenes por vía parenteral. La información disponible para los años 2003-2004 revela que las tasas máximas de prevalencia entre los nuevos consumidores (superiores al 40 %) se registraron en muestras de Grecia, Polonia, el Reino Unido y Turquía, mientras que las tasas mínimas (por debajo del 20 %) se observaron en muestras de Bélgica, la República Checa, Grecia, Chipre y Eslovenia. Los porcentajes de prevalencia más reducidos se registraron en muestras de tamaño reducido, obtenidas a escala nacional de nuevos consumidores por vía parenteral en Chipre, donde sólo dos de los 23 consumidores analizados (un porcentaje del 9 %) dieron positivo en el análisis de anticuerpos del VHC, y Eslovenia, donde dos de los 32 consumidores analizados dieron positivo (6 %).

### Hepatitis B

La prevalencia de los marcadores del virus de la hepatitis B (VHB) también presenta grandes variaciones tanto entre los distintos países como dentro de un mismo país. Los datos más completos son los relativos a los anti-HBc, que indican que ha habido infección. En 2003-2004, se declararon muestras de consumidores por vía parenteral con una prevalencia superior al 60 % en Italia y Polonia, e inferior al 20 % en Bélgica, Irlanda, Chipre, Austria, Portugal, Eslovenia, Eslovaquia y el Reino Unido. Los datos de notificación de la hepatitis B para el período 1992-2004 muestran una situación muy distinta entre los países que facilitan datos <sup>(192)</sup>. En la región nórdica, la mayor parte de los casos notificados de hepatitis B aguda se dan entre los consumidores por vía parenteral, y los brotes de hepatitis B coinciden con el aumento de esta práctica en varios países. Por ejemplo, los datos relativos a Noruega revelan que la incidencia de infecciones de hepatitis B entre los consumidores por vía parenteral aumentó primero de manera pronunciada entre 1992 y 1998, para registrar a continuación un declive. En Finlandia, las notificaciones de hepatitis B entre los consumidores por vía parenteral han caído en picado en los últimos años, quizá como resultado de los programas de vacunación y el sistema integral de intercambio de jeringuillas y agujas.

<sup>(190)</sup> Véase el gráfico INF-1 (parte i) del boletín estadístico de 2006.

<sup>(191)</sup> Véase el gráfico INF-6 (parte i) del boletín estadístico de 2006.

<sup>(192)</sup> Véase el gráfico INF-12 (parte i) del boletín estadístico de 2006.

## Prevención de las enfermedades infecciosas

### Respuestas eficaces

Varias intervenciones de salud pública han demostrado resultar útiles para reducir el contagio de enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas, y cada vez está más aceptado que, a la hora de ofrecer servicios en este ámbito, las estrategias integrales tiene más probabilidades de éxito. Históricamente, el debate se ha centrado principalmente en la prevención del VIH entre los consumidores por vía parenteral, aunque en la actualidad se reconoce cada vez más la necesidad de aplicar medidas efectivas para prevenir la propagación de la hepatitis, así como la necesidad de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas entre los consumidores que no se inyectan la droga.

Cabe destacar que se dispone de una cantidad mayor de datos que demuestran la efectividad de la prevención de infecciones del VIH entre los consumidores por vía parenteral. El sólido conjunto de pruebas disponibles indica que las intervenciones se pueden considerar efectivas y que el acceso a tratamientos de cualquier tipo proporciona protección (Farrell et al., 2005; OMS, 2005). Desde mediados de los años noventa, la respuesta europea se ha caracterizado por un aumento en la oferta de tratamientos de la drogodependencia (véase el capítulo 2), que parece ser uno de los elementos que, en general, ha contribuido a propiciar la situación europea actual, relativamente alentadora en cuanto al contagio epidémico del VIH entre los consumidores por vía parenteral.

El tratamiento sólo representa una parte de un enfoque integral de prevención del VIH que, además, debe incluir otros elementos, como una serie de técnicas de información, educación y comunicación, asesoramiento voluntario sobre las enfermedades infecciosas y las pruebas pertinentes, vacunaciones y distribución de materiales de inyección esterilizados y otras medidas profilácticas. Estas medidas, junto con los servicios de tratamiento médico en centros de bajo umbral o, en algunas ocasiones, incluso en la calle, pueden ayudar a establecer o mejorar la comunicación con los consumidores activos y sus parejas sexuales sobre el riesgo y la prevención de las consecuencias del consumo de drogas para la salud.

Un compromiso general hacia un enfoque integral no significa que todos estos elementos de servicio se desarrollen ni se respalden en la misma medida a escala nacional. Sin embargo, parece que se está alcanzando cierto nivel de consenso. En una encuesta realizada entre los puntos focales nacionales, tres de cada cuatro participantes señalaron los programas de intercambio de jeringuillas y agujas combinados con asesoramiento y orientación como prioridades en los

programas nacionales que tienen como objeto combatir la transmisión de las enfermedades infecciosas entre los consumidores por vía parenteral (gráfico 11). El hecho de que tantos países reconozcan ahora explícitamente la importancia de proporcionar material de inyección limpio como parte de su estrategia de prevención del VIH demuestra que esta forma de servicio se ha convertido en la corriente principal en la mayor parte de Europa y que ya no se considera un tema polémico. De todas formas, esto no significa que exista un acuerdo unánime sobre los beneficios que comporta. Ni Grecia ni Suecia lo consideran una prioridad política, aunque, en general, en la UE se observa una tendencia relativamente homogénea sobre la puesta en práctica de medidas en este ámbito <sup>(193)</sup>, y todos los países excepto Chipre han informado de la existencia de programas para el intercambio o distribución de agujas y jeringuillas esterilizadas <sup>(194)</sup>.

### Tipos de programas de intercambio de agujas y jeringuillas en los países europeos

En la actualidad, casi todos los países europeos distribuyen materiales de inyección esterilizados, aunque la naturaleza y el alcance del servicio son distintos en cada país. El modelo más común es proporcionar el servicio en un lugar fijo, normalmente un centro especializado en drogodependencia, pero a menudo este tipo de servicio se complementa con servicios móviles que intentan llegar hasta los consumidores dentro de entorno de su comunidad. Las máquinas de intercambio o expendedoras de jeringuillas complementan las prestaciones disponibles de los programas de agujas y jeringuillas en ocho países <sup>(195)</sup>, pero aparentemente estos servicios quedan limitados a unos cuantos puntos y sólo en Francia y Alemania informan de una oferta importante (entre 200 y 250 máquinas respectivamente). España es el único país de la UE donde el servicio de intercambio de agujas y jeringuillas está disponible de forma regular en los centros penitenciarios: en 2003, 27 prisiones disponían de este servicio. El único país de la UE que también ha informado de actividades en este ámbito es Alemania, donde el servicio se ofrece solamente en una prisión.

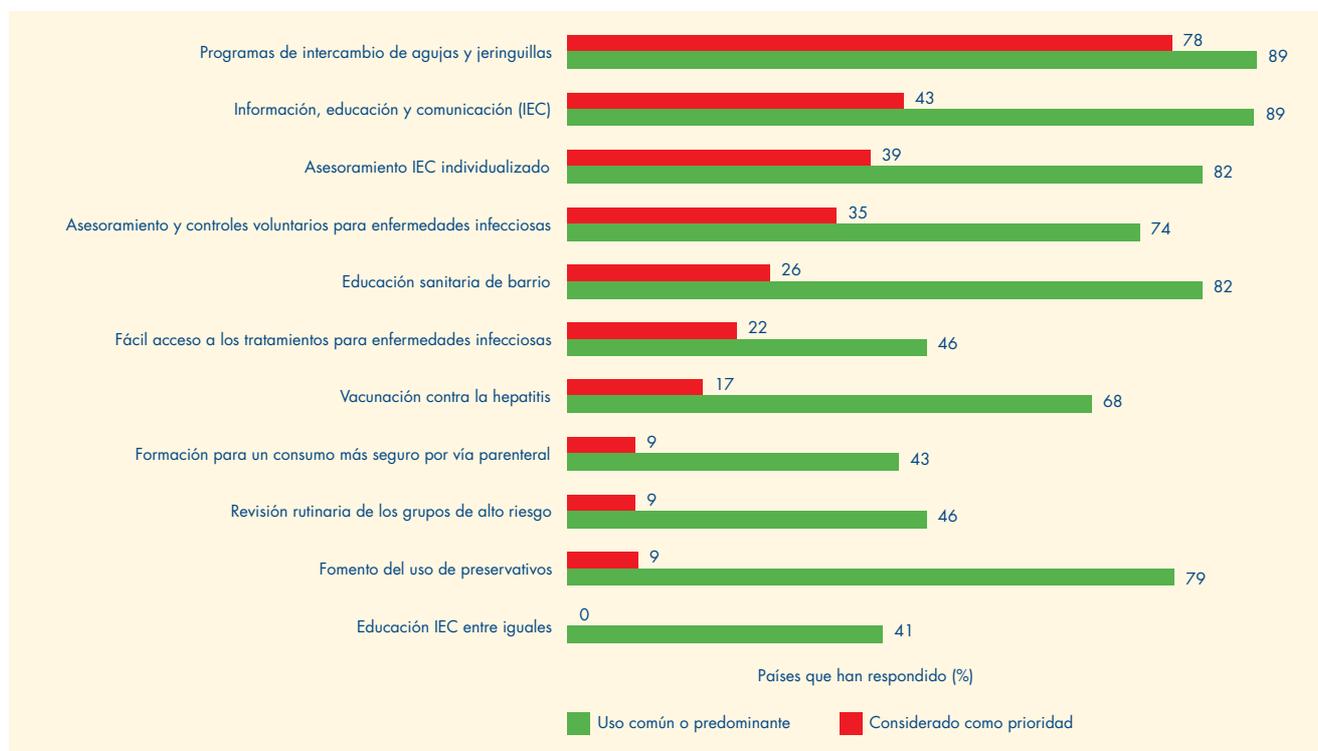
Los programas de intercambio en las farmacias también contribuyen a ampliar la cobertura geográfica del servicio y, además, la venta de jeringuillas limpias en las farmacias podría aumentar su disponibilidad. La venta de jeringuillas sin receta médica está permitida en todos los países de la UE a excepción de Suecia, aunque algunos farmacéuticos se muestran poco dispuestos a hacerlo y otros se oponen activamente a que las personas drogodependientes frecuenten su establecimiento. En nueve países europeos (Bélgica, Dinamarca, Alemania, España, Francia, Países Bajos, Portugal, Eslovenia y Reino Unido) existen redes formalmente organizadas de distribución o intercambio de jeringuillas en las farmacias, aunque la participación en este tipo de programas varía considerablemente, desde casi la mitad de las farmacias en Portugal (45 %) hasta menos del 1 % en Bélgica.

