



# comunicado

de la agencia sobre drogas de la UE con sede en Lisboa

Nº 13/2001 – 20 de noviembre de 2001

**BAJO EMBARGO HASTA LAS 11H00 (BRUSELAS), 20/11/2001**

**Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la UE**

## **SE DESDIBUJAN LOS LÍMITES TRADICIONALMENTE BIEN DEFINIDOS EN EL CONSUMO DE COCAÍNA**

**Indicios de un incremento de la transmisión del VIH en seis países de la UE.**

**Preocupación creciente ante los riesgos del consumo de éxtasis a largo plazo**

→ Los límites tradicionalmente bien definidos entre los consumidores de polvo de cocaína por diversión y los consumidores problemáticos que se inyectan o fuman 'base/crack' parecen estar desdibujándose en la UE.

→ Si bien el panorama general se mantiene estable, hay indicios de que se está produciendo un nuevo incremento de la transmisión del VIH en subgrupos de consumidores de droga por vía intravenosa (CVI) en **Irlanda, Luxemburgo, Países Bajos, Austria, Portugal y Finlandia**. La transmisión del VIH y de la hepatitis relacionados con el consumo de droga suponen un enorme reto para la atención sanitaria de la UE.

→ Preocupación creciente ante los efectos del consumo de éxtasis (MDMA) a largo plazo, sobre todo entre los grandes consumidores de esta droga.

Todos estos datos se desprenden del **Informe anual 2001 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea** que dedica especial atención a la cocaína, las enfermedades infecciosas y las drogas sintéticas y que será publicado hoy por la **Agencia sobre las drogas de la UE con sede en Lisboa, el OEDT**.

### **COCAÍNA: UN PANORAMA COMPLEJO:**

El informe que se publica hoy señala que, a medida que cambian las tendencias y los mercados, los límites tradicionalmente bien definidos entre los consumidores de cocaína por diversión y los consumidores más marginales parecen estar desdibujándose en la UE.

Uno de los factores que favorecen el cambio es la nueva tendencia que está surgiendo de fumar cocaína en ambientes nocturnos y de diversión. Se señala también una nueva tendencia a mezclar cocaína 'base/crack' con tabaco en un 'porro' en cinco estados miembros de la UE: **Grecia, Francia, Italia, los Países Bajos y el Reino Unido**. Además, en el **Reino Unido** hay indicios de que la cocaína 'base/crack' está recibiendo nuevos nombres como 'rock' o 'stone' que servirían para designar a la cocaína lista para fumar y para dar a esta sustancia una imagen de mayor calidad en el mercado. El **OEDT** destaca que deben tenerse en cuenta todos estos matices, a fin de que las decisiones que se tomen al respecto sean realmente efectivas.

A pesar de la inquietud surgida ante un posible aumento del consumo de cocaína en Europa, no puede deducirse un aumento del consumo entre la población en general de los datos que se encuentran disponibles. Sin embargo sí es preocupante el aumento del consumo observado en

**IMPORTANTE: BAJO EMBARGO HASTA LAS 11H00 (BRUSELAS), 20/11/2001**

determinadas zonas geográficas (partes de algunas ciudades), grupos de edad y ambientes sociales.

Por ejemplo, en el **Reino Unido** se ha confirmado un incremento de la prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida entre los adultos jóvenes de 16 a 29 años. Por otra parte, en algunas ciudades de **Italia** el consumo de cocaína está en segundo lugar después del cannabis y por encima de las anfetaminas o el éxtasis.

De modo más general, las encuestas escolares muestran que el consumo experimental de cocaína entre estudiantes jóvenes de 15 y 16 años sigue siendo escaso <sup>(1)</sup> y que en los países de la UE la disponibilidad de cocaína es considerablemente menor que para el mismo grupo de edad en **EEUU**. La cocaína parece estar menos disponible que el éxtasis, aunque se observan variaciones considerables entre los diversos países de la UE: la cocaína es vista por jóvenes escolares como más fácil de conseguir en **Irlanda** (21%) y en el **Reino Unido** (20%) y más difícil de conseguir en **Finlandia** (6%). La desaprobación del consumo de cocaína en este grupo de edad es muy elevada en la **UE**, siendo equivalente al grado de desaprobación de la heroína.