<sup>(193)</sup> Véase el gráfico NSP-3 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(194)</sup> Para consultar un breve resumen sobre las pruebas de la eficacia de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, véase el Informe anual de 2005 (p. 72).

<sup>(195)</sup> Véase el cuadro NSP-2 del boletín estadístico de 2006.

**Gráfico 11.** Prioridad y alcance de medidas seleccionadas para prevenir las enfermedades infecciosas en consumidores de droga, según expertos nacionales: resumen de los países que han respondido



N.B.: Clasificación de las prioridades de 23 países de la UE, más Bulgaria y Noruega. Los países que no participaron fueron Irlanda, Chipre, Lituania y los Países Bajos. Sobre la «extensión del consumo» se pronunciaron expertos de los 25 países de la UE más Bulgaria y Noruega. Las comunidades francesa y flamenca de Bélgica respondieron por separado, lo que se tradujo en un total de 28 respuestas.

Fuentes: Encuesta SQ 23 (2004) de los expertos, de los puntos focales nacionales, pregunta n° 5.

### ¿Se distribuyen suficientes jeringuillas en Europa?

Si bien casi todos los Estados miembros disponen de programas de intercambio de agujas y jeringuillas, el impacto de estas intervenciones depende de si el nivel de suministro es suficiente para cubrir las necesidades de los consumidores por vía parenteral.

Nueve países han facilitado recientemente estimaciones sobre el número de consumidores por vía parenteral y el número de jeringuillas distribuidas a través de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas. A partir de estos datos es posible calcular de forma aproximada el total anual de jeringuillas disponibles por cada consumidor por vía parenteral<sup>(1)</sup>. Según la información más reciente, las tasas de cobertura de este tipo de programas varían considerablemente. Por ejemplo, el número estimado de jeringuillas distribuidas anualmente por cada consumidor por vía parenteral se sitúa entre 2 y 3 en Grecia, entre 60 y 90 en la República Checa, Letonia, Austria y Portugal, en torno a las 110 en Finlandia, 210 en Malta y más de 250 en Luxemburgo y Noruega. Además, las jeringuillas también se suministran a través de las farmacias. La información recabada en la República Checa y Finlandia permite calcular la disponibilidad general de las jeringuillas. Si sumamos la distribución y la venta de este producto, los datos sugieren que los consumidores por vía parenteral disponen de una media anual de 125 jeringuillas en la República Checa y de 140 jeringuillas en Finlandia.

Es bien sabido que existe un gran número de factores que repercuten en la frecuencia de consumo por vía parenteral, como las pautas de consumo, el nivel de dependencia y el tipo de droga consumido. Un estudio reciente que analiza la relación entre la prevalencia de VIH y la cobertura de los programas de distribución de jeringuillas revela que determinados comportamientos, a saber, la frecuencia de consumo por vía parenteral y la reutilización personal de las jeringuillas, influyen de manera decisiva en el nivel de distribución de jeringuillas necesario para lograr un descenso sustancial en la prevalencia de VIH (Vickerman et al., 2006).

La medición de la oferta de jeringuillas disponibles es un componente de gran importancia para comprender los efectos que esta medida puede tener en la prevención de enfermedades y para evaluar las necesidades que todavía no están cubiertas. No obstante, a la hora de interpretar estos datos hay que tener en cuenta la disponibilidad de venta de jeringuillas en las farmacias (precios, densidad de la red farmacéutica), además de las pautas de comportamiento de los consumidores por vía parenteral y los factores del entorno. Esta cuestión se analiza con más profundidad en el boletín estadístico de 2006.

(1) Para consultar las notas técnicas, véase el boletín estadístico de 2006.

En Irlanda del Norte, el intercambio de agujas y jeringuillas se organiza actualmente sólo a través de las farmacias.

Para algunos consumidores por vía parenteral la adquisición de jeringuillas en las farmacias podría representar una importante oportunidad de contacto con el sistema sanitario que, a su vez, podría conducirlos a otros servicios de asistencia. Para desarrollar los servicios que las farmacias ofrecen a los consumidores de drogas se podrían llevar a cabo tareas a fin de motivar y apoyar a los farmacéuticos. Esta estrategia podría tener un peso sustancial a la hora de ampliar el papel de las farmacias, pero hasta la fecha sólo Francia, Portugal y el Reino Unido parecen estar realizando esfuerzos sustanciales en esta dirección.

## Mortalidad y muertes relacionadas con las drogas

### Mortalidad entre consumidores problemáticos

La mayor parte de la información sobre la mortalidad entre los consumidores problemáticos de drogas en Europa hace referencia a los consumidores de opiáceos. La mortalidad causada por el consumo de otros tipos de drogas es menos conocida, aunque continúa siendo un problema importante para la salud pública.

Un estudio realizado en colaboración con otras entidades, que se originó como parte de un proyecto del OEDT, examinó las tasas de mortalidad entre los consumidores de opiáceos que reciben tratamiento en ocho lugares de Europa <sup>(196)</sup>. Este estudio reveló una tasa muy elevada de mortalidad entre los consumidores de opiáceos comparado con el correspondiente grupo de edad de la población general: entre 6 y 20 veces superior entre los hombres y entre 10 y 50 veces superior entre las mujeres. Además, se calcula que en seis localidades europeas (Amsterdam, Barcelona, Dublín, Londres, Roma y Viena) entre el 10 % y el 23 % de la mortalidad total entre adultos de 15 a 49 años de edad podría atribuirse al consumo de opiáceos, en su mayor parte causada por sobredosis, sida y causas externas (accidentes, suicidios). En torno a un tercio de estas muertes relacionadas con el consumo de drogas se debieron a sobredosis, aunque esta proporción es mayor en las ciudades con una prevalencia reducida de infección de VIH entre los consumidores por vía parenteral y probablemente aumentará cuando se haya ampliado la disponibilidad de la terapia antirretroviral altamente activa (HAART).

Un estudio sobre la mortalidad de cohortes llevado a cabo en la República Checa revela que la mortalidad entre los consumidores de estimulantes es de 4 a 6 veces superior (tasa de mortalidad estandarizada) que entre la población general, mientras que, en el caso de los consumidores de opiáceos, es de 9 a 12 veces superior. Un estudio de

cohorte francés que realizó un seguimiento de personas detenidas por consumo de heroína, cocaína o crack indica que la tasa de mortalidad masculina es 5 veces superior y la femenina, 9,5 veces superior que la de la población general, aunque presenta una tendencia a la baja.

A medida que los consumidores de opiáceos envejecen, va aumentando la tasa de mortalidad relacionada con las muertes provocadas por enfermedades crónicas (como la cirrosis, el cáncer, las enfermedades respiratorias, la endocarditis o el sida), que se suman a las muertes por causas externas distintas de la sobredosis, como el suicidio y la violencia (informes nacionales de los Países Bajos de 2004 y 2005, datos del servicio sanitario municipal de Amsterdam). Además, las condiciones de vida de los consumidores (falta de hogar, enfermedad mental, violencia, malnutrición) pueden contribuir de forma importante a la elevada mortalidad entre este grupo.

En el año 2002 se registraron 1 528 muertes por sida relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral <sup>(197)</sup>, aunque esta cifra es seguramente una estimación a la baja. Existen otras causas de muerte relacionadas con el consumo de drogas, como enfermedades (por ejemplo, la hepatitis), la violencia y los accidentes, que resultan más difíciles de evaluar, pero seguramente implican un porcentaje importante de muertes. Se estima que entre el 10 % y el 20 % de las muertes de adultos jóvenes en las ciudades europeas se pueden atribuir al consumo de opiáceos (véase más arriba). A esta cifra debería añadirse la mortalidad relacionada con el consumo de otros tipos de drogas, pero es muy complicado cuantificar este porcentaje.

### Muertes relacionadas con las drogas

El concepto de muerte relacionada con las drogas es complejo. En algunos informes se hace referencia sólo a las muertes causadas directamente por el efecto de sustancias psicotrópicas, mientras que en otros también se incluyen las muertes en las que el consumo de drogas ha desempeñado un papel indirecto o circunstancial (accidentes de tráfico, violencia, enfermedades infecciosas). De acuerdo con un informe reciente que analiza los tipos de daños causados por el consumo de drogas ilegales en el Reino Unido, las muertes relacionadas con las drogas representan el principal daño vinculado al consumo de drogas (MacDonald et al., 2005).

En este apartado y en el protocolo del OEDT, el término «muertes relacionadas con las drogas» hace referencia a las muertes causadas directamente por el consumo de una o más drogas que, por regla general, ocurren poco después del consumo de la sustancia o sustancias. Otros términos utilizados para describir este tipo de muertes son

<sup>(196)</sup> Amsterdam, Barcelona, Dublín, Dinamarca, Lisboa, Londres, Roma y Viena. Las estimaciones de mortalidad de la población no incluyen Lisboa ni Dinamarca. Véase OEDT (2002b).

<sup>(197)</sup> Véase el EuroHIV (2005). La cifra se refiere a las zonas occidental y central de la región europea de la OMS, que incluyen algunos países no miembros de la UE, y el total de muertes en Estonia, Letonia y Lituania (zona oriental).

«sobredosis», «envenenamientos», «muertes inducidas por drogas» o «muertes súbitas por consumo de drogas» <sup>(198)</sup>.

Entre los años 1990 y 2003, los Estados miembros de la UE informaron de entre 6 500 y 9 000 muertes anuales, con un total de más de 113 000 muertes durante este período. Estas cifras se pueden considerar una estimación a la baja debido a que es probable que en muchos países no se notifiquen todos los casos <sup>(199)</sup>.

Las tasas de mortalidad de la población debidas a muertes relacionadas con las drogas son muy diversas en los distintos países europeos y oscilan entre 0,2 y 50 muertes por millón de habitantes (una media de 13). En la mayoría de países, la proporción se sitúa entre 7 y 30 muertes por millón de habitantes, con tasas superiores a 25 en Dinamarca, Estonia, Luxemburgo, Finlandia, el Reino Unido y Noruega. Entre la población masculina de 15 a 39 años de edad, las tasas de mortalidad suelen ser 3 veces mayores (con una media de 40 muertes por millón de habitantes), y siete países presentan tasas superiores a 80 muertes por millón de habitantes. Las muertes relacionadas con las drogas representaron un 3 % del total de muertes entre los europeos de 15 a 39 años en el bienio 2003-2004, y más de un 7 % en Dinamarca, Grecia, Luxemburgo, Malta, Austria, el Reino Unido y Noruega. Estos porcentajes deben considerarse estimaciones a la baja y hay que tener en cuenta que, a pesar de las mejoras, todavía existen diferencias significativas en la calidad de los informes de los distintos países. Por este motivo, cualquier comparación directa debe realizarse con prudencia <sup>(200)</sup>.

### Muertes por opiáceos

Los opiáceos están presentes en la mayoría de casos de «muertes súbitas por consumo de drogas» causadas por sustancias ilegales que se registran en la UE, aunque en muchos casos se detectan también otras sustancias en los exámenes toxicológicos, concretamente, alcohol, benzodiazepinas y, en algunos países, cocaína. En Europa, la mayor parte de casos de muertes por opiáceos están vinculados a la heroína, pero también hay otros opiáceos presentes en este tipo de muertes (véase más adelante) <sup>(201)</sup>.

En Europa, la sobredosis por opiáceos es una de las causas principales de muerte entre los jóvenes, en especial entre la población masculina en las zonas urbanas. Hoy en día, la sobredosis también es la causa principal de muerte

entre los consumidores de opiáceos en el conjunto de la UE y, en particular, en los países con una prevalencia baja de VIH entre los consumidores por vía parenteral (véase «Mortalidad entre consumidores problemáticos» p. 81).

La mayoría de consumidores que sufren sobredosis son hombres <sup>(202)</sup>: representan entre un 65 % y un 100 % de los casos y, en la mayoría de países, la proporción oscila entre un 75 % y un 90 %. Los países donde se registran las tasas más elevadas de sobredosis entre las mujeres son la República Checa, Polonia y Finlandia y las más bajas, en Grecia, Italia y Chipre. Estos datos deben interpretarse teniendo en cuenta la diferencia que existe entre las tasas de consumo de opiáceos y consumo por vía parenteral de la población masculina y femenina.

La mayoría de víctimas por sobredosis tienen entre 20 y 40 años de edad, con una media de unos 35 años en la mayor parte de países (aunque el margen varía de 20 a 44 años). La edad media más baja de este tipo de víctimas se registra en Estonia, Eslovenia, Bulgaria y Rumanía y la más alta en la República Checa, los Países Bajos, Polonia y Finlandia. Se declaran muy pocos casos de víctimas por sobredosis menores de 15 años (17 casos de un total de 7 516 muertes, según los datos disponibles más recientes de cada país), aunque es posible que no se hayan notificado todos los casos en este grupo de edad. Las cifras del OEDT incluyen algunas muertes entre la población de más de 65 años, aunque sólo siete países informan de que el porcentaje de casos relativo a este grupo de edad supera el 5 % <sup>(203)</sup>.

En algunos de los nuevos Estados miembros (Chipre, Estonia, Letonia, Eslovaquia), así como en Bulgaria y Rumanía la edad media en el momento de la muerte es comparativamente baja, y se observa una elevada proporción de casos de sobredosis en menores de 25 años, factor que podría indicar la existencia de un segmento más joven de la población que consume heroína en estos países. La edad media elevada registrada en la República Checa se debe a la inclusión de numerosas muertes causadas por medicamentos psicotrópicos (gráfico 12).

En muchos Estados miembros, la edad de las víctimas por sobredosis está aumentando, lo que sugiere un descenso de la iniciación a la heroína entre los jóvenes. Esta tendencia es común en los antiguos Estados miembros y se ha observado desde principios de los años noventa, aunque en Suecia y el

<sup>(198)</sup> Esta es la definición acordada por el grupo de expertos nacionales del OEDT. Casi todos los países disponen de definiciones nacionales, que actualmente son idénticas o relativamente parecidas a las del OEDT, aunque algunos países incluyen casos de muertes debidas a medicamentos psicoactivos o muertes no producidas por sobredosis, por lo general en un porcentaje limitado (véanse las notas metodológicas «Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues» [Resumen de las muertes relacionadas con las drogas: definiciones y cuestiones metodológicas] del boletín estadístico de 2006: apartado 1: definición del OEDT y apartado 2: definiciones nacionales, y «DRD Standard Protocol, version 3.0» [Protocolo Estándar DRD, versión 3.0]).

<sup>(199)</sup> Véanse los cuadros DRD-2 (parte i), DRD-3 y DRD-4 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(200)</sup> Véase el cuadro DRD-1 (parte iii y parte iv) del boletín estadístico de 2006.

<sup>(201)</sup> Véase el gráfico DRD-1 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(202)</sup> La mayoría de casos notificados al OEDT son sobredosis por opiáceos. Por lo tanto, las características generales de las muertes agudas relacionadas con las drogas se utilizan para la descripción de los casos de opiáceos.

<sup>(203)</sup> Véase el cuadro DRD-1 del boletín estadístico de 2006.

Reino Unido es menos pronunciada. En los nuevos Estados miembros la tendencia es menos clara y, en muchos casos, incluso se observa un descenso en la edad media <sup>(204)</sup>.

### Muertes por metadona

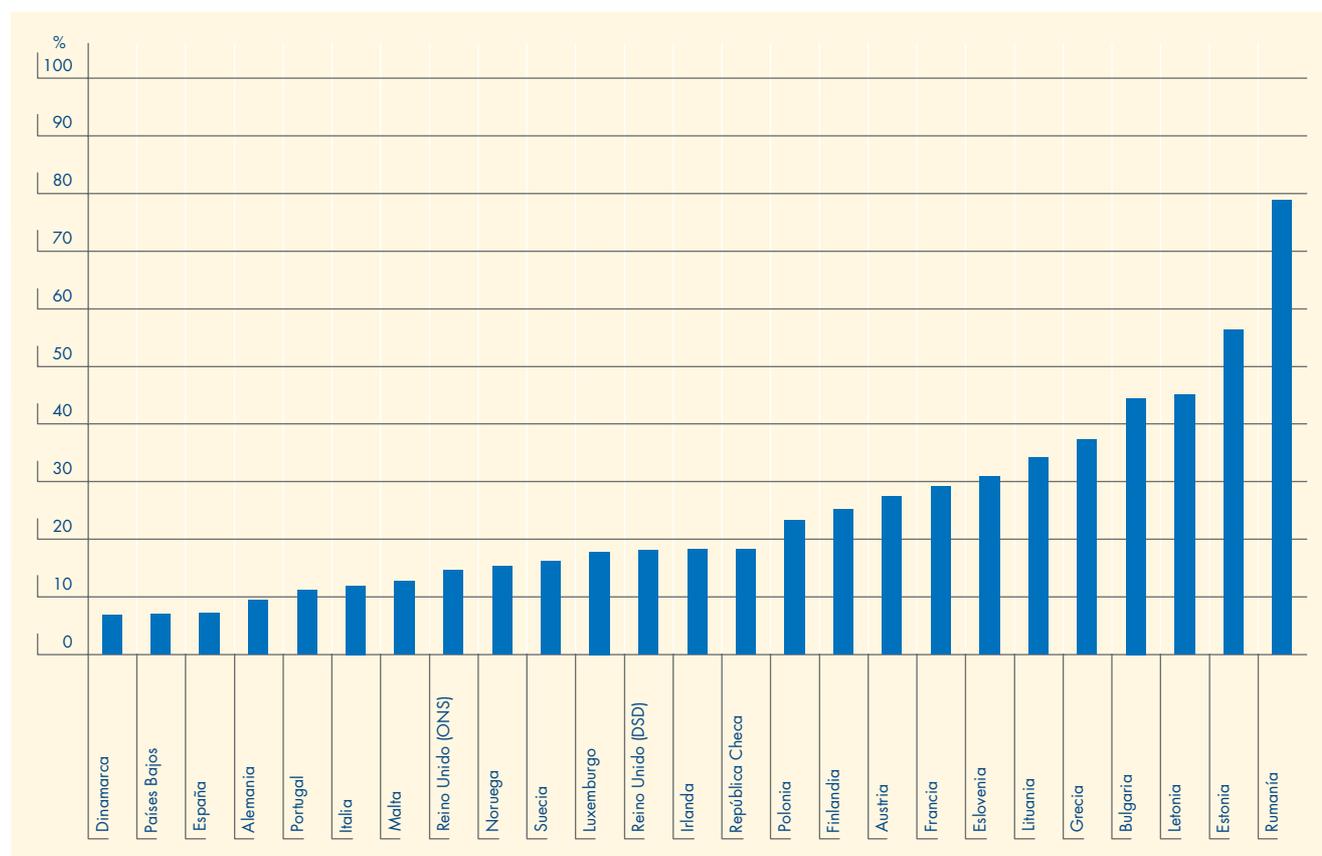
Varios países han señalado la presencia de metadona en un porcentaje importante de muertes relacionadas con las drogas en los informes nacionales de la red Reitox de 2005. La terminología empleada varía según el país y, en algunos casos, es difícil valorar con precisión el papel de la metadona en estas muertes.

Dinamarca ha informado de que la metadona (por sí sola o combinada con otras sustancias) fue la causa del envenenamiento en el 44 % de las muertes (95 de 214 casos en 2004), una proporción similar a la registrada en el año 2003, pero con un claro incremento respecto a 1997. Alemania ha declarado que 345 casos son imputables a «sustancias de sustitución» (46, sustancia sola, y 299, en combinación con otros narcóticos, en 2004), con un claro descenso respecto al año 2002. El Reino Unido ha

informado de 216 casos con «mención» de metadona (Inglaterra y Gales en 2003), también con un claro descenso respecto a 2002. España ha señalado que se han registrado menos casos de sobredosis por metadona como única sustancia (2 %), pero que a menudo está presente en combinación con otras sustancias en las muertes causadas por opiáceos (42 %) y cocaína (20 %). En otros países no se han registrado muertes causadas por la metadona o bien las cifras mencionadas son ínfimas. Se desconocen los factores que causan estas diferencias y tampoco se sabe si en algunos países no se declaran todos los casos <sup>(205)</sup>.

A pesar de que los estudios indican que el tratamiento de sustitución reduce el riesgo de muerte por sobredosis, es importante realizar un seguimiento del total de muertes relacionadas con la metadona y las circunstancias que rodean la muerte (la fuente de la que proviene la sustancia, si fue consumida junto con otras sustancias, la fase del tratamiento en que ha ocurrido la intoxicación) como parte del aseguramiento de la calidad de programas de sustitución.