El **OEDT** señala que la prevalencia del consumo de cocaína es mucho mayor entre los grupos que presentan un elevado índice de consumo de otras drogas ilícitas que entre la población general de adultos jóvenes. Por ejemplo, esta droga es consumida por grupos marginales tales como jóvenes sin hogar, profesionales del sexo y consumidores problemáticos de opiáceos. Por otra parte, jóvenes socialmente integrados que consumen diversas drogas por diversión tienden cada vez más a consumir cocaína en ambientes de diversión nocturna combinándola con alcohol. Sin embargo, el informe señala que el precio relativamente alto de la cocaína, junto con la breve duración de sus efectos, actúa en contra del consumo periódico por diversión, ya que esto implica un alto nivel de ingresos.

Por otra parte, la proporción de problemas asociados a la cocaína entre los consumidores de droga que reciben tratamiento está aumentado en algunos países. Por ejemplo, en **España** y en los **Países Bajos** aumentó sustancialmente el número de personas que solicitaron tratamiento por problemas asociados a la cocaína como droga principal. **Alemania**, **Grecia** e **Italia** también sufrieron un aumento relativo de los tratamientos por consumo de cocaína e **Irlanda** lo sufrió hasta 1998. Pero el aumento de los pacientes que buscan ayuda por tener problemas con la cocaína puede no ser debido a un aumento real del consumo de esta droga, sino quizás a una mejora de los servicios que atienden estos problemas o también a que antiguos pacientes por opiáceos hayan transferido su problema principal con la droga a la cocaína. **Italia**, **Luxemburgo** y los **Países Bajos** señalan un incremento del número de fallecimientos por causa de las drogas y **España** un incremento de las urgencias hospitalarias en las que estaba implicada la cocaína además de otras drogas.

Los precios de venta de la cocaína oscilan desde €24 por gramo hasta €170, con ciudades como **Amsterdam** y **Francfort** en el límite inferior y **Estados miembros** como **Finlandia** y **Suecia** en el superior. En la calle, la cocaína puede venderse mezclada ya con heroína.

Según los datos comunicados, **Bélgica**, **España** y los **Países Bajos** son los principales puntos de tránsito hacia la **UE** para la cocaína procedente de Latinoamérica (**Brasil**, **Colombia** y **Venezuela** en particular).

El **OEDT** señala que la respuesta de los **Estados miembros** de la **UE** ante el incremento del consumo de cocaína y de crack ha adoptado tres formas principales en el ámbito de la reducción de la demanda. Algunas ciudades con un elevado índice de consumo de cocaína han desarrollado servicios especializados, a fin de atender a las necesidades individuales de los consumidores de cocaína. Algunos **Estados miembros** han adaptado modelos y tratamientos ya existentes, a fin de proporcionar servicios más eficaces para los consumidores de cocaína y crack (por ejemplo, mediante la formación adecuada de profesionales). Otros países han hecho hincapié en la necesidad de ocuparse de la delincuencia y de las consecuencias para la salud del consumo múltiple de drogas en el marco de la prevención general y el trabajo de acercamiento. Es probable

que, en este sentido, las clínicas privadas desempeñen un importante papel en el tratamiento de los consumidores problemáticos de cocaína más privilegiados socialmente.

### **ENFERMEDADES INFECCIOSAS: POSIBLE INCREMENTO DEL VIH EN SEIS PAÍSES**

El informe señala que, si bien la prevalencia del VIH parece haberse estabilizado en casi todos los países pertenecientes a la **UE** desde mediados de la década de 1990, la transmisión podría estar aumentando nuevamente en algunos subgrupos de consumidores de droga por vía intravenosa (CVI) en seis **Estados miembros: Irlanda, Luxemburgo, los Países Bajos, Austria, Portugal y Finlandia**. Por otra parte, la prevalencia de la infección de la hepatitis C (VHC) sigue siendo extremadamente alta en la **UE**.

Un cálculo preliminar de los futuros costes sanitarios ocasionados en la **UE** por las infecciones del VIH, el virus de la hepatitis B (VHB) y el VHC relacionadas con las drogas en un año sitúa estos gastos en torno al 0,5% del presupuesto total de los **Estados miembros** de la **UE** para asistencia sanitaria: €1.89 millones.