**Gráfico 12.** Porcentaje de muertes súbitas por consumo de drogas entre menores de 25 años en 2002



N.B.: ONS, oficina de estadísticas nacionales; DSD, definición de la estrategia en materia de drogas. El año 2002 se tomó como referencia, ya que es el año sobre el cual la mayoría de países disponen de información.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2005), extraídos de los registros de mortalidad general o registros especiales (forenses o policiales). Basados en las definiciones nacionales, tal y como se incluyen en las notas metodológicas sobre muertes relacionadas con las drogas del boletín estadístico de 2006.

<sup>(204)</sup> Véanse los gráficos DRD-3 y DRD-4 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(205)</sup> El OEDT está realizando un estudio de campo que pretende mejorar la calidad de la información proporcionada sobre las sustancias vinculadas con las muertes relacionadas con las drogas, incluidas las sustancias de sustitución.

### Muertes por buprenorfina y fentanilo

Las muertes por envenenamiento de buprenorfina son poco frecuentes, factor que se atribuye a las características farmacológicas agonista-antagonista de esta droga. No obstante, algunos países europeos han informado de defunciones causadas por estas sustancias.

En los informes nacionales de 2005, únicamente Francia y Finlandia registraron casos de muertes relacionadas con la buprenorfina. En Finlandia, se detectó buprenorfina en 73 personas que fallecieron por causas relacionadas con la droga en 2004, el mismo número que en 2003, y en general aparecía combinada con benzodiazepinas, sedantes y alcohol. Las elevadas cifras obtenidas coinciden con el aumento de los tratamientos con buprenorfina en Finlandia, aunque el número de pacientes tratados es mucho menor que los aproximadamente 70 000 a 85 000 pacientes que reciben buprenorfina en Francia. Por este motivo es interesante observar que en Francia sólo se detectaron cuatro casos de sobredosis por buprenorfina en 2004 (en comparación con los ocho casos de 2003). Incluso si tenemos en cuenta que no se han declarado todos los envenenamientos en Francia, la magnitud de la diferencia entre las cifras es sorprendente. Además de Francia y Finlandia, otros tres países han registrado casos (sólo dos o tres casos en cada país) de muertes relacionadas con esta sustancia, aunque no existen pruebas que demuestren que la buprenorfina es la causa principal de las muertes.

En años anteriores, los países del Mar Báltico informaron de muertes causadas por fentanilo, pero en los informes nacionales de 2005 no aparecen casos de este tipo.

### Tendencias de las muertes por intoxicación aguda con drogas

Las tendencias nacionales de muertes relacionadas con las drogas pueden proporcionar una mejor percepción del desarrollo de las pautas de consumo problemático de drogas en cada país, como las epidemias de heroína y comportamientos de alto riesgo (como el consumo por vía parenteral), así como la oferta de tratamientos e incluso las variaciones en la disponibilidad de la heroína. También pueden ser un indicador del éxito de las políticas de los servicios médicos de urgencias para prevenir las sobredosis mortales <sup>(206)</sup>.

La información disponible sobre la UE muestra algunas tendencias generales con respecto a las muertes relacionadas con las drogas. Entre los antiguos Estados miembros, se registró un fuerte incremento durante los años ochenta y principios de los años noventa, que quizá coincidía con el aumento en el consumo de heroína y el consumo por vía parenteral. Las muertes por consumo de drogas continuaron aumentando entre 1990 y 2000, aunque de una forma menos destacada (gráfico 13). El total anual de muertes relacionadas con las drogas en los Estados miembros que

han facilitado datos (la mayoría de Estados miembros, tanto nuevos como antiguos) aumentó en un 14 %, pasando de 8 054 personas en 1995 a 9 392 personas en 2000.

Desde el año 2000 un nutrido número de países de la UE han informado de un descenso en el número de muertes relacionadas con las drogas, posiblemente debido al aumento de la disponibilidad de tratamientos e iniciativas de reducción de daños, aunque el descenso en la prevalencia del consumo de drogas también podría ser relevante. A escala europea, las muertes causadas por drogas disminuyeron en un 6 % en 2001, un 13 % en 2002 y un 7 % en 2003. A pesar de estas mejoras, en 2003 se siguieron registrando cerca de 7 000 muertes relacionadas con las drogas (no hay datos disponibles de Bélgica, España ni Irlanda). No obstante, entre los países que aportaron información en 2004 (19), se registró un pequeño incremento del 3 %. Las conclusiones para el año 2004 deben extraerse con cautela; aun así, 13 de los 19 países que facilitaron datos registraron un cierto aumento de las cifras.

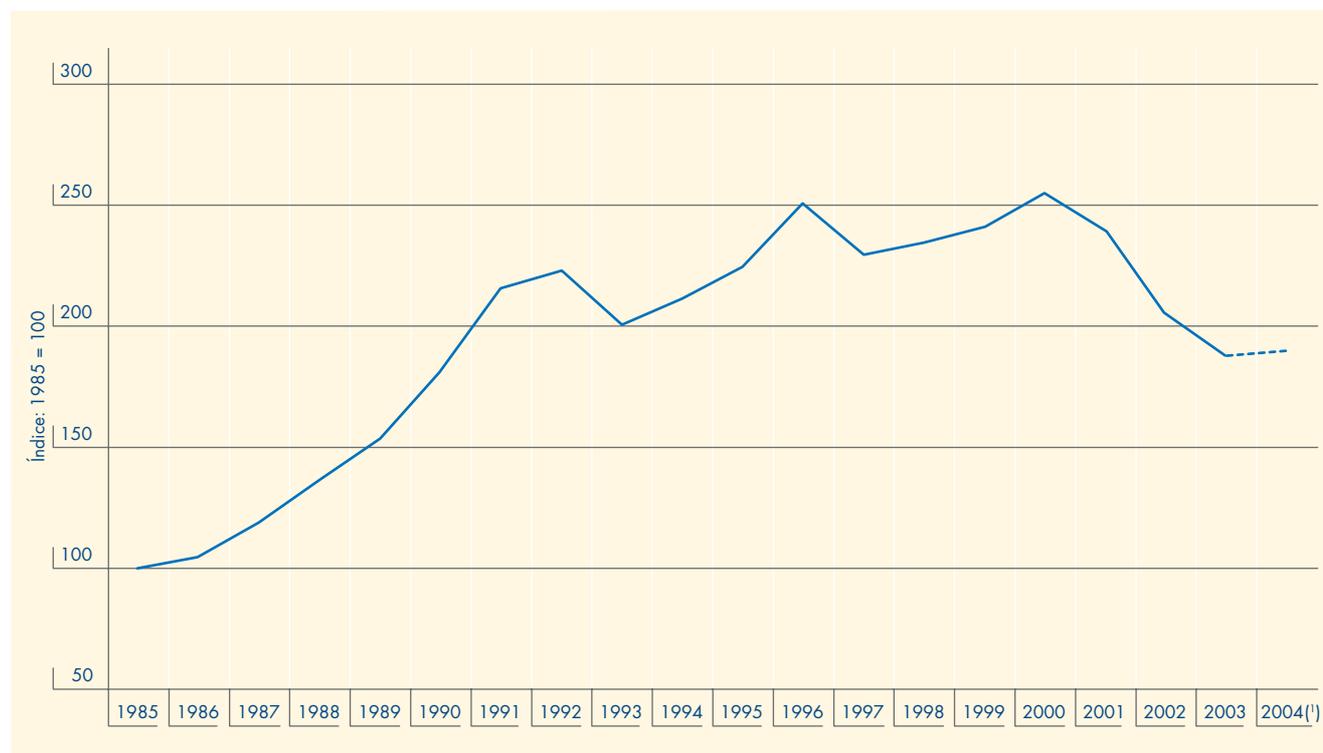
Existe una importante discrepancia entre las tendencias de los antiguos y los nuevos Estados miembros en cuanto al número de muertes entre las personas menores de 25 años. En los antiguos Estados miembros se ha registrado un descenso constante desde 1996, que indica un declive en el número de consumidores jóvenes de opiáceos por vía parenteral. Por otro lado, en los nuevos Estados miembros se observó un aumento vertiginoso hasta el período 2000-2002, seguido de un aparente descenso a partir de 2003 <sup>(207)</sup>. También se observan diferencias de género. El total de hombres que fallecieron por causas relacionadas con las drogas aumentó progresivamente desde 1990 hasta 2000 y, a continuación, experimentó un marcado declive (del orden de un 30 % hasta 2003), mientras que el número de víctimas de sexo femenino se mantuvo aproximadamente estable entre 1990 y 2000, oscilando entre 1 700 y 2 000 muertes anuales y, desde entonces, sólo ha disminuido en un 15 %. Estas diferencias podrían deberse a varios factores, como los distintos grados de eficacia de las intervenciones o las diferencias de los factores de riesgo entre sexos <sup>(208)</sup>.

En países donde se dispone de series de datos más completas se pueden observar distintas pautas en las muertes relacionadas con las drogas. En algunos países este tipo de muertes alcanzaron el nivel máximo a principios de los años noventa y, a continuación, disminuyeron. Este es el caso de Alemania, donde las muertes relacionadas con las drogas alcanzaron su punto álgido en 1991-1992, España (1991), Francia (1994) e Italia (1991). En otros países como, por ejemplo, Grecia, Irlanda, Portugal, Finlandia, Suecia y Noruega, las cifras más elevadas de muertes causadas por las drogas se registraron más adelante, entre 1998 y 2001, y durante los siguientes años experimentaron un descenso. En otros países la evolución es menos evidente o bien las

<sup>(206)</sup> Véase el gráfico DRD-7 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(207)</sup> Véase el gráfico DRD-5 del boletín estadístico de 2006.

<sup>(208)</sup> Véase el gráfico DRD-6 del boletín estadístico de 2006.

**Gráfico 13.** Tendencia a largo plazo de las muertes súbitas por consumo de drogas, 1985-2004


(<sup>1</sup>) Diez países proporcionaron información para 2004 y seis países no facilitaron datos para este año. Por lo tanto, la cifra relativa a 2004 es provisional, y se basa en una comparación entre los datos de 2003 y 2004 solamente en el caso de los países que facilitaron datos de ambos años.

N.B.: Los nuevos Estados miembros y los países candidatos no se incluyen en este gráfico, ya que, en la mayoría de casos, no disponen de información retrospectiva. Para consultar el número de muertes en cada país y las notas metodológicas, véase el cuadro DRD-2 del boletín estadístico de 2006.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2005), extraídos de los registros de mortalidad general o registros especiales (forenses o policiales).

tasas son más estables. A pesar de que estas cifras deben interpretarse con prudencia, debido al número relativamente reducido de muertes relacionadas con las drogas registrado en algunos países, estas pautas se pueden vincular a las tendencias en el consumo de heroína por vía parenteral (<sup>209</sup>).