El informe sugiere que el incremento del VIH podría indicar que el comportamiento de alto riesgo sigue siendo habitual entre los consumidores de droga por vía intravenosa, si bien en general el número de este tipo de consumidores ha descendido en la mayoría los Estados miembros de la **UE**. La prevalencia del VIH es sistemáticamente más elevada entre las mujeres CVI que entre los varones CVI. El OEDT explica así este fenómeno: "Ello puede deberse a un mayor hábito o a diferentes formas de compartir jeringuilla y/o al mayor riesgo sexual de las mujeres CVI".

En lo que a la incidencia del SIDA se refiere, el informe señala que la tendencia es claramente a la baja. "Probablemente el descenso sea resultado de los nuevos tratamientos entre CVI que retrasan la aparición del SIDA", señala el informe. **Portugal** es el único país de la **UE** que no muestra todavía una disminución de la incidencia de esta enfermedad, aunque el aumento observado en los últimos años parece haberse estabilizado ahora. Los países que más se han visto afectados por el SIDA entre CVI son, sobre todo, los del suroeste de la **UE: España, Francia, Italia y Portugal**.

Por otra parte, el informe señala también que la prevalencia de la infección de la hepatitis C en la **UE** es superior a la del VIH. Esto puede suponer "una gran carga sanitaria por enfermedades hepáticas (...) a lo largo de las próximas décadas". Se calcula que, en la **UE**, entre el 40% y el 90% de los CVI está infectado por el virus de la hepatitis C (VHC). La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en la **UE** también es alta, pero no está tan extendida como la hepatitis C (VHC). En **Portugal**, los datos recientes muestran un descenso de la infección por el VHB. Por el contrario, en **Noruega** los datos notificados indican un fuerte incremento de la infección por el VHB. En la **UE**, aproximadamente entre el 20% y el 60% de los CVI tiene anticuerpos de la hepatitis B pero sólo en torno al 10% o el 30% de los CVI podrían haberse vacunado completamente (3 inyecciones). Esto indica que son muchos los beneficios potenciales para la salud que se pueden conseguir a través de la vacunación.

El **OEDT** destaca también el alto riesgo de tuberculosis entre los CVI, especialmente elevada en **España** y **Portugal**. Esta enfermedad no se transmite inyectándose drogas pero está estrechamente asociada a la infección por el VIH y el SIDA relacionados con el consumo de drogas, debido a la debilitación del sistema inmunológico.

Un reciente brote infeccioso pendiente aún de explicación definitiva y que produjo 43 fallecimientos entre CVI en **Irlanda** y el **Reino Unido**, "puso de manifiesto de una manera dramática, el gran potencial de problemas graves de salud entre los CVI, que pueden ser mucho mayores y más peligrosos para la vida que los problemas de salud relacionados con otras pautas más difundidas de consumo de drogas".

El consumo de drogas por inyección ha disminuido mucho durante la última década en la mayoría de los países de la **UE**, aunque sigue creciendo en **Irlanda**. Las tasas sobre consumo de drogas por inyección entre consumidores de opiáceos que se ponen en tratamiento varían mucho, desde un mínimo de en torno al 10% en los **Países Bajos** hasta un máximo de 70% en **Grecia**.

Por el momento no se sabe cómo prevenir el consumo por inyección. No obstante, el tratamiento de sustitución puede ser una respuesta eficaz, al tiempo que el intercambio de jeringuillas es importante para prevenir infecciones. En algunos países de la UE se están probando nuevas medidas como respuestas de reducción de daños, tales como las narcosalas médicamente supervisadas y la dispensación controlada de heroína. Sin embargo, este tipo de medidas plantean dificultades éticas y jurídicas y pueden exigir un cambio de las leyes sobre drogas. En los países en los que se han puesto en marcha narcosalas (**Australia, Suiza, Estados Unidos, Alemania, España** y los **Países Bajos**), aún está por evaluar su efectividad.