### Muertes relacionadas con el éxtasis y las anfetaminas

Las muertes relacionadas con el éxtasis comenzaron a registrarse en Europa durante los años noventa, cuando esta droga empezó a ser conocida. Las muertes causadas por esta droga suelen ser motivo de una gran preocupación, ya que a menudo ocurren inesperadamente y entre jóvenes integrados en la sociedad.

La información disponible sobre las muertes por este tipo de droga es limitada, aunque los datos de los informes nacionales de la red Reitox de 2005 sugieren que continúan siendo poco usuales comparadas con las muertes por opiáceos. Sin embargo, en algunos países la cifra de muertes por éxtasis no es desdeñable. En Europa, existen 77 casos de muertes registradas, que deberían considerarse una estimación a la baja (<sup>210</sup>). Estos casos se registraron en

Dinamarca (2), Alemania (20), Francia (4), Hungría (3) y el Reino Unido (con «mención» del éxtasis en 48 casos, 33 en Inglaterra y Gales), donde probablemente los registros son mejores que en otros países. En España, el éxtasis estuvo presente en un 2,5 % de las intoxicaciones por drogas.

Se ha hablado a menudo del problema del riesgo asociado al consumo de éxtasis. Teniendo en cuenta el margen de error en las estimaciones de prevalencia basadas en encuestas y las dificultades para notificar las muertes relacionadas con las drogas, si dividimos el número de muertes anuales por el número de consumidores al año (<sup>211</sup>) (personas con riesgo potencial), las tasas resultantes son de 5 a 8 casos y de 2 a 5 casos por cada 100 000 consumidores en los dos países en los cuales podemos realizar este cálculo.

Las muertes por anfetaminas tampoco son frecuentes, aunque en 2004 se informó de 16 muertes atribuidas al pervitín (metanfetamina) en la República Checa, casi el doble de la cifra registrada en 2003. Estos resultados se corresponden con el aumento del número estimado de consumidores problemáticos de pervitín y las solicitudes de tratamiento. Para consultar más información sobre las muertes por GHB, véase el capítulo 4.

(<sup>209</sup>) Véase el gráfico DRD-7 del boletín estadístico de 2006.

(<sup>210</sup>) Según el país, las cifras corresponden al año 2003 o 2004, para el éxtasis y la cocaína.

(<sup>211</sup>) Consumo en los últimos 12 meses en encuestas de población.

## Muertes relacionadas con la cocaína

Cada vez es mayor la preocupación por los riesgos que el consumo de cocaína puede entrañar para la salud, especialmente debido a la tendencia al alza del consumo recreativo que se observa en algunos países entre los jóvenes y el consumo entre las personas que reciben tratamiento y los grupos marginados.

Es frecuente el consumo de cocaína entre los consumidores de opiáceos y resulta normal encontrar cocaína en los análisis toxicológicos de los casos de sobredosis por opiáceos, además de otras sustancias como el alcohol y las benzodiazepinas. La cocaína se suele consumir junto con alcohol, una combinación que puede aumentar su toxicidad.

Las estadísticas disponibles actualmente sobre las muertes por cocaína en Europa son limitadas y la diferencia entre los criterios que se utilizan para determinar los casos relacionados con esta droga hace que sea imposible comparar los datos. Además, es posible que algunas defunciones relacionadas con esta droga no se detecten o bien no se declaren, por lo que hay que tener en cuenta que los informes no recogen todos los casos. La información existente revela que muchas muertes por cocaína también están relacionadas con los opiáceos.

Entre los países que facilitaron información, se registraron más de 400 muertes por cocaína en los informes nacionales de 2005. Esta cifra puede considerarse una estimación a la baja. En la mayoría de los casos, la cocaína parece haber sido determinante, aunque esta conclusión no siempre queda clara en los informes. Nueve países no mencionan explícitamente ni la existencia ni la ausencia de fallecimientos relacionados con la cocaína. En general, la cocaína representa de un 0 % a un 20 % de las muertes súbitas por consumo de drogas declaradas, mientras que en Alemania, Francia, España, los Países Bajos y el Reino Unido el porcentaje de este tipo de muertes se sitúa entre el 10 % y el 20 %. Varios países registraron muertes en las que la cocaína fue determinante (por sí sola o en combinación con otras sustancias): Alemania (166), España (53), Francia (14), los Países Bajos (20) y el Reino Unido (142 «menciones», 113 en Inglaterra y Gales). Nueve países registraron entre cero y dos casos. Además, en algunos países se encuentra con frecuencia cocaína en los análisis toxicológicos de sobredosis por consumo de opiáceos. Es difícil determinar las tendencias con precisión a partir de la limitada información disponible, pero parece existir cierta tendencia al alza entre los países que registran un mayor número de casos, es decir, Alemania, Francia, España, los Países Bajos y el Reino Unido, aunque en los Países Bajos no se ha observado ningún incremento en los últimos dos años.

Además, la cocaína puede ser uno de los factores causantes de muertes provocadas por problemas cardiovasculares (arritmias, infarto de miocardio y hemorragias cerebrales), especialmente en los consumidores con predisposición, con factores de riesgo (fumadores, hipertensión, angiomas) o de edad

avanzada, aunque puede ser que en la actualidad muchas de estas muertes no se contabilicen por falta de sensibilización. Es necesario seguir investigando en este ámbito.

## Reducción de las muertes relacionadas con las drogas

### Respuestas efectivas

Llegar hasta los grupos de consumidores que no reciben tratamiento y establecer vínculos para la comunicación son condiciones previas para controlar y proporcionar información sobre los riesgos, así como para mediar en el acceso a los servicios, incluido el tratamiento.

Las investigaciones sobre las circunstancias de las sobredosis han permitido desarrollar intervenciones dirigidas a situaciones o personas de alto riesgo. Estas medidas pueden contribuir a reducir considerablemente el número de muertes atribuibles a los efectos inmediatos del consumo de droga. El papel de las distintas intervenciones en la reducción del total de muertes por intoxicación aguda con sobredosis de drogas queda resumido en una nota reciente del OEDT sobre la política en materia de drogas (OEDT, 2004d).

La mayoría de casos de sobredosis mortales que se registran en Europa están relacionados con el consumo de heroína. Por este motivo, el aumento de la proporción de consumidores de esta droga que reciben tratamiento se puede considerar una medida de prevención de sobredosis. La modesta inversión de la tendencia de muertes por sobredosis observada en algunos Estados miembros puede atribuirse a distintos factores, como el descenso de la prevalencia y las tasas de consumo por vía parenteral, el mayor esfuerzo en el ámbito de la prevención, la mayor oferta y aceptación de tratamientos, junto con una mayor retención, y la posible reducción de comportamientos de riesgo.

### Perfil de las respuestas

En la mayoría de países, según la opinión de los expertos sobre la aplicación de distintas estrategias de intervención para reducir el número de muertes por sobredosis, el tratamiento de sustitución a base de opiáceos es la medida más beneficiosa<sup>(212)</sup>. En Hungría y Suecia, aunque se ofrece este tipo de tratamiento, no se considera un medio adecuado para reducir el número de muertes relacionadas con las drogas. En Estonia y Polonia, la oferta de este tipo de tratamiento es reducida y, por este motivo, el tratamiento de sustitución con metadona no se considera actualmente una medida relevante para reducir el número de muertes por sobredosis.

Las estrategias de información, educación y comunicación son también medidas importantes en la mayoría de los países europeos. En 19 países la difusión de mensajes de sensibilización sobre los riesgos e instrucciones

<sup>(212)</sup> Resultados basados en un estudio realizado por 27 puntos focales nacionales en 2004. El instrumento se puede descargar en: <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1333>

sobre cómo actuar en situaciones de sobredosis en material impreso u otros medios creados específicamente para este fin (folletos, páginas web, campañas en los medios de comunicación) es frecuente o predominante. Sin embargo, siete países (Estonia, Francia, Irlanda, Letonia, Hungría, Malta y Finlandia) rara vez emplean estas medidas y un país (Suecia) no las utiliza nunca.

De acuerdo con los puntos focales nacionales, las estrategias de integración sistemática de la evaluación del riesgo individual en las rutinas de tratamiento y asesoramiento, así como la organización de sesiones de grupo sobre educación y respuestas ante los riesgos para los consumidores de drogas son menos comunes.

Existe una amplia categoría de actividades que se puede definir como «medidas previas a la excarcelación». Estas actividades varían desde la simple difusión de información, a través del asesoramiento sobre los

riesgos y la prevención de la sobredosis, hasta el inicio o continuación del tratamiento de sustitución en la prisión. No obstante, las actividades contempladas se utilizan con muy poca frecuencia en trece países y no se utilizan en absoluto en otros cinco países (Letonia, Hungría, Polonia, Rumanía y Suecia). En España, Italia y el Reino Unido, las medidas en entornos penitenciarios se encuentran entre los enfoques predominantes para reducir las muertes por intoxicación aguda con drogas.

Las condiciones locales de riesgo relacionadas con el consumo en público de drogas por vía parenteral han comportado la creación de salas de consumo de drogas, vigiladas por profesionales, en cuatro países de la UE y en Noruega <sup>(213)</sup>. Los grupos objetivo de estos centros son los consumidores que se inyectan la droga en la calle y que pertenecen a las capas más marginadas de la sociedad, proclives a exhibir comportamientos de riesgo (OEDT, 2004c).

---

<sup>(213)</sup> Los países de la UE son Alemania, España, Luxemburgo y los Países Bajos.



## Capítulo 8

# Mejora del seguimiento del consumo problemático y del consumo múltiple de drogas

Drogadicción, drogodependencia, consumo abusivo de drogas, consumo perjudicial, consumo problemático, etc. Existen múltiples conceptos relacionados con el indicador del consumo problemático de drogas del OEDT y cada uno de ellos implica distinciones sutiles en los aspectos médico o social. El indicador del consumo problemático de drogas (CPD) del OEDT controla el «consumo por vía parenteral o consumo habitual o de larga duración de heroína, cocaína o anfetaminas». Convencionalmente, la definición incluye también el consumo de otros opiáceos, como la metadona.

Esta definición de consumo problemático de drogas hace referencia únicamente al comportamiento, se basa en las pautas de consumo de drogas y no evalúa de forma explícita los problemas en ningún sentido. Sin embargo, está vinculada a distintos conceptos de adicción, ya que se sobreentiende que una persona con este tipo de comportamientos tiene muchas probabilidades de pertenecer a la categoría de «consumidor problemático», de ámbito más general. A este respecto, hay que destacar que el indicador de CPD sólo permite estimaciones sobre un importante subgrupo de consumidores que tienen algún tipo de problema con las drogas. No obstante, este enfoque es de gran utilidad y, como concepto determinado por el comportamiento, ofrece las siguientes ventajas:

- Permite realizar un seguimiento sin vincularlo a definiciones de adicción, dependencia, daño o problema.
- Es relativamente fácil de utilizar en los estudios de investigación.
- Agrupa distintos tipos de drogas y modos de administración como alternativas, sin diferenciar de manera específica entre ellos.

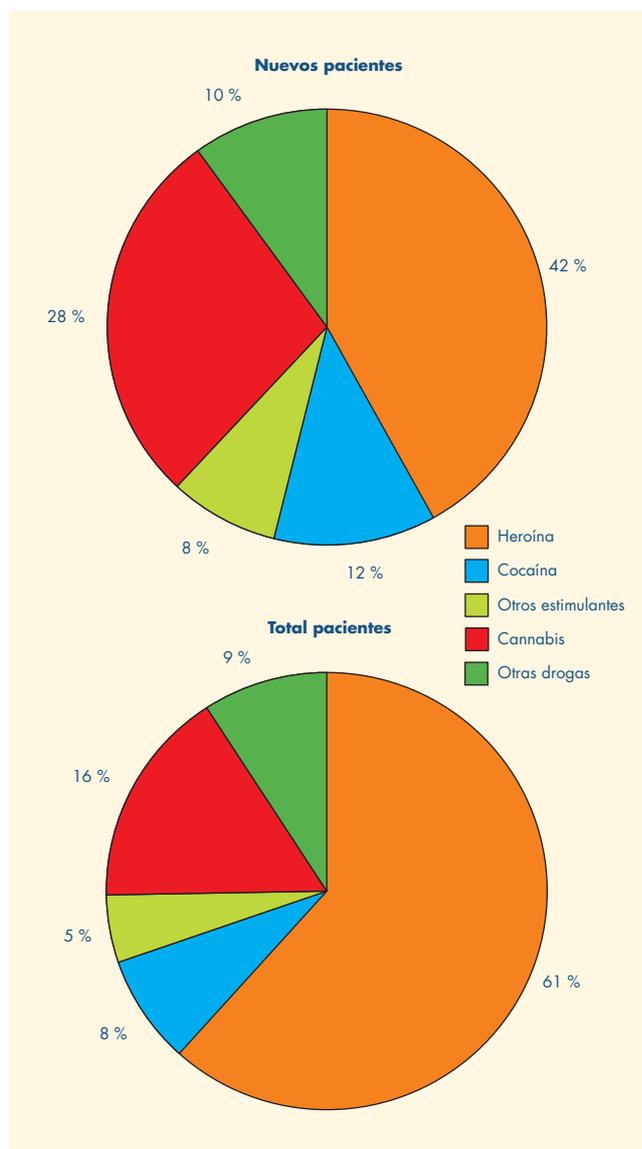
Desde un punto de vista histórico, el indicador de seguimiento del OEDT es un producto de su época. Durante los años ochenta y, en gran medida, durante los noventa, se consideraba que los componentes básicos del problema de las drogas que requerían ser evaluados eran el consumo de heroína y el consumo por vía parenteral. Pero las técnicas estadísticas no podían registrar estas formas de consumo de manera convincente. Cuando se añadieron las anfetaminas, la definición resultó adecuada para algunos países nórdicos, ya que en estos países el consumo de anfetaminas por vía parenteral era significativo. Por otra parte, aunque la cocaína formaba parte del indicador, en la

práctica no representaba un componente significativo en las estimaciones. El indicador de CPD todavía resulta muy útil para observar uno de los aspectos importantes del problema de las drogas. Sin embargo, cada vez queda más patente que debe ser desarrollado para cubrir las necesidades de control de la situación actual más heterogénea de las drogas en Europa. El perfil de los problemas crónicos relacionados con la droga en Europa es cada vez más complejo. Para que este indicador siga siendo relevante en el cambiante mundo de las drogas ilegales, la tarea de seguimiento tiene que evolucionar y hacer frente a los retos de cubrir una gama más amplia de drogas y controlar su consumo de forma más precisa de lo que se ha hecho en el pasado.

La ampliación de la UE ha enriquecido la diversidad de comportamientos sociales, y esto se hace notar también en el consumo de drogas ilegales. La evolución de la cultura de las drogas, el aumento de las drogas sintéticas y los medicamentos que se consumen de forma ilegal, el creciente consumo de la cocaína y la elevada prevalencia general del consumo de cannabis deben tenerse en cuenta a la hora de entender las necesidades de quienes sufren problemas relacionados con el consumo de drogas. Como se desprende de los apartados anteriores de este informe, a pesar de que los consumidores de heroína todavía predominan claramente en la demanda de servicios de tratamiento por drogadicción, el perfil de quienes solicitan tratamiento por primera vez está cambiando, con un aumento en el número de casos que presentan problemas con el cannabis y los estimulantes (gráfico 14).

Este cambio debe observarse teniendo en consideración la gran ampliación de los servicios de tratamiento para problemas relacionados con los opiáceos y el incremento registrado en la cobertura de los informes realizados por los servicios de tratamiento. Especialmente el tratamiento de sustitución a base de opiáceos, que integra a los pacientes en una asistencia continuada a largo plazo (cabe destacar que este aspecto no queda reflejado en los diagramas, que sólo incluyen a los pacientes que han comenzado un tratamiento durante el presente año), pone claramente de manifiesto el esfuerzo que suponen las terapias corrientes de pacientes de opiáceos en comparación con el tratamiento de nuevos pacientes. No obstante, en muchos países europeos, las personas que en la actualidad desarrollan problemas relacionados con las drogas en Europa tienden a presentar un perfil más heterogéneo que en el pasado, al menos en cuanto a las sustancias que consumen.

**Gráfico 14.** Distribución de los «nuevos» y del «total» de pacientes que solicitan tratamiento, según la droga de consumo principal



N.B.: Basado en los datos de la República Checa, Dinamarca, Alemania, Grecia, Italia, Chipre, Hungría, Malta, los Países Bajos, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia, Suecia, el Reino Unido, Bulgaria, Rumanía y Turquía.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

## El indicador de CPD y el registro de las poblaciones ocultas de consumidores

El enfoque actual del indicador de CPD ha demostrado ser extremadamente valioso para obtener unas estimaciones más exactas sobre el importante grupo de consumidores que representan el mayor número de pacientes de los servicios de tratamientos por drogadicción en Europa. Este enfoque ha permitido estimular el desarrollo de una serie de métodos y procedimientos estadísticos para calcular la dimensión total de esta población, mayoritariamente oculta. En todos estos enfoques el cálculo está basado en la idea de que una parte

de los consumidores problemáticos de drogas son «visibles» para la administración, ya que están en contacto con servicios de tratamiento, servicios legales y de emergencia u otros servicios sociales. Si se conoce el porcentaje, se puede calcular el total de la población a partir de esta minoría visible. Este tipo de métodos estadísticos indirectos complementan las encuestas de población que, por varias razones metodológicas y prácticas, son menos apropiadas para estimar la prevalencia de consumo de drogas, si la prevalencia es baja, si se estigmatiza el consumo y si éste se produce, en su mayor parte, de manera oculta.

En cuanto a la aplicación actual del indicador de CPD en la UE, los distintos países han adaptado la definición para cubrir las realidades prácticas de su situación local y, por lo tanto, el cuadro resultante es bastante variado. Nueve países siguen básicamente la definición del OEDT, once países calculan sólo el número de consumidores de opiáceos (o heroína) y otros cuatro países no excluyen a los consumidores problemáticos de cannabis, aunque los consumidores de esta droga representan sólo una pequeña parte de sus estimaciones (los criterios para incluir a los consumidores de cannabis son bastante estrictos, ya que se suma solamente a los consumidores drogodependientes o que registran un consumo muy intensivo).

La difusión generalizada del consumo de cocaína, crack y estimulantes en general, junto con la superposición de los problemas relacionados con las drogas y los problemas vinculados al consumo de alcohol y medicinas recetadas, implica que, incluso si el indicador se utilizara de forma coherente, las estimaciones incluirían una variedad de opciones de consumo de drogas mucho mayor que antes, y posiblemente las consecuencias y los problemas derivados serían más diversos. Además de controlar la dimensión total del consumo problemático de drogas, es necesario realizar un seguimiento por separado de los distintos comportamientos que integran el indicador de CPD, como el consumo por vía parenteral y los distintos tipos de drogas que se incluyen en la definición del indicador. Este seguimiento puede resultar especialmente importante teniendo en cuenta los datos que provienen de algunos países relativos al aumento en el consumo de la cocaína y las pautas de consumo de las anfetaminas. Además, podría contribuir a identificar de manera detallada las tendencias en el consumo de opiáceos. Si todos estos comportamientos se registran sólo en cifras totales, es perfectamente posible que algunos cambios importantes queden ocultos y se pierda una oportunidad para comprender mejor la evolución de las tendencias.

En este informe se ha presentado por primera vez una estimación por separado del consumo de heroína y el consumo por vía parenteral en Europa. Asimismo, hay que destacar que ha aumentado la disponibilidad de tratamientos para los consumidores de opiáceos y que se estiman que más de medio millón de personas reciben tratamiento de sustitución a base de opiáceos en Europa. Estos datos sugieren que, en muchos países, la proporción de consumidores de heroína y consumidores por vía parenteral que mantienen o han

mantenido contacto con servicios de tratamiento es bastante elevada. Actualmente, el OEDT está estudiando, junto con los grupos técnicos nacionales, el valor añadido que comportaría reunir información sobre las solicitudes de tratamiento, la disponibilidad de los tratamientos y las estimaciones sobre consumo de heroína y consumo por vía parenteral.

### Más allá del indicador de CPD

Para mejor entender el problema de las drogas en Europa podemos analizar en qué grado se puede incorporar, además del consumo problemático, el consumo intensivo de drogas al proceso de seguimiento, más allá del control del indicador de CPD. Es necesario estudiar más a fondo hasta qué punto el consumo intensivo de drogas, sea cual sea su definición, está asociado a la dependencia y a qué gravedad y tipos de problemas está vinculado. Por ejemplo Kandel y Davis (1992) estiman que, en los Estados Unidos, en torno a un tercio de los consumidores diarios de cannabis podrían considerarse dependientes. Para avanzar en este ámbito es necesario formalizar el concepto de consumo frecuente o intensivo de cannabis y otras drogas ilegales como objeto específico del seguimiento. Las mediciones del consumo frecuente o intensivo mediante métodos estadísticos indirectos se pueden completar con los datos procedentes de encuestas. En la actualidad, los datos de las encuestas resultan muy útiles para observar las distintas pautas de consumo de cannabis, aunque estos datos suelen incluir, en la mayoría de los casos, únicamente mediciones del comportamiento y la frecuencia de consumo. Además, los datos de las encuestas resultan significativos a la hora de extraer estimaciones plenamente fiables sobre el total de consumidores de drogas como el cannabis, que al menos según sus propias declaraciones se podrían considerar consumidores dependientes o perjudiciales.