## **DROGAS SINTÉTICAS: PREOCUPACIÓN CRECIENTE ANTE LOS EFECTOS DEL CONSUMO DE ÉXTASIS A LARGO PLAZO**

El informe destaca la preocupación creciente ante los efectos del consumo de éxtasis a largo plazo. Aún no se han determinado con precisión los efectos nocivos que el consumo de éxtasis tiene en el cerebro de los grandes consumidores de esta droga, pero hay cada vez mayor constancia de daños en las neuronas serotoninérgicas. Esto podría tener consecuencias para las tendencias futuras en el consumo de esta droga.

El informe señala que “la difusión de las drogas sintéticas en la UE en general se ha estabilizado”. Sin embargo, “se sigue observando una tendencia creciente del consumo de éxtasis en algunas regiones que cuentan con ciudades o centros de vacaciones con más posibilidades de atraer a un turismo europeo joven”. Por otra parte, “las zonas urbanas donde se han establecido culturas juveniles pueden seguir sirviendo de marco para que las drogas de diversión se asienten y desarrollen”. Diversos estudios indican que el consumo de drogas sintéticas se ha extendido más allá de la ‘escena tecno’ hacia las discotecas, los clubes nocturnos y también lugares privados.

Según el informe del OEDT, el consumo combinado de varias sustancias, lícitas e ilícitas, es una pauta de comportamiento habitual entre gente joven con una activa vida social. El policonsumo (mezcla o alternancia de sustancias muy diversas, sintéticas o no sintéticas) es la tendencia principal. “Una tendencia que es necesario vigilar de cerca es el número creciente de medicamentos psicotrópicos, como la ketamina, que se desvían desde sus fuentes legítimas”, señala el informe.

Sin embargo, desde la introducción de medidas de acercamiento (servicios móviles) y otras medidas preventivas en los eventos y fiestas tecno/house, se ha observado una disminución del número de incidentes con resultado de muerte en comparación con los primeros años 90. Estas medidas incluyen salas de relajación y análisis de pastillas *in situ*.

Los **Países Bajos** siguen siendo el primer país productor y exportador de éxtasis. Los **Estados bálticos, Bulgaria, la República Checa y Polonia** están también implicados en la producción y la exportación de estas drogas. Las mayores incautaciones de pastillas de éxtasis en 1999 tuvieron lugar, con gran diferencia con respecto a otros países, en el **Reino Unido** (más de seis mil capturas con seis millones de pastillas). Las siguientes capturas más voluminosas se produjeron en los **Países Bajos** y en **Francia**.

“Las drogas sintéticas están en el candelero político”, afirma el informe. “Su gran nivel de consumo en grupos socialmente integrados, su papel como modelo de referencia en la cultura juvenil y el hecho de que la producción y el tráfico estén establecidos en Europa (...) ejercen una gran presión a favor de una actuación responsable de la **UE**”.

La **UE** cuenta en la actualidad con un ‘sistema de alerta rápida’ para detectar los riesgos específicos que suponen estas sustancias. El **OEDT** ha realizado ya la evaluación de los riesgos de cuatro drogas – MBDB, 4-MTA, GHB y ketamina – y en la actualidad se está llevando a cabo la evaluación de los riesgos del PMMA. Como resultado del informe de evaluación de la 4-MTA (4-metiltoanfetamina, denominada popularmente ‘flatliner’), esta droga es sometida a medidas de control en todos los Estados miembros de la **UE**.

**Nota para la redacción**

(<sup>1</sup>) Cifras provenientes del proyecto europeo de encuestas escolares (ESPAD).

Este año el OEDT ofrece un sitio Web especial: **Annual report 2001 online** en la dirección <http://annualreport.emcdda.org> o <http://emcdda.kpnqwest.pt> Este sitio Web contendrá el informe anual así como otros comunicados de prensa en 12 lenguas (11 lenguas de la **UE + noruego**) y podrán descargarse en forma de archivos PDF.

Contacto: Kathy Robertson, Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías  
(OEDT), Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, PT-1149-045 Lisboa, Portugal.  
Tel.: ++ 351 21 811 3000 • Fax: ++ +351 21 813 1711  
*2001 Annual report online:* <http://annualreport.emcdda.org> o <http://emcdda.kpnqwest.pt>