Una definición más formal del consumo frecuente o intensivo de varias drogas podría contribuir también a desarrollar herramientas de investigación para evaluar los niveles de problemas y dependencia relacionados con distintos niveles y pautas de consumo de cannabis. Varios países europeos están elaborando herramientas metodológicas para medir tanto el consumo intensivo como los niveles de dependencia y problemas asociados, y el OEDT está fomentando la colaboración en este ámbito de trabajo.

Una de las dificultades a la hora de determinar el consumo intensivo como indicador de los consumidores con mayor riesgo de caer en la dependencia o padecer problemas relacionados con las drogas es que el concepto de consumo intensivo depende en cierto modo de la droga que se consume. Por ejemplo, el consumo problemático de opiáceos se caracteriza en la mayoría de los casos por presentar pautas diarias de consumo, criterio que en el caso de las drogas estimulantes no suele aplicarse siempre. Con este tipo de drogas el consumo «juerguista» es más habitual, es decir el consumo excesivo durante períodos cortos seguido de una fase de bajo consumo. Además, los consumidores de este tipo de drogas consumen con frecuencia otras drogas

o alcohol para aliviar las consecuencias desagradables de la abstinencia. Tanto los factores farmacológicos como los contextuales pueden ejercer una gran influencia en las pautas del consumo intensivo de drogas, pero queda patente que la medición de los comportamientos asociados al consumo intensivo de drogas deberá adaptarse a distintas patrones de consumo vinculados a distintos tipos de droga.

### El reto de elaborar informes sobre los problemas del policonsumo

Por razones prácticas y metodológicas bien fundadas, en la mayoría de los informes sobre el consumo de drogas se tratan las sustancias por separado. De esta forma, se obtiene la claridad conceptual necesaria para facilitar la elaboración de informes a partir de las mediciones de los comportamientos disponibles, pero no se contempla la posibilidad de que los consumidores hayan consumido o puedan consumir distintas sustancias legales e ilegales y de que puedan padecer problemas con más de una droga. El consumidor puede sustituir unas drogas por otras, cambiar su droga principal a lo largo del tiempo o bien consumir varias sustancias a la vez. Esta complejidad convierte el sistema de seguimiento en un sistema extremadamente complejo, incluso si los análisis se reducen a simples mediciones del comportamiento ante el consumo de drogas durante distintos períodos. Si se incluyen conceptos como el consumo problemático o dependiente, la dificultad se acrecienta. De hecho, en el ámbito europeo, existen muy pocos datos sólidos para realizar un análisis con conocimiento de causa. Sin embargo, es de suponer que algunos países poseen un número considerable de consumidores problemáticos crónicos, que resultan difíciles de clasificar según la sustancia principal que consumen y que podrían tener problemas debidos al consumo combinado de sustancias legales e ilegales.

Para abordar este problema es necesario poder interpretar mejor las pautas del policonsumo de drogas y aplicar estos conocimientos para mejorar los informes pertinentes a escala nacional y europea.

### Polisustitución

Dentro del concepto general de consumo múltiple de drogas, deben considerarse distintos significados específicos. En un extremo, el consumo de varias sustancias de forma intensiva e incontrolada, simultánea o consecutiva, donde, a menudo, una droga sustituye a otra dependiendo de cuál esté disponible. Este sería el caso de los consumidores problemáticos que consumen distintos opiáceos además de sustancias farmacéuticas, cocaína, anfetaminas y alcohol.

Esta pauta de consumo parece estar presente entre algunos consumidores crónicos, posiblemente entre grupos marginados y personas con enfermedades psiquiátricas. En muchos de los sistemas de registro europeos estos casos se clasifican como consumo de opiáceos y, por lo tanto, se incluyen dentro de la definición y de los sistemas de seguimiento de consumidores problemáticos. No obstante, la cuestión pendiente es si este policonsumo intensivo e incontrolado es suficiente por

sí solo para formar una categoría independiente, es decir, una dependencia no vinculada a una droga específica que requiere mediciones epidemiológicas selectivas y medidas de tratamiento, asistencia y reducción de daños en una situación particularmente difícil. En estas circunstancias, cualquier seguimiento de los aspectos que conforman el consumo problemático de drogas deberá incluir el policonsumo como uno de los componentes que se analizan por separado.

### **Combinaciones de drogas**

Existe un segundo grupo de consumidores que toman distintas sustancias al mismo tiempo de forma sistemática para obtener los efectos de una combinación farmacológica como, por ejemplo, el «espídbol», o consumo simultáneo de heroína y cocaína por vía parenteral.

Además, es posible que se consuma una segunda droga con efecto funcional o farmacológico como sustitutivo o como droga complementaria, no sólo de forma simultánea con la droga principal, sino de manera consecutiva. La benzodiazepina, por ejemplo, se puede utilizar para reducir los síntomas del síndrome de abstinencia cuando no se dispone de opiáceos. En otros casos, se puede utilizar una segunda droga con efectos farmacológicos compensatorios: por ejemplo, es posible modificar el efecto narcótico de los opiáceos con la cocaína o aliviar la sensación de angustia provocada por la cocaína o las anfetaminas mediante el consumo de opiáceos u otros sedantes.

### **Aumento de los riesgos por policonsumo**

En algunas ocasiones, el efecto potenciador que una droga puede ejercer sobre otra es considerable. En este contexto, hay que tener en cuenta las drogas legales y los medicamentos, como el alcohol, la nicotina y los antidepresivos, en combinación con sustancias psicoactivas controladas. El nivel de riesgo dependerá de las dosis de ambas sustancias. Sin embargo, algunos emparejamientos farmacológicos son preocupantes: el consumo de alcohol y cocaína, que aumenta la toxicidad cardiovascular; la mezcla de alcohol o drogas antidepresivas con opiáceos, que aumenta el riesgo de sobredosis; el consumo de opiáceos o cocaína junto con éxtasis o anfetaminas, que también potencia la toxicidad aguda.

### **Límites de la información disponible sobre el policonsumo**

La falta de información disponible limita las posibilidades de informar sobre muchos aspectos del policonsumo. Los datos disponibles provienen de los informes toxicológicos de sobredosis y de los informes personales de pacientes que reciben tratamiento. Si bien estas fuentes permiten comprender mejor el policonsumo, la información disponible suele ser limitada y, además, hay que tener en cuenta hasta qué punto los datos son representativos.

Los resultados de las encuestas revelan que el consumo de más de dos drogas al mismo tiempo es considerable. No obstante, los datos de las encuestas a menudo no ofrecen información fundada sobre algunos tipos de consumo e, incluso cuando hay datos disponibles, es necesario desarrollar normas comparables de cara a la elaboración de informes.

En un reciente informe técnico del OEDT (2005b) se puede observar un ejemplo del alcance de la información sobre el policonsumo obtenida mediante encuestas de población. Si tomamos como ejemplo los datos relativos a España, el gráfico 15 muestra que las personas que consumen algún tipo de droga tienen una mayor tendencia a consumir otra sustancia que la población general, y que el grado de esta tendencia varía según la droga en cuestión. Por ejemplo, entre los consumidores de heroína, el consumo de cocaína es relativamente habitual, pero en el caso de los consumidores de cocaína el consumo de otras drogas es menos frecuente.

### **Elaborar una definición funcional de policonsumo: ¿cuestión del momento acertado?**

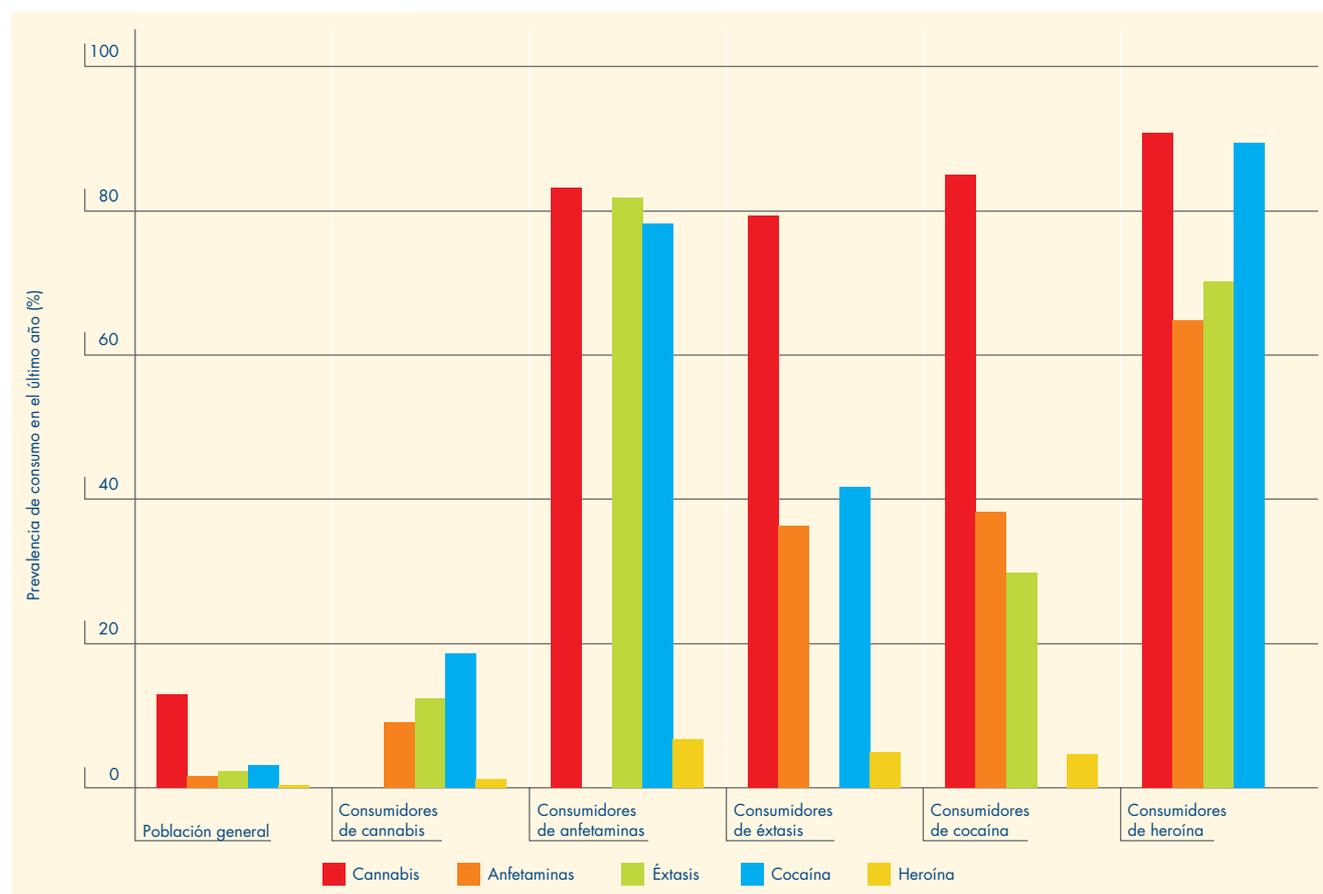
Es necesario considerar qué períodos de tiempo hay que seleccionar para evaluar e informar sobre el policonsumo. En general, las tasas de prevalencia de vida no son muy útiles o relevantes para las cuestiones de salud pública, comparadas con las mediciones de consumo más reciente.

Podría resultar útil definir el policonsumo desde un punto de vista funcional como el consumo frecuente de más de una sustancia durante un período mínimo de tiempo especificado, por ejemplo, de un mes. Esta definición no hace distinciones entre los diferentes tipos de consumo que se han descrito anteriormente, pero proporciona una perspectiva general de los posibles grupos de alto riesgo. No obstante, la prevalencia de vida no se debería descartar para describir el comportamiento de policonsumo entre los consumidores muy jóvenes, como escolares o universitarios, en cuyo caso es posible que el consumo múltiple a lo largo de la vida permita inferir de manera más precisa el consumo actual. Los testimonios, por ejemplo, obtenidos en las encuestas ESPAD, sugieren que las pautas con mayor desviación/de menor prevalencia de consumo de drogas entre estudiantes (éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, cocaína, heroína) se concentran en un número reducido de personas.

## **Mejora en el seguimiento del problema de la drogodependencia en Europa y fomento de la sensibilización sobre el problema del policonsumo**

Una de las tareas básicas del OEDT consiste en ampliar los conocimientos sobre la naturaleza y la dimensión del problema de la drogodependencia en Europa. No obstante, el consumo de drogas es un tema complejo que abarca distintos comportamientos que guardan diferentes relaciones con varios problemas importantes tanto de salud pública como sociales. Los consumidores de drogas pueden estar padeciendo o correr el riesgo de padecer problemas. Las pautas de consumo de drogas varían desde el consumo experimental, episódico y ocasional hasta el consumo regular, intensivo e incontrolado. Los consumidores se pueden clasificar de acuerdo con definiciones clínicas según tengan un problema con las drogas

**Gráfico 15.** Consumo de drogas durante el último año desglosado por diferentes grupos de consumidores en la población general de entre 15 y 34 años de edad



N.B.: Datos de España en 1999. Para más información, véase el gráfico GPS-34 en el boletín estadístico 2006.  
Fuente: OEDT (2005b).

o sean drogodependientes y, en términos de investigación, ambas categorías se pueden desarrollar y elaborar categorías más diferenciadas. Además, los consumidores de drogas a menudo consumen más de una sustancia y cambian su pauta de consumo a lo largo del tiempo. Ningún instrumento puede registrar, por sí solo, esta complejidad de manera adecuada. En la práctica, el enfoque de indicadores múltiples adoptado por el OEDT tiene como objetivo arrojar luz sobre los distintos aspectos del fenómeno de la droga.

El indicador de CPD se centra en una serie concreta de comportamientos y proporciona una visión muy útil sobre algunas de las formas de consumo de drogas más perjudiciales y costosas. Por este motivo, es un componente importante a la hora de interpretar el problema de las drogas en Europa de manera global. Sin embargo, actualmente queda patente la necesidad de complementar las estimaciones generales obtenidas mediante el indicador de CPD con estimaciones parciales de las sustancias específicas para hacer frente al problema cada vez más heterogéneo de las drogas en Europa.

Muchas de las fuentes de datos disponibles se basan en informes basados en el comportamiento relacionado con el consumo de drogas. Por lo tanto, el concepto de consumo frecuente o intensivo debe desarrollarse a partir de esta base. De esta forma, los problemas relacionados con las drogas se podrán observar desde una perspectiva más amplia, más allá de la que utiliza actualmente el indicador de CPD. Si la información recabada por el indicador de CPD se une a este conjunto más amplio de datos, el OEDT podrá avanzar en sus esfuerzos por mejorar el conocimiento general de la dimensión y la naturaleza de los problemas relacionados con la droga en Europa. Al mismo tiempo, es necesario impulsar el desarrollo de normas para la elaboración de informes que permitan describir mejor las pautas de policonsumo a escala europea. Los primeros pasos para conseguir este objetivo incluyen la creación de un marco conceptual más sofisticado para examinar los distintos tipos de consumo múltiple de drogas, incluida la adopción de calendarios apropiados, y la identificación de fuentes de datos adecuadas.



## Bibliografía

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, Londres.
- Bossong, M.G., Van Dijk, J.P. y Niesink, R.J.M. (2005), «Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?», *Addiction biology* 10(4), pp. 321-3.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. et al. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M.S. y Anthony, J.C. (2005), «Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001», *Drug and alcohol dependence* 79, pp. 11-22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. et al. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, Londres.  
(<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *Situación mundial del tráfico de drogas. Informe de la Secretaría*, Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Viena.
- CND (2006), *Situación mundial del tráfico de drogas. Informe de la Secretaría*, Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Viena.
- EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice. N.º 71.
- Europol (2006), «Drugs 2006» (Comunicación al OEDT del 16 de enero de 2006, expediente no 158448), Europol, La Haya.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. et al. (2005), «Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention», *International journal of drug policy* 16S, pp. S67-75.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Gossop, M. et al. (2005), «Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users», *World psychiatry*, 4(3), pp. 173-6.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN) y Grupo Pompidou del Consejo de Europa.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. et al. (2003), «Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients», *Archives of general psychiatry* 60, pp. 1043-52.
- Informes nacionales de la red Reitox (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- JIFE (2006a), *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2005*, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas, Nueva York.
- JIFE (2006b), *Precusores y productos químicos frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas*, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas, Nueva York.
- Kandel, D. y Davis, M. (1992), «Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use», en: Glantz, M. y Pickens, R. (eds.), *Vulnerability to Drug Abuse* pp. 211-53, American Psychological Association, Washington.
- Kumpfer, K.L., Molgaard, V. y Spoth, R. (1996), «The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations», en: Peters, R. y McMahon, R. J. (eds.) *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Informe en línea 24/05 de la Home Office. Home Office, Londres (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).
- Naber, D. y Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).
- OEDT (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- OEDT (2002b), «Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs», proyecto CT.00.EP.13, *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías*, Lisboa.
- OEDT (2004a), *Informe anual 2004: el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.
- OEDT (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights n.º 6, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2004c), *European report on drug consumption rooms*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2004d), *Drogas en el punto de mira nº 13: «Sobredosis: una de las principales causas de muerte evitable entre jóvenes»*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2005a), *Informe anual 2005: el problema de la drogodependencia en Europa*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2005b), «Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use», Informe final, proyecto CT.03.P1.200, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2005c), «Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU», Informe final, proyecto CT.04.P2.329, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OMA (2005), *Customs and drugs 2004*, Organización Mundial de Aduanas, Bruselas.

OMS (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, OMS, Ginebra.

OMS/ONUDD/ONUSIDA (2004), «Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention», Documento de posición, Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html)).

ONS (2006), *Health Statistics Quarterly*, Office for National Statistics, Londres.

ONUDD (2003a), *Tendencias mundiales de las drogas ilícitas 2003*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.

ONUDD (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.

ONUDD (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.

ONUDD (2006), *2006 World Drug Report*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.

ONUDD y Gobierno de Marruecos (2005), *Morocco cannabis survey 2004*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.

Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. et al. (2006), «Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population», *Archives of general psychiatry* 63, pp. 219-28.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), «Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European addiction research* n.º 10, pp.147-55.

Roe, E. y Becker, J. (2005), «Drug prevention with vulnerable young people: a review», *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), pp. 85-99.

Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. et al. (2004), «A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction», *Drug and alcohol dependence* 74, pp. 1-13.

Schäfer, C. y Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlín.

Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. et al. (2005), «Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence», *American journal of psychiatry* 162, pp. 340-9.

Shearer, J. y Gowing, L.R. (2004), «Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research», *Drug and alcohol review* 23, pp. 203-11.

Van den Brink, W. (2005), «Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment», *Sucht* 51 (4), pp. 196-8.

Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. y Watts, C. (2006), «Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users», *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (en prensa).

Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. et al. (2002), «What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults», *Drug and alcohol dependence* 68(1), pp. 49-64.





Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

**Informe anual 2006: el problema de la drogodependencia en Europa**

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

2006 — 96 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-267-5



## **VENTA Y SUSCRIPCIONES**

Las publicaciones de pago editadas por la Oficina de Publicaciones pueden adquirirse en nuestras oficinas de venta repartidas por todo el mundo.

### **¿Cómo puedo adquirir una de estas publicaciones?**

Tras conseguir la relación de oficinas de venta, seleccione la oficina que más le convenga y póngase en contacto con ella para efectuar su pedido.

### **¿Cómo puedo obtener la relación de oficinas de venta?**

- Puede consultar el sitio web de la Oficina de Publicaciones:  
<http://publications.europa.eu/>
- También puede solicitarla por fax al número (352) 29 29-42758 y la recibirá en versión papel.

## Acerca del OEDT

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea. Se creó en 1993, tiene su sede en Lisboa y es la principal fuente de información sobre drogas y toxicomanías en Europa.

El OEDT recopila, analiza y difunde información objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y las toxicomanías, con lo que proporciona a los interesados una imagen basada en datos empíricos del fenómeno de las drogas en Europa.

Las publicaciones del Observatorio constituyen una fuente de información primordial para un gran número de interesados, entre ellos los responsables de la adopción de políticas y sus asesores; profesionales e investigadores que trabajan en el campo de las drogas; y, de manera más general, los medios y el público en general.

El Informe anual, una visión general del OEDT sobre el fenómeno de las drogas en la Unión Europea, es un libro de referencia fundamental para quienes deseen conocer los últimos descubrimientos sobre drogas en Europa.